



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

RELAZIONE SULLA GESTIONE 2017

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

APRILE 2018

INDICE

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE	4
2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA	5
POPOLAZIONE ASSISTIBILE.....	5
ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	7
OBIETTIVI PRIORITARI DI ATTIVITÀ PER L'ANNO 2017	11
3. GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	15
3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	15
A) STATO DELL'ARTE.....	15
B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	21
3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE	24
A) STATO DELL'ARTE.....	24
B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	27
3.3. PREVENZIONE	31
A) STATO DELL'ARTE.....	31
B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	32
3.4. SINTESI OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA PAT ALL'APSS PER L'ANNO 2017	35
OBIETTIVO 1.A: MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA E DELL'EFFICIENZA DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA E DELL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE	36
1.A.1: Efficienza ed efficacia dell'attività di ricovero (tasso di ospedalizzazione, <=150/1000).....	36
1.A.2: Appropriata diagnostica (Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche over 65enni).....	37
OBIETTIVO 1.B PIANO PROVINCIALE SANGUE (DEFINIZIONE DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E MESSA A REGIME)	38
OBIETTIVO 1.C – GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE FRAGILE E DEL PAZIENTE IN CONDIZIONI DI CRONICITÀ	39
OBIETTIVO 1.D – ETÀ EVOLUTIVA (SMAC - SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE ADOLESCENZE COMPLESSE)	41
OBIETTIVO 1.E – PROMOZIONE DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEI RICHIEDENTI ASILO (STESURA PROTOCOLLO E IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE)	43
OBIETTIVO 1.F – INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	45
OBIETTIVO 1.G – DEMENZE (COSTRUZIONE/REVISIONE DEL PDTA DELLE DEMENZE)	47
OBIETTIVO 1.H – ASSISTENZA DOMICILIARE	48
OBIETTIVO 2.A - SICUREZZA ALIMENTARE	49
2.A.1: Controlli	49
2.A.2: Salute animale e sicurezza alimentare.....	50
OBIETTIVO 2.B – CONTROLLI VACCINALI	51
2.B.1: Monitoraggio.....	51
2.B.2: Nuovo calendario vaccinale	53
OBIETTIVO 2.C – PERCORSO NASCITA E PROGRAMMA OSPEDALI & COMUNITÀ AMICI DEI BAMBINI	61
2.C.1 – Percorso Nascita	61
2.C.2 – Ospedali e Comunità Amici dei Bambini	63
OBIETTIVO 2.D – PROMOZIONE SANI STILI DI VITA.....	65
2.D.1 – Nuove tecnologie sul luogo di lavoro per la promozione di stili di vita sani	65
2.D.2 - Protocolli operativi Counselling specifico	66

OBIETTIVO 3.A - SANITÀ DIGITALE	67
OBIETTIVO 3.B – PROGRAMMA NAZIONALE ESITI.....	69
3.B.1: Verifica e monitoraggio della qualità delle codifiche e utilizzo degli indicatori del programma nazionale esiti per il miglioramento continuo.....	69
3.B.2: Proporzioni di trattati con angioplastica coronarica percutanea entro 2 giorni dall'ammissione per infarto miocardico acuto.....	71
3.B.3: Soglie di attività e mandati in ambito chirurgico.....	73
OBIETTIVO 3.C – MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE.....	74
OBIETTIVO 3.D – PROGRAMMI, SISTEMI, RETI, PERCORSI.....	75
OBIETTIVO 2017 SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA	76
3.5. PIANI TRASVERSALI.....	78
PIANO DELLE STRUTTURE	78
PIANO DELLE ATTREZZATURE E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE	89
PIANO DEI SISTEMI INFORMATIVI	91
PIANO DEL PERSONALE.....	93
PIANO DI SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI	101
PIANO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	104
PIANO DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE.....	106
PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER L'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA	110
PIANO DI SICUREZZA DEI LAVORATORI	112
PIANO DELLA GESTIONE AMBIENTALE	115
PIANO DELLE ATTIVITA' TRASVERSALI DI GOVERNANCE	119
4. L'ATTIVITÀ DEL PERIODO	135
4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	137
4.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE	142
4.3. PREVENZIONE	146
4.4. INDICATORI	150
4.5. MODELLO MINISTERIALE PER I LIVELLI ASSISTENZIALI (LA)	153
5. LA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA / ANDAMENTO DELLA GESTIONE	158
5.1. DINAMICA COMPLESSIVA DEI PRINCIPALI AGGREGATI ECONOMICI: TENDENZA NAZIONALE E CONFRONTO LOCALE.....	158
5.2. I RISULTATI FINALI DELLA GESTIONE ECONOMICA 2017: VALUTAZIONI DI SINTESI	161
5.3. LA GESTIONE ECONOMICA: I RICAVI DI ESERCIZIO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA.....	163
5.4. LA GESTIONE ECONOMICA: I COSTI DI ESERCIZIO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	171
5.5. LA GESTIONE ECONOMICA: I RISULTATI DELLA GESTIONE EXTRA-CARATTERISTICA	191
5.6. AZIONI DI CONTROLLO SUI COSTI INTRAPRESE DALL'AZIENDA E RISULTATI OTTENUTI.....	196
5.7. RISPETTO DIRETTIVE PROVINCIALI IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA.....	197
5.8. CE PREVENTIVO E CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI.....	212
5.9. FATTI DI RILIEVO INTERVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO	227
5.10. STATO PATRIMONIALE SINTETICO AL 31.12.2017.....	231
ATTESTAZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO	240

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE

La relazione sulla gestione correda il bilancio di esercizio 2017 ed è redatta secondo le disposizioni del D. Lgs. n. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. n. 118/2011.

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

Essa contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D. Lgs. n. 118/2011. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2017.

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO SERVITO, SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA E SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della Provincia Autonoma di Trento (PAT), istituita con L.P. 16/2010, è l'ente strumentale della Provincia ed è preposto alla gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal piano provinciale per la salute, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta Provinciale.

APSS promuove e tutela la salute dei cittadini, sia in forma individuale che collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese:

- nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dalla normativa nazionale, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN),
- nei livelli aggiuntivi di assistenza, previsti dalla normativa provinciale, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario provinciale (SSP) e residenti in PAT.

APSS riconosce la centralità delle legittime esigenze e aspettative dei cittadini quale elemento determinante per orientare le politiche aziendali, compatibilmente con la sostenibilità economica ed organizzativa. Pertanto, in coerenza con i principi indicati dalla L.P. 16/2010, APSS garantisce:

- equità e imparzialità, in modo che siano assicurate a tutti i cittadini uguali opportunità d'accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti che l'Azienda mette a disposizione, in relazione ai bisogni sanitari e socio-sanitari di cui sono portatori;
- affidabilità, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità della popolazione servita;
- umanizzazione, intesa come attenzione globale alla persona e rispetto al suo specifico contesto familiare e relazionale, in quanto l'obiettivo di tutela della salute viene perseguito attraverso il rispetto della dignità dell'individuo e la sua valorizzazione;
- centralità del paziente, come punto di riferimento per articolare le modalità clinico-organizzative dell'assistenza, favorendone la presa in carico e progettando – con il suo coinvolgimento – percorsi assistenziali personalizzati;
- coinvolgimento della comunità, attraverso forme di partecipazione che consentano un reale coinvolgimento nelle scelte aziendali in materia di salute, qualificando così ulteriormente l'offerta dei servizi sanitari da parte dell'Azienda;
- un uso responsabile delle risorse messe a disposizione dalla PAT.

POPOLAZIONE ASSISTIBILE

Il territorio su cui opera APSS coincide con la PAT e fa riferimento ad una popolazione assistita complessiva di 544.136 abitanti (Modello FLS11 Anno 2017). La popolazione è distribuita su un territorio montano (oltre il 70% del territorio è situato ad un'altitudine superiore ai 1.000 metri e la popolazione residente ad una altitudine superiore ai 750 metri è pari a quasi 100.000 persone) e caratterizzato da una suddivisione amministrativa elevata (177 comuni, raggruppati in 16 Comunità). Tali aspetti influenzano in modo importante anche il settore sanitario, in quanto la dinamica della popolazione e le sue caratteristiche evidenziando bisogni ed esigenze diversificate.

La distribuzione della popolazione assistibile per fasce di età è la seguente:

Fasce d'età	Maschi	Femmine	Totale
Assistibili 0 - 13 anni	38.098	35.946	74.044
Assistibili 14- 64 anni	178.024	175.697	353.721
Assistibili 65- 74 anni	27.819	29.410	57.229
Assistibili oltre 75 anni	22.700	36.442	59.142
Totale assistibili	266.641	277.495	544.136

Fonte: Modello FLS11, Anno 2017

La forte componente di attività turistiche, che caratterizza l'intero territorio provinciale, fa sì inoltre che alla popolazione assistibile si debbano aggiungere i turisti, che determinano quasi 30 milioni di giornate di presenze annue.

La distribuzione della popolazione residente della Provincia Autonoma di Trento al 01/01/2017, per fasce d'età quinquennali è la seguente:

Classi d'età (anni)	Totale Residenti	% Residenti
0-4	24.555	4,56%
5-9	27.108	5,03%
10-14	27.412	5,09%
15-19	27.796	5,16%
20-24	27.604	5,13%
25-29	28.466	5,29%
30-34	30.055	5,58%
35-39	33.111	6,15%
40-44	40.022	7,43%
45-49	42.844	7,95%
50-54	43.449	8,07%
55-59	37.793	7,02%
60-64	33.019	6,13%
65-69	30.957	5,75%
70-74	25.932	4,81%
75-79	22.948	4,26%
80-84	16.613	3,08%
85-89	11.573	2,15%
90-94	5.801	1,08%
95-99	1.396	0,26%
100 e oltre	150	0,03%
Totale	538.604	100,00%

(fonte: ISPAT – Istituto di Statistica della Provincia Autonoma di Trento)

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2017 è pari a:

- totale pazienti esenti per reddito (con un'esenzione per reddito valida in data 01/01/2017)
 - o **79.597** soggetti (con certificazione, fonte SOGEI in riferimento ai redditi 2014, validità 1 aprile 2016 – 31 marzo 2017);
 - o **26.795** soggetti (con autocertificazione presso APSS in riferimento ai redditi 2015, validità 1 luglio 2016 – 30 giugno 2017);
- **202.791** unità (rif. Quadro H, Modello FLS 11- aggiornamento 28/02/2017)

I dati sulla popolazione assistita sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS11 per l'anno 2017 (aggiornamento al 28/02/2017).

La popolazione assistita non coincide con la popolazione residente in quanto i dati comprendono popolazione domiciliata non residente e popolazione residente che non ha effettuato la scelta del medico.

I dati sulla popolazione esente da ticket si differenziano con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11 per l'anno 2017 (aggiornamento 28/02/2017). Il flusso aggiornato al 28/02/2017 non evidenziava gli esenti per motivi di reddito, che sono ricavati dalle certificazioni SOGEI e dalle autocertificazioni dei cittadini raccolte presso gli sportelli di APSS.

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'APSS garantisce:

- i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dalla normativa nazionale a tutti gli iscritti al Servizio sanitario provinciale ed in particolare:
 - o **l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
 - o **l'assistenza distrettuale**, ossia le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Ser.D, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
 - o **l'assistenza ospedaliera**, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione;
- alcuni livelli aggiuntivi di assistenza a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti in Provincia di Trento, (ad esempio: prestazioni aggiuntive di prevenzione, assistenza odontoiatrica, tutela dell'handicap, trasporto infermi, assistenza farmaceutica, assistenza protesica, ecc.).

L'erogazione di tali livelli di assistenza avviene attraverso:

- la collaborazione di circa 8.300 dipendenti che operano in 2 strutture ospedaliere (hub) e 5 ospedali territoriali (spoke) e sul territorio provinciale.
- rapporti contrattuali e convenzionali con strutture ospedaliere e ambulatoriali private, con medici convenzionati e con 57 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Complessivamente i posti letto di degenza nelle strutture dell'APSS per il 2017 sono stati 1433 ai quali vanno aggiunti 695 posti di degenza in strutture private accreditate.

Nel corso del 2017 la struttura organizzativa di APSS è stata coinvolta in un importante processo di riorganizzazione e di modifica dell'assetto organizzativo aziendale (**Obiettivo F – Riorganizzazione aziendale** del Programma di Attività 2017) volto al rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria, alla riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete delle cure primarie sul territorio, per rispondere alla crescente differenziazione dei bisogni della popolazione servita. L'obiettivo è quello di garantire la centralità della persona nella promozione e conservazione della propria salute e del paziente nel processo di cura e di assistenza, favorendo una presa in carico della persona nella sua interezza (risposta ai bisogni fisici, psicologici, sociali e relazionali della malattia), rafforzando i rapporti fra la rete ospedaliera, il territorio, le Comunità di valle e il settore socio assistenziale.

E' stato avviato dunque un processo di revisione organizzativa volto a riorientare e rafforzare l'integrazione fra ospedale e territorio tramite lo sviluppo di una rete di servizi diffusi, in grado di soddisfare i bisogni emergenti e multidimensionali della popolazione, nonché a riconfigurare l'offerta degli ospedali di rete per garantire prestazioni di ricovero e ambulatoriali fortemente integrate con le attività territoriali e domiciliari. A tal fine, con delibera della Giunta Provinciale n. 2539 del 29 dicembre 2016 è stato proposto un modello organizzativo secondo un "approccio per processi", finalizzato a favorire una visione globale dell'organizzazione aziendale in cui il paziente/utente è coinvolto e parte attiva, che garantisca in particolare:

- una migliore integrazione ospedale – territorio, semplificando ed omogeneizzando i percorsi per l'utenza con la presa in carico globale degli utenti, volta all'umanizzazione dei percorsi di cura;
- un governo unitario del Servizio ospedaliero provinciale che valorizzi la rete dei servizi offerti, con il modello hub & spoke, che miri ad accentrare i livelli di alta specializzazione negli

- ospedali centrali e a gestire la domanda di base negli ospedali di rete, con conseguente riduzione di costi e aumento della sicurezza per gli utenti ed i professionisti;
- una maggiore omogeneità dei servizi offerti sul territorio provinciale;
- il potenziamento delle azioni e delle politiche orientate alla prevenzione;
- il contenimento dei costi attraverso l'utilizzo integrato delle risorse.

La riorganizzazione aziendale ha portato a definire un'articolazione organizzativa funzionale al perseguimento di mission e strategie aziendali, al corretto svolgimento dei processi operativi ed è impostata nel rispetto del principio della chiarezza e univocità dei ruoli e delle responsabilità. In particolare, il nuovo modello organizzativo aziendale è orientato:

- alla distinzione tra le funzioni di pianificazione strategica, governo e controllo, in capo al Direttore generale e al Consiglio di direzione, e le funzioni di responsabilità gestionale diretta, di norma in capo ai direttori di Articolazione organizzativa fondamentale e agli altri responsabili di struttura dirigenziale;
- alla valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative;
- all'autonomia professionale degli operatori;
- alla valorizzazione di tutte le aree professionali.

La nuova macro organizzazione aziendale si ispira ad un modello organizzativo gerarchico per processi e funzionale per percorsi clinico assistenziali, presidiando la dimensione locale e assicurando il fattivo coinvolgimento del paziente/utente (parte attiva del processo).

Le principali novità introdotte dal nuovo assetto organizzativo sono:

- il superamento del modello di distretto sanitario quale articolazione organizzativa fondamentale (AOF) e organo "produttore" di servizi sanitari e socio sanitari per il proprio ambito territoriale di riferimento, tramite l'istituzione del nuovo *Servizio territoriale*. Quest'ultimo svolge un ruolo di promozione e coordinamento della rete territoriale provinciale e di attuazione dei processi di integrazione ospedale-territorio, di coordinamento dell'assistenza socio sanitaria e dell'assistenza territoriale ed ha l'obiettivo di garantire processi uniformi sul territorio provinciale e quindi anche una semplificazione dei percorsi per l'utenza. Detto Servizio assume le competenze di cui all'art. 33 della L.P. n. 16/2010.
- L'organizzazione per Aree delle Articolazioni organizzative fondamentali, ad esclusione del Dipartimento di Prevenzione. Nello specifico:
 - o il Servizio ospedaliero Provinciale è ripartito in Area medica, Area chirurgica, Area materno infantile, Area medica specialistica, Area chirurgica specialistica, Area dei Servizi, Area emergenza;
 - o il Servizio territoriale è ripartito in Area cure primarie, Area riabilitazione, Area salute mentale.
- L'introduzione della nuova figura del Coordinatore dell'integrazione ospedale - territorio, con dipendenza gerarchica dal Consiglio di Direzione, al fine di presidiare i percorsi clinico assistenziali trasversali alla dimensione territoriale e ospedaliera, il monitoraggio delle attività, nonché l'integrazione tra ospedale e territorio.
- La conversione delle Tecnostrutture in Dipartimenti con funzioni di supporto alle attività di governo, programmazione e produzione aziendale; nonché il raccordo della struttura organizzativa dirigenziale tecnico-amministrativa dell'APSS con quella provinciale, ovvero basata su tre livelli, di cui due dirigenziali (Dipartimenti e Servizi), ed uno non dirigenziale (Uffici/Incarichi speciali).

A tal fine e per dare implementazione al nuovo modello organizzativo aziendale, l'APSS ha promosso numerose attività e di seguito si richiamano le principali:

- approvazione dell'organizzazione transitoria aziendale, in linea con le direttive di cui alla deliberazione della Giunta provinciale n. 2539/2016 sopra citata, al fine di garantire la continuità dei servizi offerti in vista dell'implementazione effettiva del nuovo modello.
- approvazione delle prime modifiche al Regolamento aziendale (Deliberazione del D.G. n. 2 del 12 gennaio 2017, approvate tramite Deliberazione della G.P. n. 4 del 13 gennaio 2017), al fine di consentire l'inserimento della figura dei Coordinatori dell'integrazione ospedale – territorio nella *linea aziendale*. Essi sono posti a rinforzo del Servizio Territoriale e hanno il compito di garantire il presidio dei percorsi clinico assistenziali trasversali alla dimensione

territoriale e ospedaliera, il monitoraggio delle attività, nonché l'integrazione tra ospedale e territorio. La loro responsabilità è stata suddivisa in 5 diversi ambiti territoriali di competenza:

1. Ospedale Arco, Alto Garda Ledro, Ospedale Tione, Giudicarie
2. Ospedale di Borgo Valsugana, Alta e Bassa Valsugana, Tesino, Primiero
3. Ospedale di Cavalese, Valle di Fiemme e Ladino di Fassa, Cembra
4. Ospedale di Cles, Valle di Non e Valle di Sole, Paganella, Rotaliana
5. Ospedale di Trento, Valle dell'Adige, Valle dei Laghi, Ospedale di Rovereto, Vallagarina, Altipiani Cimbri;

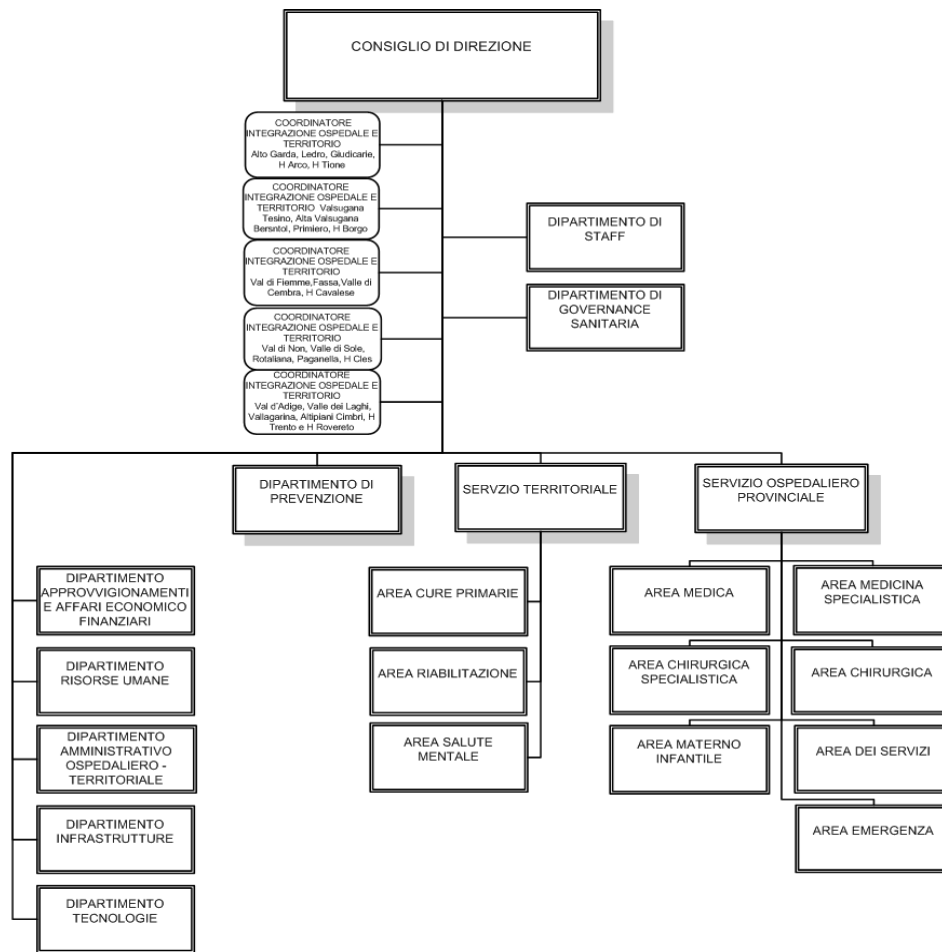
- presentazione della proposta di nuovo modello organizzativo alla PAT (bozza nuovo regolamento di organizzazione) (Nota del D.G. del 30 marzo 2017);
- adozione del nuovo Regolamento di organizzazione (Deliberazione del D.G. n. 256 del 22 giugno 2017, successivamente approvato dalla Giunta Provinciale con Deliberazione n. 1183 del 21 luglio 2017). Il nuovo Regolamento prevede la formalizzazione e declinazione della nuova struttura organizzativa dell'APSS sopra individuate, introducendo anche il concetto di Piattaforme assistenziali;
- definizione dell'assetto organizzativo dei Dipartimenti funzionali;
- indicazioni per la gestione della fase di passaggio alla nuova organizzazione aziendale, con l'attivazione di un percorso strutturato per accompagnare l'avvio della nuova organizzazione aziendale (il cd. Progetto S. Lorenzo o dei 100 giorni). Esso definisce, insieme alle parti coinvolte, le modalità di attuazione della riorganizzazione, con riferimento in particolare ai tempi e alle fasi di sviluppo, soprattutto in merito agli aspetti di maggior impatto. Il passaggio dal vecchio al nuovo assetto organizzativo è progressivamente attuato per ciascuna AOF, secondo programmi concordati.
I Direttori dei Dipartimenti tecnico amministrativi e i Dirigenti di Servizio e di Unità di missione semplice assicurano la continuità delle funzioni tecnico amministrative di competenza delle strutture cui risultavano preposti nell'ambito del precedente assetto organizzativo, anche qualora, per effetto della riorganizzazione, siano stati assegnati ad un ambito organizzativo diverso rispetto alla precedente area di competenza;
- approvazione dell'assetto organizzativo degli Uffici e degli Incarichi speciali dell'APSS e delle relative funzioni (Deliberazione del D.G. n. 349 del 10 agosto 2017).

In seguito alle modifiche apportate, la struttura organizzativa aziendale si articola come segue:

- 3 Articolazioni Organizzative Fondamentali (AOF): Dipartimento di Prevenzione, Servizio Territoriale, Servizio ospedaliero provinciale
- 5 Coordinatori per l'integrazione Ospedale e Territorio
- 3 Aree del Servizio territoriale (Cure primarie, Riabilitazione e Salute mentale) e 7 Aree del Servizio ospedaliero provinciale (Chirurgica, Chirurgica specialistica, Emergenza, Materno infantile, Medica, Medica specialistica, Servizi)
- Dipartimento di Staff
- Dipartimento di Governance
- 5 Dipartimenti tecnico-amministrativi (Approvvigionamenti e affari economico finanziari, Amministrativo ospedaliero territoriale, Risorse Umane, Infrastrutture, Tecnologie)
- Unità operative/ Servizi
- Strutture semplici/ Servizi/ Unità di missione semplice
- Dipartimenti funzionali
- Piattaforme assistenziali¹
- Uffici e Incarichi speciali

¹ Il concetto di Piattaforma assistenziale è stato introdotto con il nuovo Regolamento di organizzazione (Deliberazione del Direttore generale n. 256 del 22 giugno 2017, successivamente approvato dalla Giunta Provinciale con Deliberazione n. 1183 del 21 luglio 2017) e il suo sviluppo è tutt'ora in corso.

Figura 1 – Estratto dell'organigramma aziendale



OBIETTIVI PRIORITARI DI ATTIVITÀ PER L'ANNO 2017

Il piano per la salute del Trentino 2015-2025 ha individuato quali azioni prioritarie il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, la riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete delle cure primarie sul territorio, per rispondere alla crescente differenziazione dei bisogni e alla riduzione delle risorse. L'obiettivo è garantire la centralità del paziente nel processo di cura e assistenza favorendo una presa in carico complessiva della persona (risposta ai bisogni fisici, psicologici, sociali e relazionali) rafforzando i rapporti tra la rete ospedaliera, il territorio e il settore socio assistenziale in una logica di continuità. Tale obiettivo comporta un riorientamento e rafforzamento dell'integrazione fra ospedale e territorio, luogo dove si realizza la sintesi fra i vari livelli di assistenza.

L'esigenza di ottimizzare il governo della domanda sul territorio è confermata anche dai risultati del Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali elaborato dalla Scuola Sant'Anna di Pisa che colloca l'APSS al penultimo posto con riferimento al tasso di ospedalizzazione (160 ricoveri per 1.000 residenti).

La stessa riorganizzazione di APSS è finalizzata ad assicurare:

- un miglioramento dell'integrazione tra ospedale e territorio;
- un rafforzamento del governo unitario del servizio ospedaliero provinciale;
- una maggiore omogeneità dei servizi offerti;
- il contenimento dei costi attraverso l'utilizzo integrato delle risorse.

I principali elementi di contesto che hanno concorso alla definizione degli obiettivi prioritari di attività per il 2017 sono rappresentati da:

- la legge provinciale n. 16/2010 – Tutela della salute in Provincia di Trento, che definisce, oltre che l'assetto organizzativo dell'Azienda sanitaria, i compiti e le funzioni a questa assegnati;
- il Piano per la Salute del Trentino 2015-2025 (delibera G.P. 2389 del 18/12/2015) che costituisce un documento di riferimento per la formulazione di obiettivi e l'individuazione degli ambiti prioritari di intervento;
- gli impegni derivanti dal mantenimento delle funzioni e attività in essere;
- il sistema di pianificazione e controllo delle attività adottato dall'Azienda;
- la contrazione delle risorse a disposizione sia per la parte corrente che per gli investimenti;
- la necessità di un monitoraggio continuo dei processi e degli esiti;
- l'art. 56, comma 6 ter della citata L.P. 16/2010 che demanda alla Giunta Provinciale di emanare direttive per la riorganizzazione dell'APSS.

In considerazione di tali priorità di tipo strategico, la pianificazione delle attività 2017 ha considerato due esigenze complementari:

- il mantenimento e l'ottimizzazione delle attuali performance di APSS, nel confronto nazionale;
- l'evoluzione verso nuovi modelli operativi e di servizio, introdotti dalla riorganizzazione aziendale.

Gli obiettivi di budget rivolti al mantenimento e all'ottimizzazione delle performance sono stati espressi da parametri obiettivo definiti allo scopo di consentire un controllo direzionale "in itinere" delle attività svolte dalle diverse strutture organizzative. Le esigenze di evoluzione verso il nuovo modello organizzativo sono state definite da alcuni obiettivi di livello aziendale, selezionati secondo una logica di priorità e rilevanza e dalla valorizzazione di iniziative di miglioramento emergenti dalla Linea, realizzabili nell'attuale contesto di contenimento di risorse e di transizione alla nuova organizzazione aziendale.

In risposta a tali esigenze gli obiettivi che APSS si è assegnata per l'anno 2017 sono stati:

A. Cure appropriate - Migliorare il governo della domanda di assistenza

È stato previsto che tale obiettivo fosse da implementarsi avendo a riferimento i diversi indicatori di performance sviluppati nell'ambito del Piano Nazionale Esiti e del Network

S. Anna di Pisa, alcuni dei quali richiamati nel bilancio di missione approvato dal Consiglio di Direzione nel settembre 2016.

In particolare le direttrici previste sono state le seguenti:

- la gestione in regime ambulatoriale di attività ancora erogate in regime di day hospital, sia nei settori medici, sia chirurgici oltre che all'applicazione di modelli innovativi in area riabilitativa;
- l'avvio dei modelli di cure intermedie post acuzie negli ospedali spoke e nel territorio della città di Trento;
- la segnalazione tempestiva dei pazienti fragili ospedalizzati al PUA di riferimento territoriale per la precoce presa in carico e l'avvio a percorsi di cura territoriali;
- la riduzione della frammentazione degli episodi di ricovero che richiedono l'apporto di più presidi ospedalieri, anche attraverso la ridefinizione dei flussi SDO.

B. Utilizzo della specialistica - Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

È stato previsto che l'elevato ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali fosse affrontato sia sul versante del governo della domanda, in particolare con iniziative formative sui settori più critici della diagnostica strumentale (gastroenterologica, vascolare, TAC, RM,) e di laboratorio, sia sul versante dell'offerta, in particolare sviluppando ulteriori pacchetti di prestazioni e applicando i PDTA di recente approvazione.

I processi iniziati, ma che necessitano ancora di ulteriori sviluppi sono stati:

- la revisione della distribuzione dell'offerta negli ambiti territoriali e l'aggiornamento del sistema RAO;
- l'introduzione e l'estensione della prescrizione dematerializzata, con l'obiettivo di raggiungere un target di utilizzo dell'80%.

C. Cronicità e cure intermedie - Gestire le interdipendenze

Nel corso del 2017 è stato previsto che venissero progressivamente portate a regime le previsioni contenute nel provvedimento dell'Assessorato relative ai criteri di accesso e gestione dei pazienti negli ambiti della riabilitazione (nelle diverse declinazioni per intensità di cura e di settore nosologico), della lungodegenza (con la preventiva segnalazione dei pazienti al PUA di riferimento territoriale) e delle cure intermedie (con l'avvio della sperimentazione gestionale negli ospedali spoke e nella struttura Beato de Tschiderer di Trento).

I percorsi sulla riabilitazione cardiologica e sulle protesi di anca e ginocchio sono stati monitorati e aggiornati.

D. Politica del farmaco - Migliorare il ricorso all'assistenza farmaceutica

Nel corso del 2017 si è previsto di implementare molte azioni al fine del raggiungimento di questo macro – obiettivo, tra cui:

- il miglioramento delle attività finalizzate all'utilizzo di farmaci biosimilari e farmaci a brevetto scaduto;
- il costante monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi ad alto costo in gastroenterologia, oncologia, ematologia, malattie infettive e reumatologia;
- attività di supporto alle UU.OO. per il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici favorendone l'introduzione secondo processi strutturati di technology assessment;
- iniziative di supporto alle reti cliniche in particolare alle reti di terapia del dolore, alla rete cardiologica, alla rete neurologica e alla rete chirurgica (quest'ultima, in particolare, nell'ambito dell'antibiotico profilassi e dell'antibiotico terapia).

E. Efficienza operativa e dinamica dei costi - Eliminare le variazioni non giustificate nella pratica clinica, nelle modalità operative, nell'uso delle risorse assicurando, al tempo stesso, il raggiungimento dei livelli di attività previsti

L'avvio della nuova organizzazione aziendale, che ha privilegiato l'organizzazione per aree cliniche ospedaliere e territoriali è un'importante occasione per avviare e sviluppare processi di omogeneizzazione delle patologie più frequenti e per impostare percorsi di cura focalizzati sull'appropriatezza organizzativa, la semplificazione dei processi e l'abbandono di pratiche ridondanti, anche testando nuovi modelli organizzativi e promuovendo l'approccio *choosing wisely*.

F. Riorganizzazione aziendale - Allineare i diversi elementi del nuovo disegno organizzativo (strutture, ruoli, processi, sistemi)

Nel corso del 2017 è stata prevista l'implementazione del nuovo modello organizzativo aziendale, che privilegia l'approccio per processi e l'integrazione socio-sanitaria con forte orientamento ai risultati di salute (outcome) e alla performance dell'organizzazione, alla luce delle indagini di benchmarking fornite dal Piano Nazionale Esiti e dal Network Sant'Anna di Pisa. In tale ambito sono stati ricondotti anche gli interventi richiesti dai vari sistemi di gestione (piani trasversali, meccanismi operativi, codifiche e altri ancora).

G. Prevenzione e promozione della salute - Assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione

Nel 2017 si è programmato di dare seguito a quanto previsto dal Piano Provinciale della Prevenzione in tutti gli ambiti oggetto di intervento.

La seguente tabella riassume gli obiettivi 2017, le articolazioni organizzative coinvolte nella realizzazione ed i risultati attesi.

Tema	Aree di responsabilità	Obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso
A) Cure appropriate	Ospedale e Territorio	Migliorare il governo della domanda di assistenza	1) Riduzione del tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti (C1.1) di 10 punti (rispetto al dato 2015) - in strutture pubbliche 2) Allineamento ai target previsti nei documenti di programmazione	Utilizzare in modo efficace ed efficiente i diversi setting assistenziali garantendo una assistenza appropriata e sicura
B) Utilizzo della specialistica	Ospedale e Territorio	Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	Allineamento ai parametri previsti dalla Delibera GP 1202/2015	Assicurare accessibilità e appropriatezza delle prestazioni

Tema	Aree di responsabilità	Obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso
C) Cronicità e cure intermedie	Ospedale, Territorio e Servizi centrali (integrazione socio sanitaria)	Gestire le interdipendenze	Indicatori di processo e di attuazione	Favorire una presa in carico complessiva e integrata in particolari situazioni di fragilità
D) Politica del farmaco	Ospedale, Territorio e Servizi centrali	Migliorare il ricorso all'assistenza farmaceutica	Analisi periodica per settore nosologico e/o classe di farmaci	Massimizzare i benefici della spesa farmaceutica e gestire l'innovazione
E) Efficienza operativa e dinamica dei costi	UU.OO./Servizi	Eliminare le variazioni non giustificate nella pratica clinica, nelle modalità operative, nell'uso delle risorse assicurando, al tempo stesso, il raggiungimento dei livelli di attività previsti	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico del CDG	Migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa e garantire un uso efficiente delle risorse
F) Riorganizzazione aziendale	Tecnostrutture e staff	Allineare i diversi elementi del nuovo disegno organizzativo (strutture, ruoli, processi, sistemi)	Rispetto del piano di attuazione (responsabilità, tempi, risultati)	Rendere operativa la nuova organizzazione aziendale
G) Prevenzione e promozione della salute	Dipartimento di prevenzione	Assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione	Rispetto degli indicatori di attuazione definiti nel Piano (Revisione direzionale periodica presentata dal Dipartimento di Prevenzione)	raggiungere i risultati previsti dal Piano della Prevenzione 2015 - 2018

3. GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

3.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

A) STATO DELL'ARTE

Il Servizio Ospedaliero Provinciale è l'articolazione organizzativa fondamentale dell'APSS deputata a dare attuazione organizzativa, gestionale ed operativa ai compiti istituzionali ed alle scelte strategiche in tema di assistenza ospedaliera.

Il Servizio ospedaliero provinciale garantisce ad ogni cittadino la cura più rispondente al proprio bisogno di salute, facilitando la relazione con utenti, familiari/*caregiver* e favorendo l'*empowerment* dei pazienti, in un'ottica di promozione della salute e di integrazione con gli altri professionisti dei diversi *setting* assistenziali.

Risponde alle esigenze di diagnosi e cura, anche in regime di urgenza ed emergenza, attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, in regime ordinario e diurno, attraverso i presidi aziendali.

Sviluppa modelli organizzativi appropriati e innovativi dal punto di vista clinico e gestionale, favorendo l'attività di ricerca clinica, assistenziale ed organizzativa, con particolare attenzione all'approccio di *Health technology assessment* e allo sviluppo delle competenze dei professionisti.

In seguito al nuovo regolamento di organizzazione, approvato con deliberazione del Direttore generale n. 256 del 22 giugno 2017), i Livelli Essenziali di Assistenza Ospedaliera sono garantiti attraverso 7 presidi ospedalieri, individuati dagli strumenti di programmazione provinciale, organizzati secondo:

- a) 7 Aree, ovvero aggregazioni di Unità operative, singole o raggruppate in dipartimenti funzionali, per omogeneità di patologia, settore nosologico o mandato, poste a presidio di reti e percorsi clinici
- b) 5 dipartimenti funzionali interni alle aree (Anestesia e rianimazione, Diagnostica per immagini, Laboratorio e servizi, Ortopedico-traumatologico, Ostetrico-ginecologico)
- c) 7 Strutture trasversali di supporto (Fisica Sanitaria, Farmacie ospedaliere, SS Day Surgery, Servizio Processi Assistenziali Ospedalieri, Servizio Processi Tecnico- Sanitari, Servizio Professioni Sanitarie).
- d) 5 Direzioni mediche (Direzione medica di Trento, Direzione medica di Rovereto, Direzione medica di Cavalese e Borgo, Direzione medica di Cles, Direzione medica di Arco e Tione).

Le Aree del Servizio ospedaliero provinciale sono le seguenti:

- Area medica
- Area medica specialistica
- Area chirurgica
- Area chirurgica specialistica
- Area materno infantile
- Area servizi
- Area emergenza

Con il nuovo regolamento aziendale, sono state introdotte le piattaforme assistenziali (degenze, ambulatori e servizi, sale operatorie e interventistiche), non ancora avviate ma attualmente in fase di disegno organizzativo. Le piattaforme assistenziali possono interessare più presidi ospedalieri o essere organizzate all'interno di un unico presidio in relazione alla complessità ed alla dimensione delle stesse.

Il Servizio Ospedaliero Provinciale è impostato su un modello hub & spoke, con strutture ospedaliere di riferimento per procedure ad alta complessità (pazienti ad elevata necessità assistenziale, sia iniziale che evolutiva) e strutture ospedaliere deputate all'erogazione di cure a minore complessità o alla prosecuzione di cure che non richiedano ulteriore permanenza del paziente nell'area di erogazione della prestazione di alta complessità.

I sette ospedali sono articolati su due livelli di impegno clinico-assistenziale:

- il primo livello (ospedaliero di base) é costituito dagli ospedali di rete (Arco, Borgo Valsugana, Cavalese, Tione, e in parte Cles); questi presidi ospedalieri dispongono delle discipline cliniche e dei servizi di base e garantiscono anche l'assistenza specialistica ambulatoriale per la popolazione del relativo ambito territoriale ed, eventualmente, di altri ambiti limitrofi;
- il secondo livello é rappresentato dagli ospedali di riferimento: l'Ospedale di Trento (comprensivo dei presidi Villa Igea e Villa Rosa), l'Ospedale di Rovereto, e l'Ospedale di Cles per l'ambito della chirurgia oncologica, i quali, oltre ad assolvere per il territorio di competenza le funzioni di primo livello, garantiscono particolari funzioni ospedaliere specialistiche per l'intero ambito provinciale.

Ai 7 presidi a gestione diretta del Servizio Ospedaliero Provinciale si affiancano 6 case di cura convenzionate. Queste ultime svolgono attività per acuti sia in area medica che chirurgica, attività di lungodegenza, attività di riabilitazione in area motoria/neuromotoria, cardiologica, metabolico nutrizionale, urologica ed oncologica.

Tipo Struttura	Denominazione struttura	Comune
OSPEDALE A GESTIONE DIRETTA	OSPEDALE DI TRENTO	TRENTO
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGO VALSUGANA	BORGO VALSUGANA
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CLES	CLES
	OSPEDALE DI ROVERETO	ROVERETO
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI TIONE	TIONE DI TRENTO
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ARCO	ARCO
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CAVALESE	CAVALESE
CONVENZIONATE	IST.RIAB.S.STEFANO-U.O. OSP. S.PANCRAZIO	ARCO
	CASA DI CURA EREMO DI ARCO SRL	ARCO
	CASA DI CURA REGINA	ARCO
	CASA DI CURA SOLATRIX	ROVERETO
	CASA DI CURA VILLA BIANCA	TRENTO
	OSPEDALE SAN CAMILLO (*)	TRENTO

(*) ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, della legge 132/1968

I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionata sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP 11.

DATI DEI POSTI LETTO

A seguito della ricognizione avvenuta con deliberazione del Direttore generale n. 550 del 21 dicembre 2017, con riferimento alle strutture pubbliche, i posti letto assegnati per l'attività di ricovero ordinario e diurno nel 2017 sono pari a 1.433 unità, articolati come rappresentato nella tabella che segue. Tale ricognizione ha preso atto dei vari mutamenti nell'assetto ospedaliero avvenuti in corso d'anno, in particolar modo in seguito all'adozione della deliberazione della Giunta Provinciale n. 1116 del 7 luglio 2017 "Autorizzazione all'avvio della sperimentazione di un nucleo di cure intermedie presso l'APSP Beato de Tschiderer" e la DGP 1117 del 7 luglio 2017 "Rete riabilitativa provinciale. Criteri di funzionamento, standard dei livelli prestazionali e qualitativi.

POSTI LETTO	Ordinari	DH/DS	O.B.	Totali	Tecnici
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO					
Rianimazione	8			8	
U.T.I.C.	4			4	
Medicina int	42	1		43	
Geriatría	54			54	
Malattie infettive	8	2		10	
Oncologia		5		5	
Neurologia	24			24	
Riabilitazione neurologica	10			10	
Cardiologia	10	1		11	
Medicina d'urgenza e P.S.			7		
Dialisi					12
Chirurgia generale	20	2		22	
Chirurgia vascolare	5	1		6	
Urologia	2			2	
Ortopedia-traumatologia	32	2		34	
Otorinolaringoiatria	6	2		8	
Oculistica	4	2		6	
Pediatria	12	1	3	13	
Ostetricia-ginecologia	27	2		29	
Culle per neonato sano					16
OSPEDALE DI ROVERETO - Totale	268	21	10	289	28
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO					
Rianimazione 1	15			15	
Terapia antalgica	1	1		1	
Rianimazione 2	8			8	
U.C.I.C.	10			10	
Terapia intensiva neonatale	8			8	
Medicina interna	80	10		90	
Malattie infettive					
Ematologia					
Reumatologia	12	4		16	
Dermatologia	4	1		5	
Pneumologia	9	2		11	
Geriatría	50			50	
Nefrologia	20	2		22	31
Dialisi					
Cardiologia	24	2		26	
Neurologia	16	3		19	
Oncologia Medica	16	10		26	
Radioterapia oncologica	12			12	

POSTI LETTO	Ordinari	DH/DS	O.B.	Totali	Tecnici
Medicina d'urgenza e P.S.	8		8	8	
Chirurgia I	32	4		36	
Chirurgia II	20	1		21	
Cardiochirurgia	10			10	
Chirurgia vascolare	16			16	
Urologia	20	5		25	
Ortopedia	42	6		48	
Chirurgia plastica	8	1		9	
Otorinolaringoiatria	8	2		10	
Chirurgia maxillo facciale	4	1		5	
Neurochirurgia	14			14	
Oculistica	2	2		4	
Gastroenterologia	8	3		11	
Ostetricia-ginecologia	56	2	2	58	
Pediatria	12	7	5	19	
Chirurgia pediatrica	4	10	6	14	
Neuropsichiatria inf.	3			3	
Neonatologia	17			17	
Culle per neonato sano				0	20
Medicina fisica e riabilitazione – H Villa Rosa	54	4		58	
Riab.cardiologica		20		20	
Day Surgery - Villa Igea		8		8	
Psichiatria	15		1	15	
OSPEDALE DI TRENTO - Totale	638	111	22	748	51
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO					
Medicina fisica e riabilitazione	0	0		0	
Medicina/Pronto soccorso	34	4	2	38	
Pneumologia	24	1		25	
Dialisi					9
Chirurgia gen./ortopedia/ginecologia	8	3	2	11	
PMA/DS ginecologia	2	3		5	5
Psichiatria	16			16	
PRESIDIO OSPEDALIERO DI ARCO - Totale	84	11	4	95	14
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO					
Medicina	34	3	4	37	
Pronto soccorso/O.B.					
Dialisi					11
Odontostomatologia	0	1	2	1	
Chirurgia generale	10	2		12	
Ortopedia Traumatologia	6	2		8	
Psichiatria	16			16	
Presidio Ospedaliero di Borgo - Totale	66	8	6	74	11

POSTI LETTO	Ordinari	DH/DS	O.B.	Totali	Tecnici
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE					
Medicina	38	4	2	42	
Pronto soccorso/O.B.					
Pediatria	1	1	1	2	
Dialisi					7
Chirurgia generale	7	1	2	8	
Ortopedia-traumatologia	8	3		11	
Ostetricia-ginecologia	6	1		7	
Culle per neonato sano					8
Presidio Ospedaliero di Cavalese - Totale	60	10	5	70	15
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES					
Medicina	37	9	6	56	
Pronto Soccorso/OB					
Geriatría	10				
Dialisi					10
Chirurgia generale	12	2	2	14	
Ortopedia-traumatologia	10	3		13	
Ginecologia	1	0		1	
Ostetricia	9	1	0	10	
Pediatria	2	1	2	3	
Culle per neonato sano					15
Presidio Ospedaliero di Cles - Totale	81	16	10	97	25
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE					
Medicina	35	7	3	42	
Pronto soccorso/O.B.					
Dialisi					6
Chirurgia generale	8	2	1	10	
Ortopedia-traumatologia	7	1		8	
Presidio Ospedaliero di Tione Totale	50	10	4	60	6
Totale complessivo	1247	187	61	1433	134

Per le strutture in convenzione i posti letto accreditati sono pari a 695 (Fonte: modello HSP 13-quadro E).

Struttura	Descrizione disciplina	PL Degenza ordinaria	PL Day Surgery	PL Day Hospital	Totale
Ist.Riab.S.Stefano-U.O. Osp. S.Pancrazio	RECUPERO E RIABILITAZIONE	83	0	0	83
Casa di Cura Eremo di Arco srl	RECUPERO E RIABILITAZIONE	145	0	8	153
Casa di Cura Regina	LUNGODEGENTI	135	0	0	135
CASA DI CURA SOLATRIX	MEDICINA GENERALE	75	0	0	75
CASA DI CURA SOLATRIX	RECUPERO E RIABILITAZIONE	25	0	0	25

Struttura	Descrizione disciplina	PL Degenza ordinaria	PL Day Surgery	PL Day Hospital	Totale
CASA DI CURA SOLATRIX	LUNGODEGENTI	30	0	0	30
Casa di Cura Solatrix - Totale		130	0	0	130
CASA DI CURA VILLA BIANCA	CHIRURGIA GENERALE	22	0	16	38
CASA DI CURA VILLA BIANCA	MEDICINA GENERALE	23	0	8	31
Casa di Cura Villa Bianca - Totale		45	0	24	69
OSPEDALE SAN CAMILLO	CHIRURGIA GENERALE	0	15	37	52
OSPEDALE SAN CAMILLO	MEDICINA GENERALE	5	0	30	35
OSPEDALE SAN CAMILLO	RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	0	10	10
OSPEDALE SAN CAMILLO	LUNGODEGENTI	0	0	28	28
Ospedale san Camillo - Totale		5	15	105	125
TOTALE COMPLESSIVO		543	15	137	695

I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta differiscono con quelli riportati nel Modello HSP12 per l'anno 2017 (aggiornamento 27/04/2017): il flusso inviato infatti contemplava fra le strutture a gestione diretta anche il presidio ospedaliero del S. Camillo, che invece è censito fra i presidi in convenzione. Analogamente i dati riportati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione differiscono con quelli riportati nel Modello HSP 13 per l'anno 2017 (aggiornamento 27/04/2017), che non contemplava i posti letto afferenti alla struttura ospedaliera del S. Camillo.

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Coerentemente con il contenuto del processo di budget 2017, le attività dell'esercizio si sono focalizzate nei seguenti ambiti:

Cure appropriate (Obiettivo A)

La finalità dell'obiettivo è stata quella di sviluppare e consolidare il modello di rete in modo da migliorare il governo della domanda di assistenza utilizzando in modo efficace ed efficiente i diversi setting assistenziali, per garantire una assistenza appropriata e sicura. Le azioni messe in campo sono state orientate alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, individuato come obiettivo fondamentale a livello provinciale.

Tutte le UU.OO hanno avviato un processo di revisione delle proprie attività cliniche trasferendo attività chirurgiche a regime ambulatoriale (in particolare presso il DS di Villa Igea e gli ospedali periferici), migliorando l'azione di filtro dei servizi di Pronto soccorso, utilizzando la nuova struttura Cure Intermedie avviata a luglio nella città di Trento, utilizzando la lungodegenza e la riabilitazione secondo protocolli aziendali.

L'Area chirurgica specialistica ha profuso molte risorse nella realizzazione di questo obiettivo: si sottolinea l'importante processo di ottimizzazione dei ricoveri, ottenuto spostando interventi chirurgici dal regime di ricovero a quello ambulatoriale; la riduzione media complessiva dell'Area è stata del 5,9%.

Per quanto concerne l'Area emergenza preme ricordare come tutte le UU.OO. abbiano garantito un'attività mirata alla gestione e alla cura del paziente secondo la singola mission. Per quanto riguarda il PS di Trento, in OB/MU sono transitati 4383 pazienti. La struttura è stata di supporto a molteplici branche specialistiche (Gastroenterologia, Cardiologia, Neurochirurgia, Neurologia, Cure palliative...). Inoltre sono stati trattati 396 pazienti provenienti da altri ospedali sottoposti a procedure invasive (posizionamento PEG, drenaggio biliare, indagini radiologiche in sedazione, agobiopsie ECO/TAC guidate), procedure di alcolizzazione, toracentesi, paracentesi, emotrasfusioni, monitoraggio post cardioversione elettrica programmata in accordo con la Cardiologia del S. Chiara.

Anche l'Area medica ha concentrato i propri sforzi sul miglioramento dell'operazione di filtro dei pronti soccorsi periferici e la riduzione delle ospedalizzazioni in termini di invio in lungodegenza (riduzione di 552 ricoveri medici vs 2016). Tra le azioni effettuate preme ricordare la riduzione del 5% dei ricoveri medici da pronto soccorso nelle diverse sedi ospedaliere, la riduzione del numero di DH a favore della erogazione di attività ambulatoriale (ottenuto in 5 aree) ed infine la riduzione del 10% degli invii in lungodegenza.

L'insieme combinato delle azioni messe in atto ha permesso la riduzione del tasso di ospedalizzazione dal valore di 152,65 per 1000 abitanti nel 2016 a 148,69 per 1000 abitanti nel 2017, abbattendo la soglia del 150 per mille.

Utilizzo della specialistica (obiettivo B)

La finalità dell'obiettivo è stata quella di ottimizzare l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per assicurare accessibilità e appropriatezza.

Sono stati garantiti i tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e provinciale. Le UU.OO. si sono progressivamente fatte carico della gestione diretta delle visite di controllo e, il fenomeno delle liste di galleggiamento è stato decisamente contenuto. Permangono talune criticità in oculistica, dermatologia e gastroenterologia, discipline per le quali sono state avviate iniziative di contrasto al fenomeno attraverso l'assunzione del personale, il coinvolgimento del privato accreditato e l'attivazione incentivata di sedute ambulatoriali aggiuntive.

Grande sforzo nella realizzazione dell'obiettivo è stato profuso dall'Area chirurgica specialistica: per quanto riguarda le modalità di prenotazione emerge come vi sia stato, da parte di tutte le UU.OO, lo sforzo di prendersi in carico la prenotazione dei controlli con aumento del numero di pazienti prenotati direttamente dai reparti e riduzione del numero di pazienti in liste di galleggiamento presso il CUP. Per quanto riguarda i tempi di attesa vi è stato un netto miglioramento per quanto riguarda l'oculistica mentre è rimasto critico il dato della colonscopia.

La situazione non appare migliorabile senza un significativo incremento dell'offerta ed un impegno contestuale nel campo della appropriatezza prescrittiva.

Anche nell'Area medica, vi sono stati numerosi elementi di miglioramento per l'utilizzo della specialistica, in particolare la prenotazione diretta dei controlli e le forzature per le visite RAO; inoltre è stata avviata la gestione diretta dei controlli nei casi necessari e sono state attivate le liste di preappuntamento. Ottimo risultato raggiunto anche per quanto riguarda l'obiettivo provinciale tempi attesa di visite non prioritarie ematologiche: è stato raggiunto un target di 57 giorni per visita ematologica non prioritaria (obiettivo PAT a 70 giorni).

Cronicità e cure intermedie (Obiettivo C)

La finalità dell'obiettivo è stata quella di gestire le interdipendenze per favorire una presa in carico complessiva e integrata in particolari situazioni di fragilità.

Le strutture del SOP hanno partecipato alla definizione della delibera provinciale sulla riabilitazione e alla definizione del progetto "Cure intermedie": nel mese di luglio l'attività presso le Cure Intermedie è stata avviata presso l'Istituto De Tschiderer. Le UU.OO. di medicina e di geriatria dell'ospedale di Trento hanno regolarmente inviato alle Cure Intermedie, secondo i protocolli definiti, circa 150 pazienti, riducendo contestualmente l'invio alle strutture di lungo degenza.

L'Area medica si è molto impegnata per realizzare questo obiettivo: è stato condotto un importante impegno organizzativo per l'avvio delle Cure intermedie a Trento con il raggiungimento degli obiettivi di esito prefissati (es. rientro a domicilio nel 90% dei casi). Gli invii in lungodegenza da parte di tutte le UU.OO. sono stati effettuati secondo procedura aziendale con una riduzione numerica degli invii complessiva del 10%.

Politica del farmaco (Obiettivo D)

L'obiettivo è stato declinato nelle schede di budget delle UU.OO: in particolare per quelle che utilizzano farmaci di alto costo.

E' proseguito lo shift verso l'utilizzo dei farmaci biosimilari anche nei settori ove il ricorso era stato, negli anni precedenti, piuttosto limitato. Peraltro si è osservato uno sfioramento complessivo sul consumo dei farmaci di circa 1.800.000 euro, in particolare per farmaci oncologici e per il trattamento di malattie rare, a fronte di un recupero di circa 1.100.000 euro legato ai meccanismi di pay-back.

Si sottolinea l'utilizzo di nuovi farmaci per il trattamento farmacologico della maculopatia, nell'ambito dell'oculistica e l'incremento importante, da parte della gastroenterologia, dell'utilizzo di biosimilari.

Con riferimento all'Area medica è stato monitorato e favorito l'utilizzo dei biosimilari (fattori crescita granulocitari e epoietine ...). E' ad oggi in atto l'uso sistematico del biosimilare imatinib per LMC ed è invece programmato per il 2018 utilizzo del biosimilare del rituximab in ambito ematologico, compatibilmente con la messa a disposizione del farmaco a livello nazionale. I dati evidenziano la tendenza all'aumento uso di carbapemeni, tigeciclina e daptomicina e la riduzione dell'uso di linezolid.

Efficienza operativa e dinamica dei costi (Obiettivo E)

La finalità dell'obiettivo è stata quella di eliminare le variazioni non giustificate nella pratica clinica, nelle modalità operative, nell'uso delle risorse assicurando, al tempo stesso, il raggiungimento dei livelli di attività previsti per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa e garantire un uso efficiente delle risorse.

Importanti azioni implementate sono state:

- la rinegoziazione con le ditte fornitrici di DM ortopedici, che ha comportato un risparmio stimato su base annua di 170.000
- l'avvio del nuovo contratto sui DM di cardiologia interventistica, che comporterà un risparmio stimato su base annua di 240.000 euro.
- la predisposizione del capitolato speciale per DM ortopedici non protesici.
- L'attivazione del monitoraggio delle scorte nelle aree critiche e l'attivazione di contratti in conto deposito ove non attivi.

Riorganizzazione aziendale (Obiettivo F)

La finalità dell'obiettivo è stata quella di allineare i diversi elementi del nuovo disegno organizzativo (strutture, ruoli, processi, sistemi) in modo da rendere operativa la nuova organizzazione aziendale.

Le strutture del SOP hanno partecipato attivamente al processo di riorganizzazione sia nella fase "progetto S. Lorenzo" sia nella fase "progetto 100 giorni".

Nel corso del 2017 si è inoltre dato avvio alla rete Breast ed è proseguito lo sviluppo della rete demenze, in modo da integrare la presa in carico del paziente e sviluppare attività di collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale. Da segnalare inoltre lo sviluppo della funzione urologica su più sedi.

Prevenzione e promozione della salute (Obiettivo G)

Il fine dell'obiettivo è stato quello di assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione 2015 – 2018, in modo da raggiungere i risultati previsti dal Piano stesso. Le unità operative del SOP, impegnate nei diversi programmi di prevenzione secondaria, hanno garantito l'effettuazione delle prestazioni richieste nel rispetto degli standard previsti dalle diverse tipologie di screening. Si segnala, in particolare, l'efficace transizione dal Pap test al Test HPV per lo screening del carcinoma della cervice uterina. Gli screening neonatali e infantili sono stati condotti con sistematicità in tutti gli ambiti. Le strutture ospedaliere hanno partecipato alle campagne vaccinali sia per quanto riguarda i pazienti ricoverati sia per quanto riguarda il personale dipendente: in questo specifico ambito la percentuale di soggetti vaccinati è aumentata, portandosi al livello del 20%, in linea con i parametri nazionali.

3.2. ASSISTENZA TERRITORIALE

A) STATO DELL'ARTE

Il Servizio territoriale assicura a livello provinciale l'erogazione di attività, servizi e prestazioni dei Livelli essenziali di assistenza distrettuale e socio-sanitaria previsti dalla normativa nazionale nonché dei livelli provinciali aggiuntivi. In particolare:

- garantisce i servizi di assistenza sanitaria relativamente alle cure primarie e alla salute mentale e alla riabilitazione sul territorio provinciale, anche mediante l'integrazione con il Dipartimento di prevenzione e con il Servizio ospedaliero provinciale;
- contribuisce alla promozione dell'integrazione socio sanitaria dei servizi finalizzati a soddisfare i bisogni di salute della persona che necessitano dell'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale, al fine di garantire continuità curativa e assistenziale nelle aree materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze;
- assicura l'uniformità dei processi e dei servizi nonché la semplificazione dei percorsi per l'utenza, favorendo l'empowerment dei pazienti e familiari in un'ottica di promozione della salute e di integrazione con gli altri professionisti dei diversi setting assistenziali, territoriali e ospedalieri, interni ed esterni all'Azienda.

Il Servizio territoriale garantisce le seguenti attività:

- cure primarie e continuità assistenziale
- assistenza specialistica ambulatoriale
- attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia
- assistenza farmaceutica
- attività e servizi di assistenza domiciliare, compresa l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'assistenza domiciliare integrata cure palliative (ADI-CP)
- integrazione con l'attività del servizio ospedaliero provinciale, in particolare per quanto riguarda le dimissioni protette e condivise
- attività di igiene pubblica
- attività di medicina legale finalizzata in particolare alla valutazione e accertamento dell'invalidità
- attività di educazione e promozione della salute dei cittadini, compresa l'attività di screening
- attività e servizi di salute mentale per adulti
- attività inerenti l'area dell'integrazione socio sanitaria
- integrazione operativa con gli enti che erogano, secondo i bisogni e le priorità rilevate, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Vengono inoltre garantite da parte delle unità operative multizonali le seguenti funzioni/servizi:

- attività e servizi psicologici e di neuropsichiatria infantile
- attività e servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze
- attività di coordinamento della Rete provinciale per le cure palliative
- attività di medicina legale.

In ogni Comunità di Valle è istituito un Punto unico di accesso (PUA) che rappresenta un modello organizzativo integrato dei servizi sociali e sanitari con particolare riferimento alle situazioni complesse. E' finalizzato a garantire al cittadino un percorso valutativo, assistenziale e di presa in carico dei bisogni che tenga conto della situazione complessiva, degli interventi e prestazioni cui ha diritto e dei servizi disponibili sul territorio.

Le attività, i servizi e le prestazioni sanitarie e sociosanitarie sono erogate dalle Aree Cure primarie, Salute mentale e Riabilitazione, promuovendo la rete territoriale, coordinando le risorse assegnate e sviluppando le competenze di tutti i professionisti. In particolare:

- Area Cure primarie: risponde alle esigenze di assistenza sanitaria e sociosanitaria della comunità provinciale, mediante le attività inerenti le cure domiciliari, la specialistica ambulatoriale, l'igiene e sanità territoriale e le funzioni consultoriali. Avvicina inoltre i professionisti ai luoghi di vita, in ottica di promozione attiva della salute, rafforzamento delle risorse personali e sociali attivabili dalla persona, in integrazione con le altre Aree del

Servizio territoriale e il Servizio ospedaliero provinciale, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza definiti a livello nazionale e provinciale.

- **Area Riabilitazione:** garantisce gli interventi riabilitativi previsti dai Livelli essenziali di assistenza mediante percorsi diagnostico-terapeutici che assicurano in maniera omogenea la continuità e l'appropriatezza delle cure, al fine di ridurre per quanto possibile le disabilità derivanti da patologie acute o croniche invalidanti e facilitare il reinserimento familiare, lavorativo e sociale dei soggetti con menomazioni funzionali. Inoltre consolida la rete riabilitativa provinciale per favorire una migliore integrazione dei diversi setting assistenziali nei quali si articola, con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti soggetti (pubblici, privati accreditati e convenzionati) in essa operanti, contribuendo altresì alla realizzazione di un nuovo modello di presa in carico delle condizioni di cronicità che risponda alle esigenze di un approccio integrato e di valorizzazione delle capacità e dell'autonomia del paziente.
- **Area Salute Mentale:** assicura la presa in carico e gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione alle persone con disturbi psichici, con disturbi psicologici, con disturbi del comportamento alimentare, con dipendenze da sostanze e comportamentali, ai minori con disturbi di interesse neuropsichiatrico e con disabilità complessa, attraverso la promozione e lo sviluppo della qualità delle relazioni tra professionisti, utenti e loro familiari, centrate sulle pratiche di recovery, sulla fiducia e "speranza" reciproca tra operatori e utenti, sulla ricerca della maggior soddisfazione possibile delle aspettative di qualità di vita degli utenti. Essa attua percorsi e processi basati su "patti di cura" condivisi, valorizzando e promuovendo la partecipazione di utenti e familiari in ragione del loro sapere esperienziale e in un'ottica di supporto tra pari.

L'APSS opera mediante presidi a gestione diretta e strutture convenzionate come nel dettaglio delle tabelle che seguono.

Per le strutture a gestione diretta:

	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12
Tipo struttura	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITA' DI LABORATORIO	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA IDROTERMALE	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	11			11	10	1						
AMBULATORIO E LABORATORIO	22	13	10									
STRUTTURA RESIDENZIALE					16				3		2	1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					7							
Totale complessivo	33	13	10	11	33	1	0	0	3	0	2	1

In ambito provinciale nel 2017 risulta attivo un istituto di riabilitazione "ex art. 26, L. n. 833/1978": tale istituto ha operato in convenzione con l'azienda per n. 10.051 giornate di residenzialità e n.104 giornate di semiresidenzialità. L'istituto ha ottenuto nel corso del 2017 l'accreditamento istituzionale per la funzione residenziale psichiatrica ex art. 5 D.P.G.P. 27 novembre 2000".

Denominazione struttura	Indirizzo	Comune	Numero fax	Tipo struttura	Tipo assistenza erogata
COMUNITA' TERAP. MASO S.PIETRO	VIA S.PIETRO, 4	PERGINE VALSUGANA	515223	2	ASSISTENZA RESIDENZIALE / SEMIRESIDENZIALE

Per le strutture convenzionate/accreditate:

Tipo struttura	S01 ATTIVITA' CLINICA	S02 DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	S03 ATTIVITA' DI LABORATORIO	S04 ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	S05 ASSISTENZA PSICHIATRICA	S06 ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	S07 ASSISTENZA AIDS	S08 ASSISTENZA IDROTERMALE	S09 ASSISTENZA AGLI ANZIANI	S10 ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	S11 ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	S12 ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				1				6				
AMBULATORIO E LABORATORIO	24	7	5									
STRUTTURA RESIDENZIALE						5	1		56	1	11	2
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE									28	1	3	
Totale complessivo	24	7	5	1	0	5	1	6	84	2	14	2

I dati sui numeri di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, si differenziano con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS11 (08/02/2017) in quanto per le strutture convenzionate – Raggruppamento S07 – la comunità alloggio per pazienti affetti da HIV è stata trasferita a far tempo dal 01.01.2016 alle competenze socio assistenziali. Per tale ragione il dato che recava n. 1 struttura deve essere corretto riportando 0.

Relativamente alla medicina generale, APSS opera mediante 361 medici di base (Fonte: modello FLS12, quadro E aggiornato al 01/06/2017), che assistono complessivamente una popolazione pari a 459.535 unità, e 75 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 67.585 unità.

I dati esposti relativi ai medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12 (01/06/2017).

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Nel corso del 2017 il Servizio Territoriale ha affrontato una riorganizzazione complessa, che ha comportato un nuovo assetto di funzioni, nuove responsabilità e meccanismi operativi completamente rinnovati, in un contesto aziendale in piena variabilità.

Malgrado ciò è stata garantita la continuità dei servizi, è stato rispettato l'equilibrio economico complessivo dell'AOF e sono state portate avanti le nuove progettualità e quelle intraprese negli anni precedenti.

Area Cure primarie

Le attività trasversali dell'Area, nell'anno della sua istituzione, sono state fortemente orientate a rendere omogenea la gestione dei principali processi, grazie a confronti periodici e costanti tra il Responsabile ed i Direttori di UU.OO.

Tra le varie azioni messe in atto in questo ambito si sottolineano:

- la revisione delle Verifiche Tecnico Sanitarie in RSA, processo impegnativo e costoso da sempre gestito dai medici e dagli infermieri dei servizi Cure Domiciliari. Il lavoro è stato impostato attraverso la costituzione di un unico gruppo di valutatori, su cui concentrare la formazione sugli strumenti. Questo ha permesso di incrementare la qualità e l'oggettività delle verifiche, mantenendo costante la sinergia con il processo di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;
- il forte lavoro di collegamento e confronto attivato dai Consultori, per i quali il Percorso Nascita ha rappresentato un volano che ha messo a sistema l'omogeneità delle prassi di lavoro dei professionisti: le coordinatrici ostetriche del territorio rappresentano ora un gruppo stabile, che condivide procedure e approcci e che si confronta costantemente con il responsabile di Area;
- è stato licenziato un documento di indirizzo sui corsi di accompagnamento alla nascita, supportato dalle azioni previste per il BFCl che coinvolge tutti i Consultori, e di questi numerose professionalità;
- rispetto alle cure domiciliari e palliative, che rappresentano l'ambito più consistente, sia per il numero di professionisti coinvolti che per la quantità di prestazioni e di popolazione assistita, è stata avviata la sperimentazione della nuova cartella informatizzata che gradualmente sarà attivata su tutto il territorio. Sperimentata dal secondo semestre nell'ambito Giudicarie-Rendena, ha visto il coinvolgimento in fase di progettazione di alcuni coordinatori e di alcuni infermieri di tutta l'Azienda, per arrivare alla modellazione di un prodotto performante ed evoluto rispetto alle esigenze, e quindi necessariamente ha messo a confronto modalità operative diverse per arrivare a procedure comuni. Inoltre, il lavoro attivato al fine di realizzare il mandato dell'obiettivo PAT sulle cure domiciliari ha permesso di perseguire uniformità nelle comunicazioni ai cittadini, nei processi sanitari ed amministrativi, nella valutazione del carico assistenziale;
- relativamente alla funzioni socio-sanitarie, che tanta parte hanno nell'operatività quotidiana delle UU.OO. Cure Primarie, gli sforzi sono andati nella direzione di minimizzare le difformità nelle valutazioni UVM e negli inserimenti in RSA, e ciò anche grazie all'introduzione a regime del quadro sinottico - criteri inserimento avviato a regime in aprile.

Area Riabilitazione

Tra le varie azioni implementate in questa Area si evidenziano:

- Un forte impegno da parte delle UU.OO di Medicina Fisica e Riabilitazione sui seguenti obiettivi:
 - Mantenimento dei livelli di attività al fine di dare adeguate risposte alle richieste di prestazioni;
 - Miglioramento dell'appropriatezza del ricorso alle prestazioni riabilitative, in particolare con la definizione di specifici percorsi riabilitativi, anche alternativi al ricovero ospedaliero;
 - Miglioramento dell'efficienza dei servizi riabilitativi e di supporto alla costruzione della nuova organizzazione aziendale;

- Incrementi dei livelli prestazionali rispetto all'anno 2016, sia delle prestazioni di carattere specialistico (in particolare visite fisiatriche) sia dei trattamenti riabilitativi;
- Impegno profuso sul tema dell'appropriatezza delle prescrizioni di trattamenti riabilitativi, con l'obiettivo di privilegiare, per quanto possibile e appropriato dal punto di vista clinico, tipologie di trattamento che consentano la presa in carico di un maggior numero di utenti (trattamenti di gruppo e cosiddetti cicli brevi: Terman, Breve, Gr Lomb, Gr Piscina);
- Sforzi convinti, da parte di diversi professionisti dell'Area, per implementare operativamente la nuova organizzazione aziendale APSS e la delibera della Giunta provinciale n. 1117/2017, che ha istituito la Rete riabilitativa provinciale, modificando notevolmente il comparto della riabilitazione in Trentino, introducendo la creazione di strutture sanitarie intermedie (APSP Beato de Tschiderer) e rendendo centrale il ruolo di Villa Rosa come struttura destinata alla riabilitazione intensiva ad alta specializzazione.

Area Salute Mentale

Tra le varie attività realizzate in quest'Area si evidenziano:

- L'attribuzione di obiettivi estesi a tutta l'Area, per facilitarne i percorsi di condivisione e di omogeneizzazione;
- La predisposizione di un 'Manifesto' su cui far convergere le pratiche di tutte le UU.OO. e i Servizi dell'Area. Il Manifesto propone, oltre a un quadro generale su mission e visione, una lista di impegni prioritari in ambito Integrazione Ospedale – Territorio, tra cui:
 - l'umanizzazione della qualità delle relazioni tra professionisti, utenti e familiari
 - la centralità dell'utente nel percorso di cura
 - il miglioramento continuo della qualità
 - l'assemblaggio delle peculiarità delle diverse discipline e delle collaborazioni dei relativi professionisti di tutta l'Area
 - la valorizzazione del sapere professionale e del sapere esperienziale
 - la creazione di gruppi di lavoro come strumento privilegiato di confronto, allineamento, omogeneizzazione

Preme inoltre sottolineare come il Manifesto abbia costituito un fondamentale momento di condivisione con i Direttori dell'Area, da cui sono derivati degli importanti sviluppi concreti:

- la costruzione di una 'Fotografia' dell'Area, per fornire una chiave di lettura complessiva comprendente dati, prestazioni, punti di forza e di debolezza e specificità;
- la costruzione di una prima bozza di regolamento dell'Area coerente con il Regolamento dell'Azienda, con il Manifesto dell'Area e comprensiva dei suoi possibili Organi di Governo;
- l'organizzazione di una giornata in cui presentare l'obiettivo di budget assegnato a tutte le UU.OO. e i Servizi dell'Area in tema di individuazione di prese in carico per target diagnostici. La giornata, tenutasi il 12 dicembre, ha visto una partecipazione di più di 100 professionisti e di un certo numero di utenti e familiari. A testimonianza dell'integrazione che l'Area sta percorrendo, una parte significativa di UU.OO. e Servizi si sono 'liberamente' aggregati e hanno condiviso lo stesso target;
- Attivazione di 6 gruppi di lavoro tra quelli presenti nel "Manifesto". I gruppi si sono incontrati mediamente 1 volta al mese e sono stati caratterizzati da una presenza significativa di professionisti 'giovani' e motivati oltre che dalla presenza di utenti, familiari e portatori di interesse, presenze solitamente assenti in gruppi di questo genere, ma evidentemente in assoluta coerenza con il manifesto dell'Area e il regolamento dell'Azienda.

L'attività dell'Area Salute mentale si è inoltre focalizzata sull'avvio del Centro Salute Mentale (CSM) H24, nonché sull'attivazione del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC).

Coerentemente con il contenuto del processo di budget 2017, gli obiettivi dell'esercizio e le attività svolte dal Servizio Territoriale sono stati focalizzati sui seguenti ambiti:

Cure appropriate (Obiettivo A)

E' stato firmato un Accordo specifico con i MMG su alcuni progetti obiettivo, tra cui il tasso di ospedalizzazione con riferimento ai valori riportati dagli indicatori di S. Anna in riferimento all'esercizio precedente, operativo da gennaio 2018.

Con riferimento all'attività delle cure primarie, le azioni messe in campo hanno principalmente riguardato la formazione dei medici di Continuità Assistenziale, che spesso ricorrono a ricoveri evitabili, soprattutto per i pazienti seguiti in cure domiciliari e palliative. Un forte impegno è stato anche manifestato nell'avvio dell'attività delle cure intermedie (Obiettivo C).

Per quanto concerne invece l'Area riabilitazione gli sforzi si sono concentrati per spostare le attività di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera presso la struttura di Villa Rosa: i risultati ci sono stati, anche se contenuti, in quanto hanno riguardato principalmente dei casi residuali quali i percorsi riabilitativi per pazienti protesizzati (anca e ginocchio), gestiti tramite percorso Fast Track, mentre non sono naturalmente possibili per la maggior parte delle situazioni prese in carico, di elevate complessità. Il presidio di Villa Rosa ha dunque contribuito, nel 2017, alla riduzione della richiesta di ricoveri ospedalieri, sia ordinari che diurni (ricoveri ordinari passati da 575 del 2016 a 526 del 2017, e ricoveri DH passati da 77 del 2016 a 72 del 2017).

Si sottolinea inoltre come l'analisi effettuata al fine di verificare la possibilità di ulteriore riduzione dei ricoveri ospedalieri abbia messo in luce alcune situazioni di duplicazione di ricoveri legate a motivazioni organizzative (in particolare ci si riferisce all'apertura di ricovero diurno per pazienti inviati all'ospedale S. Chiara per l'effettuazione di prestazioni quali: rimozione mezzi di sintesi in ortopedia somministrazione di immunoglobuline in neurologia, somministrazione endovenosa di bifosfonati oppure farmaci biologici in reumatologia).

Utilizzo della specialistica (Obiettivo B)

E' stato migliorato il livello di concordanza rispetto alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, così come richiesto dall'obiettivo assegnato alle UU.OO. di Cure Primarie. Sono state ridotte al minimo le liste chiuse, attivando il pre-appuntamento anche in realtà dove storicamente era poco funzionale alla gestione delle agende. Inoltre è stato potenziato il Centro per il Deterioramento Cognitivo e le Demenze (CDCD), mediante il quale le liste si sono notevolmente ridotte. Persistono criticità su alcune branche a causa della difficoltà nel reperire specialisti. È stato costantemente garantito il supporto al Servizio di Specialistica Ambulatoriale.

Le UU.OO. dell'Area Riabilitazione hanno promosso, in collaborazione con l'Area Cure primarie, incontri con i MMG (a Borgo, Trento, Arco e Tione) finalizzati a rinforzare i criteri di appropriatezza prescrittiva e a chiarire le indicazioni per il corretto utilizzo del sistema RAO. Sono stati inoltre realizzati momenti di confronto con chirurghi pediatrici in tema di appropriatezza dell'approccio riabilitativo post-chirurgico.

Cronicità e cure intermedie (Obiettivo C)

E' stato consolidato l'avvio del Nucleo Cure Intermedie presso l'APSP Beato de Tschiderer (20 posti letto per 12 mesi), così come previsto dalla delibera G.P. n. 1117 del 07/07/2017, con l'obiettivo di sperimentare un nuovo setting di cura, che rappresenti un livello di cura intermedio e di transizione tra il reparto per acuti e il domicilio. Con ciò si intende una struttura a valenza assistenziale e riabilitativa, a bassa intensità di cura, gestita dai servizi territoriali e a prevalente gestione infermieristica, che ha come obiettivo il recupero della stabilità clinico-assistenziale e della maggiore autonomia possibile, lo sviluppo delle capacità di autocura del paziente e della rete familiare e la predisposizione del domicilio. I risultati a gennaio 2018 (sei mesi di attività) sono lusinghieri, anche alla luce delle difficoltà organizzative che non sono mancate, e dei bassi costi complessivi della struttura.

Inoltre, tra le azioni messe in atto in questo macro-obiettivo è di assoluta necessità menzionare il progetto "Ospedali e comunità amici dei bambini" (BHFC): attività di alto impegno, che ha coinvolto per centinaia di ore operatori in incontri sui passi di attuazione e sulle strutture. Le attività sono in linea con quanto previsto dal percorso di accreditamento. Il confronto tra i professionisti ha avuto ed avrà sicuramente ricadute operative che andranno ben al di là dello scopo della certificazione.

Politica del farmaco (Obiettivo D)

E' stata puntualmente monitorata la spesa farmaceutica presso le RSA, evidenziando eventuali situazioni di criticità e le possibili azioni di intervento correttivo. Sono state puntualmente trasmesse a tutti MMG e PLS le informazioni relative a prescrizioni farmaceutiche, modalità prescrittive e nuovi protocolli operativi.

Efficienza operativa e dinamica dei costi (Obiettivo E)

Con riferimento alle risorse assegnate in termini di consumi, il Servizio Territoriale ha conseguito l'equilibrio complessivo dei costi sostenuti da tutte le UU.OO. al suo interno. Le tre Aree che compongono il Servizio Territoriale hanno rispettato i limiti di spesa ad esse assegnati, conseguendo anzi economie che hanno coperto il superamento dei tetti di spesa assegnati alle RSA. Inoltre, nonostante il processo di riorganizzazione, che ha assegnato personale e causato spostamenti tra U.O., l'avvio del percorso nascita ed i nuovi adempimenti previsti in materia di vaccinazioni, il Servizio territoriale ha garantito il rispetto dei tetti prestabiliti.

Riorganizzazione aziendale (Obiettivo F)

Come anticipato in premessa, nel corso del 2017 il Servizio Territoriale ha affrontato:

- il completamento delle tre Aree che lo compongono;
- la riorganizzazione dell'Area Cure Primarie degli ambiti territoriali di Trento e Vallagarina, Fiemme e Fassa e Cembra, Valle di Non e Sole, Rotaliana e Paganella;
- l'aggregazione della U.O. Serd con l' U.O. di Alcoologia;
- il passaggio del Centro per i Disturbi Alimentari dall'Area delle Cure Primarie all'Area della Salute Mentale;
- l'assorbimento del personale di igiene e Sanità Pubblica degli ambiti territoriali Centro Nord e Centro Sud all'interno della U.O. di Cure Primarie.

Prevenzione e promozione della salute (Obiettivo G)

Sono state svolte tutte le attività previste, in coordinamento con la Direzione.

Per quanto riguarda l'Area cure primarie, per le UU.OO Est ed Ovest, le attività previste dal piano della salute svolte da personale dell'Igiene Pubblica sono state svolte, sempre su coordinamento del Dipartimento di Prevenzione. Le principali attività implementate sono state:

- campagne vaccinali
- interventi di educazione alla salute
- interviste sui sistemi di sorveglianza sanitaria nazionale (PASSI)
- attività di screening e attività di prelievo vaginale per pap-test ed HPV test, svolte interamente dalle ostetriche dei territori.

3.3. PREVENZIONE

A) STATO DELL'ARTE

Il Dipartimento di prevenzione tutela la salute e la sicurezza della comunità e contribuisce al miglioramento della qualità della vita delle persone, mediante attività di promozione della salute, di sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e croniche, di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza.

Svolge azioni tese ad individuare, rendere note e rimuovere le cause di rischio di origine ambientale, umana e animale che incidono sulla salute, attraverso processi di prevenzione collettiva e di sanità pubblica, secondo un approccio multidisciplinare, in collaborazione con enti e istituzioni o coordinando attività garantite da altre strutture aziendali.

Il Dipartimento di prevenzione svolge le seguenti attività, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela dai rischi sanitari connessi con l'inquinamento ambientale;
- c) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- d) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- e) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- f) sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
- g) sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening;
- h) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- i) valutazione medico-legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche;
- j) promozione e coordinamento di azioni di educazione alla salute;
- k) sorveglianza epidemiologica, tutela e promozione della salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale, compresa un'adeguata informazione di tale utenza tramite strumenti di comunicazione efficaci.

Per svolgere i compiti indicati nel comma 2, lettere b), e) ed f), il Dipartimento di prevenzione collabora con l'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente e l'istituto zooprofilattico territorialmente competente.

Le attività di igiene a livello territoriale sono assicurate dal Servizio territoriale coordinandosi con il Dipartimento di prevenzione.

Nell'ambito dei compiti indicati nel comma 2, lettera d), ferma restando l'applicazione della normativa statale relativa alle verifiche periodiche sulle attrezzature di lavoro, il Dipartimento di prevenzione esercita le funzioni d'indirizzo necessarie per l'effettuazione di queste verifiche e il controllo a campione sulla loro corretta effettuazione.

Il Dipartimento di prevenzione si articola su base distrettuale per lo svolgimento delle attività relative alla valutazione medico-legale degli stati di disabilità.

Su tutto il territorio provinciale, il Dipartimento di Prevenzione garantisce i seguenti servizi:

- coordinamento dell'attività di prevenzione e profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- gestione degli interventi di prevenzione dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di vita ed alle attività lavorative;
- coordinamento/gestione delle attività di sorveglianza e controllo sulla produzione di sostanze alimentari in tutte le fasi della filiera produttiva compresa l'attività di analisi di laboratorio su alimenti, bevande ed acque;
- interventi di promozione della salute e del benessere animale;
- attività di medicina legale in integrazione con l'U.O. di Medicina Legale ed il Servizio territoriale;
- realizzazione di iniziative di promozione ed educazione alla salute rivolte ai singoli cittadini, alle famiglie e alla comunità, con approccio multidisciplinare;

- collaborazione alle iniziative d'informazione e formazione volte alla prevenzione, al monitoraggio, al controllo delle malattie croniche e al miglioramento della qualità della vita in tali pazienti;
- collaborazione alla definizione dei percorsi diagnostico-assistenziali;
- sorveglianza degli stili di vita;
- iniziative di informazione/formazione volte alla promozione di sani stili di vita;
- coordinamento degli screening oncologici;
- verifiche e controlli per la prevenzione e il monitoraggio del rischio da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- collaborazione e partecipazione alle iniziative HPH (Health Promoting Hospitals) di prevenzione e di promozione della salute;
- supporto agli enti deputati per la definizione di idonei parametri di igiene edilizia;
- sorveglianza epidemiologica ambientale (studio degli effetti dell'ambiente sulla popolazione) e sorveglianza epidemiologica di popolazione (studio della distribuzione e dei determinanti delle malattie nella popolazione).

Il Dipartimento di prevenzione si articola in:

- Unità operativa igiene e sanità pubblica
- Unità operativa igiene e sanità pubblica veterinaria
- Unità operativa laboratorio di sanità pubblica²
- Unità operativa prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

L'Unità operativa prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro prevede al suo interno il Servizio sicurezza impianti e macchine e l'Unità di missione semplice verifiche di impianti elettrici e di sollevamento.

Nel Dipartimento di prevenzione sono inoltre individuate le funzioni di coordinamento screening/prevenzione delle malattie croniche degenerative e promozione ed educazione alla salute, sorveglianza stili di vita, con il compito di fornire le linee guida, contribuire nella formulazione delle strategie e collaborare con il Servizio territoriale e con il Servizio ospedaliero provinciale nell'attuazione delle strategie di prevenzione e promozione della salute.

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Coerentemente con il contenuto del processo di budget 2017 gli obiettivi dell'esercizio sono stati focalizzati sui seguenti ambiti.

Riorganizzazione aziendale (Obiettivo F)

Nel corso del 2017 è stata data attuazione operativa della nuova organizzazione dell'APSS, come previsto dalla Delibera di G.P. n. 2539 del 29 dicembre 2016, dalla Delibera del D.G. n. 256 del 22 giugno 2017 "Adozione del Regolamento di organizzazione dell' APSS": riorganizzazione di alcune UU.OO./Servizi /funzioni del Dipartimento di Prevenzione e definizione dei rapporti con le altre AOF (Servizio territoriale e SOP). Delibera D.G. del 10 agosto 2017 fase di transizione: definizione passaggio di alcune funzioni dal Dipartimento di Prevenzione al Servizio Territoriale (documento ultimato novembre 2017). Con delibera del D.G. n. 554 del 21 dicembre 2017 è stato definito il passaggio di alcune funzioni al Servizio Territoriale-UU.OO. Cure primarie, con decorrenza 1 gennaio 2018, come descritto nell' apposito documento. Con lettera ID 1593 del 29 gennaio 2018 è stata trasmessa al Consiglio di Direzione la proposta di riorganizzazione dei Servizi veterinari a seguito dell'approvazione del Regolamento di organizzazione dell'APSS da parte della G.P. con delibera n. 1183 del 21 luglio 2017. La proposta, che prevede l' istituzione di 6 strutture semplici territoriali, è stata approvata con delibera del D.G. n. 99 del 27 febbraio 2018.

² Ai sensi del nuovo regolamento di organizzazione (Disposizioni finali e transitorie) le funzioni già attribuite all'Unità operativa laboratorio di sanità pubblica afferente al Dipartimento di prevenzione saranno riallocate previo accordo con i competenti organi istituzionali secondo le direttive della Giunta provinciale.

Prevenzione e promozione della salute (Obiettivo G)

Al fine di assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione 2015-2018 si sottolinea in particolare l'attività svolta nei seguenti ambiti:

Programma 9: screening oncologici

Oltre alle correnti attività di gestione del sistema di accesso al primo livello (call center e generazione inviti) per gli screening oncologici coloretale e cervicale e a supporto organizzativo degli screening per l'età evolutiva (odontoiatrico e ortottico), sono state garantite le seguenti attività:

- Screening CCU: Transizione a nuovo modello organizzativo e Screening CCU con HPV-Test dal 01.03.2017 (Delibera D.G. n. 88 del 22 febbraio 2017) . Prodotte prime valutazioni qualità e congruenza del percorso di primo livello. Garantita pianificazione-programmazione e negoziazione sulle attività di erogazione prelievo citologico con l'Area Cure Primarie. Garantite prime valutazioni qualità e congruenza della comunicazione (Revisione Lettere, Refertazione, e comunicazione transizione da primo a secondo livello). Attivati tavoli di definizione del secondo livello (colposcopia). Attivato audit di processo a valenza interna per segmento 1 livello.
- Screening CRC: Programmazione generazione inviti a primo livello. Programmazione e negoziazione colloqui per positività al primo livello. Attivazione tavoli di definizione studi epidemiologici per la valutazione di esito di salute dei percorsi di screening.
- Screening MX: Supporto alla Direzione Sanitaria nel processo decisionale sulla stabilizzazione del modello di centralizzazione screening e sulla erogazione in tomosintesi. Attivati tavoli di lavoro per percorso Eredo-Familiare (già attivo e consolidato) e per valutazione per Estensione screening MX 45-74 anni.
- Per tutti gli screening oncologici: predisposizione del documento di riorganizzazione complessiva dei livelli di responsabilità e referenza. Proposta comitati tecnico-scientifici per screening oncologici (gennaio 2018).

Programma 11: Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie

Nell'ambito di tale programma, sono state condotte le seguenti azioni:

- sorveglianza delle malattie infettive prioritarie:
 - o è stato presidiato il flusso informativo dai laboratori richiesto dalla sorveglianza di morbillo, rosolia, malattie batteriche invasive, tubercolosi e Hiv;
 - o è stato condotto il monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi;
 - o è stata alimentata l'anagrafe vaccinale;
- promozione dell'immunizzazione attiva:
 - o **attuazione del nuovo calendario vaccinale provinciale**, come da Delibera di G.P. n. 293 del 4 marzo 2016, con l'introduzione di 3 nuove vaccinazioni (antimeningococco B per i neonati, antiHPV per i maschi ai 12 anni e antiherpes zoster per i 65enni), avviata nel mese di ottobre 2016, che ha comportato un aumento di somministrazione di vaccinazioni del 35-40%;
 - o **pianificazione delle attività a seguito dell' Decreto n. 73 del 7 giugno 2017 e della Legge 119 del 31 luglio 2017 sull' obbligo vaccinale**: è stato predisposto l'algoritmo per individuazione soggetti conformi e non conformi, è stata avviata la campagna informativa per genitori per modalità adeguamento alla nuova normativa, sono stati definiti i criteri degli inviti per i soggetti non conformi, è stata pianificata l'attività di recupero vaccinazioni da novembre 2017, che saranno concluse entro aprile 2018, è stata predisposta la lettera di invito a colloquio e la documentazione per applicazione sanzioni amministrative pecuniarie, sono stati pianificati i colloqui a partire da febbraio 2018 da concludere entro 10 giugno 2018.

L'attività del Dipartimento è stata inoltre focalizzata sui seguenti ambiti – in risposta agli obiettivi definiti a livello provinciale:

- Controlli nell'ambito della prevenzione in sicurezza alimentare: al fine di rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare contenute nel Piano provinciale della Prevenzione è

stato proseguito il percorso formativo già avviato nel 2016 e sono state attuate misure sanitarie di controllo per il mantenimento della qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica (delibera G.P. 214/2017). Percorso formativo sugli "elementi informativi comuni" è stato concluso a seguito di:

- o ricognizione dei curriculum formativi;
 - o "Percorso formativo base" (destinato a tutto il personale incaricato dei controlli ufficiali) articolato in due edizioni (aprile 2016) e gennaio 2018 (29, il 30 e il 31 gennaio 2018);
 - o "Percorso formativo per auditor" (destinato a una selezione di medici, veterinari e tecnici della prevenzione): gennaio 2017.
- Salute animale e sicurezza alimentare: I controlli sanitari previsti dalle deliberazioni della giunta provinciale n. 2356/2016 (programma di profilassi della brucellosi ovina e caprina) e n. 2362/2016 (piano di controllo della tubercolosi bovina, brucellosi bovina e leucosi bovina enzootica) sono stati condotti nell'arco dell'anno secondo la programmazione (Circolare n. 1 del 03/01/2017) ed hanno consentito il mantenimento della qualifica del territorio della provincia di Trento ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, brucellosi bovina, brucellosi ovina e caprina e leucosi bovina enzootica. Complessivamente i controlli hanno riguardato 1.245 allevamenti bovini per un totale di 41.500 capi e 1.241 allevamenti ovini/capri, per un totale di 22.079 capi.
- Monitorare l'andamento delle coperture vaccinali previste nel Piano provinciale per le vaccinazioni (delibera G.P. 214/2017): sono stati predisposti il Report monitoraggio annuale - anno 2016 entro il 31 marzo 2017; il report I semestre 2017, entro luglio 2017; il report II semestre 2017 entro gennaio 2018.
- Assicurare l'offerta attiva delle vaccinazioni previste nel Piano provinciale per le vaccinazioni e verificare la relativa sostenibilità (delibera G.P. 214/2017):
- o è stato costituito il gruppo di lavoro per la verifica della sostenibilità.
 - o sono stati stabiliti i criteri per valutare l'incremento di attività attribuibile all'introduzione delle nuove vaccinazioni.
 - o sono state inviate le relazioni sulla sostenibilità sia del piano di recupero vaccinale (legge 119/2017, sia del Nuovo calendario).
 - o è stata assicurata la partecipazione agli incontri informativi nei confronti della popolazione sulle vaccinazioni in conseguenza dell'approvazione della Legge 119/2017.
 - o sono state predisposte le relazioni sull'approvvigionamento dei vaccini per implementare il Piano.
- Predisposto uno studio di fattibilità per l'introduzione di percorsi di clinical health promotion nei confronti di gruppi selezionati di pazienti ricoverati (delibera G.P. 214/2017 e nota 5128/2017)
- Promozione della salute e assistenza socio-sanitaria dei richiedenti asilo: è stato predisposto e completato un nuovo protocollo operativo che vede coinvolti numerosi soggetti (APSS, Cinformi, Croce Rossa Italiana, GRIS, Dipartimento salute), trasmesso alla Direzione il 29 gennaio 2018. E' stata approvata la convenzione con il Gr.I.S. finalizzata alla collaborazione con l' APSS dei medici del Gr.I.S. nell' assistenza ai migranti con Delibera del D.G. n. 451 del 8 novembre 2017 e la Delibera di G.P. n. 1774 del 27 ottobre 2017 per l' utilizzo del ricettario SSN da parte dei medici del Gr.I.S.

3.4. SINTESI OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA PAT ALL'APSS PER L'ANNO 2017

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 28 della L.P. n. 16/2010, con propria deliberazione n. 214 del 10 febbraio 2017 la Giunta provinciale ha assegnato al Direttore generale gli obiettivi specifici per l'anno 2017, riepilogati nella tabella che segue.

AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO SPECIFICO 2017	RIFERIMENTO AL PIANO PER LA SALUTE 2015- 2025
1) Assistenza ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria	A. Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'attività ospedaliera e dell'attività specialistica ambulatoriale	Macro-obiettivo 3 - rete ospedaliera Hub & Spoke - riduzione sprechi
	B. Piano provinciale sangue	Macro-obiettivo 3
	C. Gestione integrata del paziente fragile e del paziente in condizioni di cronicità	Macro-obiettivo 1: - invecchiamento attivo - sostenere le persone con fattori di rischio per malattie croniche
	D. Età evolutiva	Macro-obiettivo 1 - sostenere la genitorialità - nutrizione clinica e preventiva
	E. Promozione della salute e assistenza sociosanitaria dei richiedenti asilo	Macro-obiettivo trasversale: ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà
	F. Integrazione Ospedale - Territorio	Macro-obiettivo 3 - rete ospedaliera Hub & Spoke; - riorientare gli investimenti dall'ospedale al territorio
	G. Demenze	Macro-obiettivo 1: - sostenere le persone con fattori di rischio per malattie croniche
	H. Assistenza domiciliare	Macro-obiettivo 3
2) Promozione della salute e sanità collettiva	A. Sicurezza alimentare	Macro-obiettivo 1 - nutrizione clinica e preventiva
	B. Coperture vaccinali	Macro-obiettivo 1 - malattie infettive
	C. Percorso Nascita e Programma Ospedali & Comunità Amici dei Bambini	Macro-obiettivo 1 - ospedali e comunità amici dei bambini - sostenere la genitorialità Macro-obiettivo 2 - aziende che promuovono la salute
	D. Promozione sani stili di vita	Macro-obiettivo 1 - promozione sani stili di vita Macro-obiettivo 2: - Aziende che promuovono la salute
3) Strategie e strumenti di sistema per il miglioramento continuo	A. Sanità digitale	Macro-obiettivo 3 - nuove tecnologie a servizio del cittadino
	B. Programma Nazionale Esiti	Macro-obiettivo 3
	C. Mobilità sanitaria interregionale	Macro-obiettivo 3
	D. Programmi, sistemi, reti e percorsi	Macro-obiettivo 3

Si riporta di seguito una relazione sui risultati complessivamente ottenuti, con riferimento a ciascuno degli obiettivi sopra elencati.

AREA DI INTERVENTO N. 1: Assistenza ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria
--

OBIETTIVO 1.A: MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA E DELL'EFFICIENZA DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA E DELL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1.A.1: Efficienza ed efficacia dell'attività di ricovero (tasso di ospedalizzazione, $\leq 150/1000$)

ATTIVITÀ SVOLTE

Lo sviluppo dell'obiettivo è stato incentrato nell'individuazione e nella realizzazione di un insieme combinato di azioni volte a:

- incrementare l'efficienza del sistema ospedaliero;
- avviare iniziative di sensibilizzazione degli MMG/PLS relativamente alla domanda di assistenza in regime di degenza.

Gli ambiti di intervento hanno riguardato principalmente:

- la riduzione del numero dei ricoveri da PS (reindirizzamento/attivazione dei servizi del territorio);
- le attività in DS / DH con il trasferimento di attività dal regime DH/DS a quello ambulatoriale (in ambito ortopedico, ginecologico, gastroenterologo, oculistico);
- azioni di incremento dell'appropriatezza dell'attività di degenza, in modo da ridurre i ricoveri ripetuti;
- l'invio di pazienti alla lungodegenza e riabilitazione nel rispetto dei criteri stabiliti nelle linee guida aziendali;
- il miglioramento dell'efficienza dell'attività territoriale, con un'attività di sensibilizzazione degli MMG e il coinvolgimento della continuità assistenziale.

L'andamento del tasso di ospedalizzazione per la popolazione trentina residente negli ultimi anni ha registrato i seguenti valori (indicatori S. Anna di Pisa), evidenziando un trend in costante decremento:

2013	2014	2015	2016	2017
167,92	164,5	160,65	152,85	148,69

1.A.2: Appropriately diagnostica (Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche over 65enni)**ATTIVITÀ SVOLTE**

La realizzazione dell'obiettivo è stata strutturata nelle seguenti fasi di lavoro:

1. Controllo della qualità dei dati. L'attività, conclusa nel corso del primo periodo, ha evidenziato una distorsione nell'attribuzione delle prescrizioni, evidenziando una prevalenza di MMG come maggiori prescrittori benché le prestazioni siano frequentemente indotte da specialisti ortopedici.
2. Analisi dell'indicatore (dati di prescrizione/prenotazione delle RM muscolo scheletriche sul totale popolazione prescrittori (maggiori prescrittori) e su campioni di prescrizioni (tipologia richiesta RAO e RM ripetute).
3. Definizione e condivisione di un piano di intervento per ridurre la domanda ed aumentare l'appropriatezza di RM muscolo scheletriche, provvedendo a:
 - a. aggiornamento delle tabelle del Manuale RAO delle prestazioni di radiodiagnostica relative alla patologia del ginocchio, maggiormente coinvolta nella richiesta inappropriata di RM muscolo scheletriche;
 - b. aggiornamento degli applicativi in uso da parte dei MMG (SW house esterne) e degli specialisti prescrittori (SIO).
 - c. ritorno informativo puntuale sui singoli casi clinici prescritti con priorità ai singoli medici prescrittori e ritorno periodico biennale della tendenza prescrittiva e della concordanza per singolo MMG.
 - d. incontri, in coordinamento con il Dipartimento della Governance ed il SOP, con le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia per condividere le indicazioni appropriate di richiesta RM ginocchio.
4. Presentazione dei dati in incontri con specialisti ortopedici e con MMG nelle sedi territoriali.

Il valore del Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti di età maggiore o uguale ai 65 anni negli ultimi anni ha registrato i seguenti valori:

2013	2014	2015	2016	2017
35,24	32,26	31,31	27,96	28,81

OBIETTIVO 1.B PIANO PROVINCIALE SANGUE (DEFINIZIONE DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E MESSA A REGIME)

ATTIVITÀ SVOLTE

Lo sviluppo dell'obiettivo, in linea con il mandato provinciale, è stato strutturato in modo da innovare l'impostazione dell'attuale modello organizzativo, al fine di garantire l'autosufficienza provinciale (20.000 unità) e nazionale (disponibilità di 5.000 unità) per il fabbisogno di unità di sangue, avvalendosi di equipe professionali afferenti alle associazioni di volontariato nel campo della "donazione del sangue", con l'obiettivo di assicurare la continuità di funzionamento delle unità di raccolta sangue dislocate sul territorio, in un'ottica di sostenibilità e di efficienza organizzativa.

Per questo il piano definito è stato volto a:

- definire i requisiti professionali qualificanti le equipe da coinvolgere/mantenere attive;
- aggiornare il modello organizzativo esistente secondo le indicazioni del Piano Provinciale Sangue 2016-2018, verificandone la sostenibilità (organizzativa e di risorse);
- promuovere una convenzione di tipo C per consentire alle Associazioni di volontariato ingaggiate di supportare/integrare le attività di raccolta del sangue, in 7 punti di raccolta, con il coinvolgimento di giovani medici che hanno concluso il percorso formativo di scuola di medicina generale;
- condividere e validare il modello con l'alta direzione;
- condividere il modello con le Associazioni di volontariato;
- reclutare il personale e formare i professionisti individuati (idoneità) alle funzioni di raccolta;
- avviare gradualmente il modello.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Al fine di mantenere gli standard di qualità, il nuovo modello organizzativo ha previsto un maggiore coinvolgimento/collaborazione da parte delle Associazioni di volontariato che, anche su loro spinta propositiva, comparteciperanno nello svolgimento delle attività di supporto al processo di raccolta del sangue negli ambiti di valle.

In base a quanto emerso nel corso dei diversi incontri avuti con le Associazioni maggiormente rappresentative dei donatori vi è l'interesse di tali Associazioni a fornire il supporto in qualche punto di raccolta sangue con personale messo a disposizione attraverso una convenzione secondo l'allegato C.

Tale personale, dopo un idoneo percorso formativo da prevedere presso i servizi aziendali deputati al rilascio della suddetta idoneità (ovvero la direzione del Servizio di Immunoematologia e Trasfusione o suoi delegati), potrà essere arruolato direttamente dalle Associazioni a supporto dell'attività di raccolta. In questa prospettiva è già stato presentato nei mesi scorsi (1° agosto 2017) alle Associazioni interessate uno schema di convenzione che è alla valutazione degli organismi di consultazione delle Associazioni. L'APSS ha sollecitato più volte un riscontro.

La proposta di modello organizzativo è stata trasmessa al Dipartimento salute e solidarietà sociale con nota Prot. N. 0147757/2017. Si sottolinea che l'attività di raccolta è comunque proseguita ed ha garantito i volumi previsti dal Piano provinciale sangue, assicurando la raccolta di oltre 25.000 sacche e contribuendo con queste al fabbisogno nazionale.

OBIETTIVO 1.C – GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE FRAGILE E DEL PAZIENTE IN CONDIZIONI DI CRONICITÀ

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato provinciale, la prima parte dell'obiettivo è stata volta a rendere disponibili, mediante strumenti informatici di rapida consultazione, i dati e le informazioni rilevanti col modello adottato per la stratificazione del rischio di fragilità nell'ambito del progetto per la gestione integrata del paziente fragile, comprensivi dei dati relativi alle azioni di presa in carico dei pazienti rientranti nel target di popolazione considerato.

La risposta ai bisogni di salute del paziente cronico richiede considerevoli risorse, ma soprattutto un cambio di paradigma nella sanità: dalla cura dell'episodio acuto in un'ottica di guarigione, ad una assistenza focalizzata sulla stabilizzazione della condizione cronica, sulla qualità di vita e sulla prevenzione secondaria (Grumbach 2003). L'obiettivo finale verso cui tende l'APSS è il raggiungimento di un approccio di Population Health Management (PHM), che riconosce, tra i suoi elementi concettuali l'utilizzo dei database amministrativi integrati (big data), contenenti informazioni cliniche e non, per identificare i bisogni dei pazienti e segmentarli.

Le attività realizzate per raggiungere questo obiettivo sono state:

- l'aggiornamento della stratificazione dei pazienti a rischio di fragilità;
- la messa a disposizione agli operatori dei PUA dei nominativi dei pazienti con indice di fragilità > 80%, suddivisi per area di residenza con periodicità definita;
- il coinvolgimento degli operatori dei PUA per la valutazione (anche con l'utilizzo della scala GFI) e definizione di un PAI in collaborazione il MMG;
- l'inserimento/registrazione delle attività di valutazione e del PAI nel sistema Atlante.

La seconda parte del mandato è stata dedicata a valutare la possibilità di utilizzare il modello adottato per la stratificazione del rischio di fragilità, necessario per la definizione di percorsi di assistenza strutturati ed efficaci, quale valutazione propedeutica all'avvio delle necessarie azioni per l'attuazione in PAT del Piano nazionale per la cronicità (PNC).

L'obiettivo è stato realizzato da un gruppo di lavoro che, a partire dall'analisi dei protocolli ministeriali, ha definito il targeting dei pazienti (in primis diabetici, ipertesi, affetti da demenza). La stratificazione e targeting della popolazione è il primo passo per progettare ed avviare i percorsi strutturati di medicina di iniziativa e di sviluppo dell'empowerment dei cittadini con malattia cronica previsti dal Piano Nazionale Cronicità. La stratificazione, infatti, consente:

- di identificare le risorse necessarie per gli interventi, compreso il disegno degli obiettivi da concordare con la medicina generale;
- di definire le priorità rispetto ai fabbisogni di salute urgenti e rilevanti;
- di disegnare le linee di sviluppo strategico in relazione alle condizioni demografiche della comunità (ossia come si modificheranno i bisogni dei cronici nei prossimi anni).

Il modello di stratificazione deve inoltre essere coerente con le indicazioni nazionali e, a tale scopo, per lo sviluppo dell'obiettivo si è fatto riferimento al progetto Matrice di Agenas, al cui sviluppo APSS partecipa attraverso una convenzione con la stessa Agenas.

Lo sviluppo dell'analisi ha previsto l'attivazione, per tramite della Consulta per la Salute, di momenti di confronto con le associazioni di patologia per la condivisione dei criteri di individuazione.

RELAZIONE CONCLUSIVA:

I principali risultati raggiunti sono stati:

- L'implementazione di un approccio alla fragilità innovativo e anticipatorio, con attivazione di interventi proattivi da parte degli operatori
- La sperimentazione presso l'AFT di Pinzolo, dell'approccio PHM in tema di presa in carico del paziente fragile. Si sono costruite prassi di lavoro che integrano il MMG e l'infermiere di comunità (una nuova figura, finalizzata a sviluppare interventi appropriati nelle fasi iniziali di

malattia cronica a basso rischio e nelle fasi di patologia cronica conclamata a medio rischio) prevedendo la chiamata attiva dei pazienti diabetici intercettati secondo l'algoritmo utilizzato da Cineca, per predisporre interventi personalizzati (consulenza dietetica e culinaria, attività motoria, addestramento, etc.) in integrazione con il centro diabetologico di riferimento (ospedale di Tione).

I documenti richiesti con riferimento alle due parti del mandato sono stati predisposti, sono stati oggetto di confronto in Assessorato e sono stati trasmessi al Dipartimento Salute e solidarietà sociale con nota Prot. N. 0143675/2017.

OBIETTIVO 1.D – ETÀ EVOLUTIVA (SMAC - SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE ADOLESCENZE COMPLESSE)

ATTIVITÀ SVOLTE

L'obiettivo è stato realizzato secondo un dettagliato piano di intervento:

- studio e analisi degli atti e dei documenti provinciali e aziendali inerenti le problematiche della fragilità evolutiva;
- analisi dei casi complessi individuati dalle UU.OO. di Psicologica Clinica, Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria, al fine di individuare i profili sintomatologici di pertinenza dello SMAC;
- analisi di alcuni modelli operativi attuati nel territorio nazionale per la presa in carico di adolescenti gravi (Centro di Terapia dell'Adolescenza - Milano; Crisis Center - Centro Avanzato di servizi sul suicidio adolescenziale - Milano; Gruppo di lavoro Adolescenti Gravi - ULSS 5 Ovest Vicentino) e ricerca bibliografica sulla psicopatologia adolescenziale;
- analisi del fabbisogno formativo dell'equipe e definizione di un progetto di Formazione sul Campo con trasmissione e recepimento dello stesso da parte del Servizio Formazione (Approvazione del progetto da parte del Comitato Tecnico Scientifico Provider Aziendale del 16 giugno 2017);
- predisposizione del documento di organizzazione e di funzionamento dello SMAC (aprile 2017), con particolare riferimento a:
 - o criteri di inclusione degli adolescenti critici;
 - o metodologia di lavoro;
 - o schema organizzativo del servizio con definizione degli orari di apertura, dei tempi di risposta e di presa in carico (24 ore);
 - o modalità di invio ed individuazione dei soggetti invianti;
 - o tipologie d'intervento e luoghi di erogazione (ambulatorio, domicilio, altri contesti di vita);
 - o modalità di collaborazione, integrazione ed interfacce con tutti i soggetti coinvolti (intra ed extra APSS);
 - o modulistica e modalità di comunicazione;
 - o dotazione organica in ottemperanza alle direttive della PAT;
 - o individuazione degli indicatori.
- presentazione del modello organizzativo e di funzionamento dello SMAC, in accordo con il funzionario PAT individuato, ai Servizi Sociali delle Comunità di Valle e dei Comuni di Trento e Rovereto (4 aprile 2017);
- presentazione del documento alle UU.OO. afferenti all'Area della Salute Mentale (25 maggio 2017);
- diffusione a tutte le altre UU.OO. dell'APSS per le quali è previsto un possibile coinvolgimento (attività di comunicazione a partire dal 19 luglio 2017);
- analisi dei dati inerenti i ricoveri di soggetti con età compresa fra i 14 e i 24 anni in NPI, in SPDC, in strutture fuori provincia ex art. 26 (maggio 2017 e monitoraggio in progress);
- adeguamento del Sistema Informativo Territoriale (SIT) per l'estrazione dei principali dati di funzionamento dello SMAC (giugno 2017).

L'avvio operativo dello SMAC è stato strutturato in 3 differenti fasi:

FASE 1: Supporto alle situazioni di criticità portate dalle comunità socio-educative in modo da privilegiare il supporto di quelle comunità che sono state coinvolte nel progetto sin da gennaio 2017;

FASE 2: Completamento della dotazione organica.

La dotazione organica prevista a regime per lo SMAC registra:

- 2 neuropsichiatri infantili per un totale di 60h/settimana;

- 3 psicologi per un totale di 70h/settimana;
- 2 terapisti della riabilitazione psichiatrica per un totale di 60h/settimana.

Al 31 dicembre è stata completata la procedura di assunzione per 2 psicologi e 2 TERP ed è stata conclusa la procedura concorsuale per reclutamento di 1 NPI.

FASE 3: Avvio dell'attività a regime comprensiva del trasferimento nella sede definitiva, i cui spazi logistici saranno a disposizione da fine novembre.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Lo SMAC è operativo dal lunedì al venerdì con orario continuato dalle ore 9.00 alle ore 16.00, presso una sede provvisoria situata in Trento, in Viale Verona, presso la Palazzina D del Centro Servizi Sanitari dell'ambito territoriale Centro Nord dell'APSS. Nei giorni di sabato e festivi le risposte alle situazioni di adolescenti critici vengono assicurate dalla reperibilità ospedaliera delle UU.OO. di NPI presso l'Ospedale S. Chiara di Trento.

Il trasferimento nella sede definitiva nella palazzina D del Centro per i Servizi Sanitari previsto entro il mese di novembre 2017 è avvenuto a fine dicembre.

Gli indicatori individuati al momento per monitorare l'attività dello SMAC sono i seguenti:

Indicatori	Dati
• Numero segnalazioni allo SMAC	38
• Numero segnalazioni appropriate / Totale delle segnalazioni	35 / 38 *
• Numero situazioni prese in carico appropriate / Totale delle segnalazioni	35 / 38
• Tempo in giorni intercorrente tra primo contatto e primo riscontro	1,6 gg
• Tempo in giorni intercorrente tra la segnalazione e la presa in carico	15,6 gg **
• Frequenza di soggetti segnalanti	Cfr sotto
• Numero incontri stakeholders	3***

* 2 segnalazioni non appropriate

una per età (12 anni) e problematiche non riferibile alla dimensione adolescenziale

l'altra non appropriata perché territorialmente non competente (extra PAT) e con progetto attivo in altro territorio

** min 1 g; max 40 gg

*** servizio sociale, APSS UU.OO Salute Mentale, AMA

Frequenza di soggetti segnalanti	N	Percentuale
Servizio sociale territoriale	12	30
Servizi sanitari	6	16
Comunità socio educative	7	19
Serv. Soc. Terr. + comunità socio ed.	4	11
Neuropsichiatria infantile osped.	7	19
Serv. Sociale. Minori Tribunale	2	5

Al 31 dicembre lo SMAC registra la presa in carico di 35 casi a fronte di 38 segnalazioni: 3 casi sono risultati invii non appropriati.

Il trasferimento degli ambulatori presso Palazzina D del Centro per i Servizi Sanitari si è conclusa a fine dicembre. Allo stato quindi vi sono 4 ambulatori a disposizione dello SMAC che godono di contiguità spaziale, indispensabile per dare al gruppo di lavoro capacità operativa adeguata. Un quinto ambulatorio è impegnato per il mese di marzo in coincidenza con l'arrivo del NPI.

OBIETTIVO 1.E – PROMOZIONE DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEI RICHIEDENTI ASILO (STESURA PROTOCOLLO E IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE)

ATTIVITÀ SVOLTE

La parte sostanziale e primaria dell'obiettivo è stata volta allo sviluppo di una forte sinergia tra i diversi attori coinvolti nel processo: l'APSS, CINFORMI, CRI, Gr.I.S. ed altre organizzazioni di volontariato o Cooperative operanti sul territorio Trentino.

Il piano messo in atto ha previsto l'impostazione di programmi semplici e condivisi volti a valorizzare quanto già fatto finora e l'implementazione degli stessi con i nuovi bisogni emersi, anche alla luce dei mutamenti socio-politici in atto nonché attraverso confronti sul tema con altre Regioni italiane.

Sono stati pertanto organizzati gli incontri necessari con i Referenti/Responsabili dei vari ambiti per sviluppare i punti descritti nell'obiettivo, attraverso la stesura di accordi, linee guida, modalità operative e protocolli condivisi. Per implementare le procedure sanitarie di accoglienza si è ritenuto di proporre l'attivazione di una convenzione con Gr.I.S. che dispone di adeguato personale medico.

Nel dettaglio, in linea con il contenuto del mandato, si è provveduto a:

1. ridefinire il protocollo di prima accoglienza in vigore, alla luce dell'esperienza maturata in questi anni e in analogia a quanto avviene in altre Regioni e a livello nazionale;
2. nell'ambito delle visite medico-cliniche, al fine di assicurare la continuità delle cure degli ospiti e la sorveglianza sindromica garantendo la presenza in loco di personale medico-infermieristico assistito dal mediatore culturale, sono state perfezionate linee guida condivise per il controllo della profilassi della TBC e delle vaccinazioni. L'assistente sanitaria, acquisita allo scopo, ha iniziato l'attività di sorveglianza delle malattie infettive a supporto e sotto la direzione dei medici delle UU.OO. di Igiene e sanità Pubblica, con esecuzione di Mantoux e vaccinazioni;
3. nell'ambito degli accertamenti medico legali sono stati valutati dei corsi di formazione per gli operatori sanitari coinvolti sui temi della medicina delle migrazioni, in cui vengano trattati anche gli aspetti di natura medico legale in caso di necessità di valutare/documentare eventuali lesioni da tortura o violenza, l'accertamento dell'età nel caso di minori non accompagnati (sospetto di minori che dichiarano la maggiore età e viceversa), utilizzando la procedura già realizzata a livello nazionale (in attesa di approvazione finale);
4. al fine di garantire la registrazione routinaria di tutte le attività in formato elettronico, l'assistente sanitaria di APSS ha implementato l'inserimento dei dati vaccinali in un database aziendale;
5. in tema di Mediazione culturale si individuano in apposito protocollo da redigere in concerto con Cinformi e GRIS le modalità di accesso ai servizi di mediazione culturale per quanto riguarda la visita di prima accoglienza, l'eventuale visita medico-clinica e gli eventuali accertamenti medico-legali. Circoscrivendo quali sono le attività mediche cui obbligatoriamente sarà necessaria la presenza del mediatore CINFORMI si farà carico di garantire tale presenza;
6. Il Gr.I.S. e APSS hanno previsto la definizione di un Albo di Professionisti Volontari sanitari, medici di medicina generale, medici specialisti di diverse discipline, infermieri con le modalità di costituzione/gestione dell'albo medesimo, nonché l'integrazione delle attività dei volontari con le attività svolte da APSS e CINFORMI da disciplinare utilizzando, se necessario, lo strumento dell'accordo o della convenzione con le associazioni di volontariato;
7. le modalità con cui le attività più strettamente sanitarie si raccordano con quelle realizzate da CINFORMI relative all'albo dei volontari, all'assistenza psicologica di base ecc. sono state definite e specificate fra CINFORMI e APSS. In particolare, l'assistente sanitaria assunta da APSS per l'obiettivo specifico ha iniziato la sua attività di raccordo con CINFORMI E CRI: come prima azione si è attivato il programma per aggiornare in tempo reale i numeri dei richiedenti asilo presenti per tipologia nei vari Centri di accoglienza ed i servizi erogati in

ciascun Centro. L'assistente sanitaria oggi collabora in maniera integrata con il personale sanitario della CRI presente nei Centri;

8. le attività di promozione della salute sono state impostate da un lato in modo da contrastare eventuali fattori di rischio per la salute (evitare la patogenesi) e dall'altro in modo da incrementare le risorse per rimanere in buona salute (favorire la salutogenesi). In tale ambito è in fase di implementazione un programma di educazione sanitaria da sperimentare al campo di Marco sul tema dell'igiene personale (per esempio corsi per smettere di fumare, promozione dell'attività fisica e sportiva, attività di educazione sanitaria a sani stili di vita). Il coordinamento delle attività spetta al CINFORMI in collegamento con le cooperative sociali e l'APSS;
9. nell'ambito dei bisogni speciali è in corso l'elaborazione di protocolli più specifici almeno per le seguenti categorie: minori non accompagnati, donne e bambini, donne in gravidanza, donne vittime di maltrattamenti, altri soggetti vulnerabili, ivi incluse le persone con disagio psichico. La Convenzione con Gr.I.S. dovrebbe permettere la messa a regime di alcuni percorsi già in essere da parte del Gr.I.S., quali programmi di sensibilizzazione ed educazione sanitaria rivolti a donne in situazioni di fragilità. La messa a disposizione di ambulatori ginecologici da parte dell'APSS favorirà ulteriore implementazione degli stessi.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Il protocollo contenente le procedure di intervento in tema di accoglienza, assistenza e promozione della salute dei richiedenti asilo in provincia di Trento è stato definito e trasmesso al Dipartimento salute e solidarietà sociale con nota Prot. N. 0143671/2017.

L'accordo di collaborazione con il Gr.I.S. per l'affidamento delle attività di assistenza medica indicate nello schema di convenzione è stato definito e trasmesso al Dipartimento provinciale competente con nota Prot. n. 131443/2017.

In data 27 ottobre 2017 è stata adottata dalla Giunta Provinciale la delibera n. 1774 "Disposizioni operative per l'attuazione del Protocollo di intervento in tema di accoglienza, assistenza e promozione della salute dei richiedenti asilo in provincia di Trento" che autorizza l'assegnazione del ricettario standardizzato del servizio sanitario nazionale ai medici operanti presso l'associazione di volontariato "Gr.I.S. Trentino", esclusivamente per le funzioni di assistenza ai richiedenti asilo in regime STP, secondo quanto previsto nello schema di convenzione e nel rispetto delle indicazioni e delle direttive dell'APSS.

Per ulteriori approfondimenti, si allega la relazione conclusiva, già inoltrata al Dipartimento Salute e Solidarietà sociale in data 02/02/2018 con nota protocollo n. 19294.

OBIETTIVO 1.F – INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato dell'obiettivo, al fine di individuare indicatori e strumenti di processo e di esito per la valutazione del miglioramento dell'integrazione ospedale/territorio, è stato definito e attuato un piano di lavoro che ha previsto:

- l'analisi delle evidenze e delle esperienze interne ed esterne in tema di Integrazione Ospedale/territorio;
- l'individuazione dei portatori di interesse interni ad APSS e loro coinvolgimento nell'analisi degli ambiti oggetto di integrazione e nell'individuazione di possibili interventi di miglioramento;
- la costruzione di una prima proposta di indicatori e strumenti/azioni di miglioramento.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Attraverso l'analisi della letteratura, delle esperienze e dall'ascolto dei portatori di interesse, è stato definito un set di indicatori e strumenti che consentono di valutare e rendere conto dell'adeguatezza dei processi integrati ospedale-territorio, con riferimento alle evidenze di appropriatezza e alla qualità percepita.

Dall'analisi della letteratura sono emersi diversi contributi su livelli e tipologie di integrazione (verticale, orizzontale, tra strutture, ...) e molti studi hanno tentato di misurare la continuità delle cure, prendendo ad oggetto determinati ambiti assistenziali (ad esempio Salute mentale e Medicina di Famiglia) o determinate categorie di pazienti particolarmente bisognosi di integrazione dell'assistenza (bambini, pazienti affetti da patologie croniche). I molteplici studi presenti in letteratura sono risultati contraddistinti da una grande varietà nelle metodologie di rilevazione della continuità, che evidenzia l'assenza di un *framework* condiviso, da cui la difficoltà nell'arrivare a risultati univoci.

Se da un lato la continuità deve essere intesa come coordinamento tra tutti i servizi volti alla risoluzione del problema di salute del paziente, dall'altro risulta fondamentale l'aspetto di integrazione professionale tra tutti gli attori che intervengono nel percorso di cura. La promozione di percorsi di integrazione è determinante per assicurare al cittadino la sua presa in carico da parte della rete dei servizi e l'accesso al livello appropriato di cura per i propri problemi.

Il lavoro è stato quindi impostato in modo da:

- disporre di un sistema di indicatori per valutare nel tempo i miglioramenti per le persone/cittadini riguardo all'efficacia dei percorsi che richiedono l'integrazione tra setting, tra professionisti, tra settori/Enti diversi;
- disporre di informazioni comunicabili agli utenti sui risultati di qualità della vita (luogo di cura, accesso tempestivo ed appropriato, semplificazione dei processi...) e utili per attivare azioni di miglioramento mirate;
- attivare un sistema partecipato di miglioramento continuo.

A partire dal contesto aziendale sono stati individuati gli ambiti in cui si rende necessario in modo particolare un presidio dell'integrazione Territorio-ospedale-territorio tra cui:

- Pronto Soccorso: accessi per le persone fragili;
- Ospedale: percorsi di dimissione dai setting per acuti verso il domicilio, Cure intermedie e LDG, percorsi di riabilitazione post-acuta;
- Domicilio: cure domiciliari, cure palliative e Hospice;
- Salute mentale;
- Percorso nascita.

Per ogni ambito sono stati identificati:

- gli indicatori di processo/esito (specifici e complessivi);

- gli indicatori attualmente disponibili - e quindi facilmente calcolabili/estraibili dai flussi correnti – e gli indicatori da costruire nel prossimo futuro, perché specificamente e maggiormente predittivi di capacità di integrazione;
- laddove possibile i dati/indicatori sono paragonati a standard desiderati, per gli altri sarà interessante valutare il trend per identificare lo standard (alcuni indicatori sono importanti per definire aree di approccio es. salute mentale).

La prima stesura del documento è stata completata e condivisa con il referente PAT. Da tale condivisione sono emersi ulteriori aspetti di approfondimento e l'opportunità di modificare in parte l'approccio, tenendo maggiormente conto della relazione tra outcome/indicatori provenienti da fonti terze (organismi nazionali) e i relativi processi aziendali.

Le importanti conclusioni a cui si è giunti sono le seguenti:

- -gli indicatori individuati rappresentano un panel esaustivo per valutare i risultati dei processi di integrazione tra strutture.
- è necessario strutturare una logica di sistema nell'utilizzo di strumenti di monitoraggio delle attività territoriali e di integrazione tra strutture, anche al fine del necessario collegamento, raccordo e armonizzazione delle diverse funzioni attualmente attive in questo ambito.
- è necessario condividere in modo approfondito indicatori e strumenti con le parti interessate e attivare un tavolo di monitoraggio e valutazione condivisa dei risultati, da strutturare e mantenere nel tempo.

Per ulteriori approfondimenti, si allega la relazione conclusiva, già inoltrata al Dipartimento Salute e Solidarietà sociale in data in 02/02/2018 con nota protocollo n. 19294.

OBIETTIVO 1.G – DEMENZE (COSTRUZIONE/REVISIONE DEL PDTA DELLE DEMENZE)

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato provinciale è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare con il coinvolgimento degli operatori sanitari, sociali, amministrativo-organizzativi e di un rappresentante delle Associazioni dei Familiari per la revisione e costruzione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie".

Il PDTA definito rappresenta un'evoluzione del PDT esistente: nell'ambito dell'obiettivo provinciale 2017 il documento è stato revisionato ed integrato con il processo assistenziale – percorso – di presa in carico e di accompagnamento della persona e dei suoi familiari nelle progressive fasi evolutive della malattia, dal sospetto diagnostico alle cure di fine vita, con particolare attenzione alla domiciliarità ed all'attivazione dei servizi presenti sul territorio, prendendo in considerazione l'offerta complessiva socio-sanitaria erogata da APSS, dai servizi Sociali, dalle RSA, dalle cooperative sociali, dal privato sociale, dal volontariato sociale e dagli enti/servizi del terzo settore. Al contempo il PDTA è stato allineato in modo da recepire le indicazioni contenute nel piano provinciale demenze e nei documenti di lavoro del Tavolo nazionale (inclusi gli indicatori per il suo monitoraggio).

RELAZIONE CONCLUSIVA

Il gruppo di lavoro multidisciplinare per la formalizzazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie" è stato definito con nota Prot. N. 0046300/2017 del Direttore del Servizio Territoriale ed ha lavorato nei mesi successivi in sottogruppi specifici, riunendosi periodicamente per l'allineamento e il consolidamento dei risultati intermedi (7 incontri in plenaria).

Il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie" elaborato dal Gruppo di Lavoro è stato trasmesso al Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale il 31 agosto 2017 con nota Prot. N. 124352 e presentato il giorno 13 settembre al Tavolo di monitoraggio del Piano Provinciale Demenze.

Con nota N. S128/540257 del 5 ottobre 2017 il Servizio Politiche Sanitarie e per la non autosufficienza ha richiesto al Gruppo una revisione del PDTA al fine di contemplare:

- le osservazioni emerse al tavolo;
- la verifica rispetto a quanto contenuto nelle linee guida nazionali (prossime all'approvazione);
- ulteriori osservazioni.

Il Gruppo di Lavoro ha quindi provveduto nel mese di ottobre e novembre a revisionare il documento secondo le indicazioni fornite. Il PDTA aggiornato è stato trasmesso al Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale con lettera del Direttore Generale APSS prot. N.0162415 del 14 novembre 2017.

OBIETTIVO 1.H – ASSISTENZA DOMICILIARE

ATTIVITÀ SVOLTE

Lo sviluppo dell'obiettivo ha previsto la messa a regime del sistema Qlik "Cure Domiciliari" aggiornato secondo le indicazioni del mandato in modo da rilevare ed analizzare le situazioni aggiornate delle prese in carico ADI nelle sue diverse tipologie (n. utenti suddivisi nei livelli CIA) specificando il numero di accessi per tipologia di operatore (incluso l'OSS). Il sistema è stato messo a disposizione degli utenti dei servizi di assistenza domiciliare con un'abilitazione ed un addestramento all'utilizzo dello strumento.

Al fine di aumentare i livelli di assistenza domiciliare erogati e ridurre i divari territoriali le azioni messe in campo hanno previsto:

- la formazione ed il coinvolgimento degli operatori, mediante un incontro monotematico FSC realizzato a Trento il 22 giugno, 3 ore, con 45 partecipanti provenienti dai vari ambiti territoriali. Si sono analizzati i dati del primo trimestre 2017 con l'incremento del livello di assistenza PIC livello 4, elemento atteso e positivo. Le criticità emerse sono storiche: utenti senza accessi (circa il 10 %), durata piani AIO (anche se non monitorati). Sono stati poi presentati i dati dei Servizi SAD in ADI, CP e ADPD del primo trimestre 2017 per la logica integrazione con i dati precedenti;
- il miglioramento dei processi di lavoro e degli strumenti di comunicazione nei vari ambiti, perseguito mediante l'attivazione di 4 gruppi di regia:
 - o omogeneità attività SIT e ripresa delle raccomandazioni elaborate nel 2015 e 2016;
 - o comunicazione alle famiglie esiti UVM, attivazione ADI e CP, Carta dei servizi e valutazione di gradimento da parte delle famiglie;
 - o aggiornamento procedura di controllo degli accessi dei MMG nelle ADP e ADI e delle prestazioni di particolare impegno professionale;
 - o criteri comuni di offerta del SAD nella ADI e CP.

A novembre gli incontri di tali gruppi hanno permesso la produzione delle raccomandazioni definitive e la verifica della procedura di controllo degli accessi dei MMG nelle ADP e ADI e delle prestazioni di particolare impegno professionale.

RELAZIONE CONCLUSIVA

- La reportistica è stata prodotta tramite il sistema informativo Qlik, opportunamente aggiornato ed allineato ai sistemi di reportistica collegati al software Atlante, con la suddivisione degli utenti sul livello 4 CIA come richiesto dalla reportistica NSIS del Ministero Salute. Sono stati importati in Qlik tutte le attività degli operatori territoriali compresi gli accessi delle cooperative convenzionate.
- I dati e le schede di raccomandazione sono stati inviati alla Direzione ed ai Servizi APSS di riferimento con rep. n. 18865 del 16/11/2017.
- Il trend dei dati di attività mostra una tenuta sostanziale dei livelli assistenziali: in particolare si evidenzia un incremento dei PIC livello 4 già dai dati del primo trimestre 2017 (PIC livello 4 per accessi: 11,58% nel 2017, 10,09% nel 2016, 8,29% nel 2015; PIC livello 4 per giornata: 8,78% nel 2017, 7,81% nel 2016, 5,80% nel 2015). Da sottolineare inoltre come tale mantenimento dei livelli assistenziali avvenga in un contesto complessivo di isorisorse, ma sempre più impegnativo per complessità di pazienti e aumento della domanda.
- Il confronto tra i dati complessivi sugli anni 2016 e 2017, evidenzia:
 - o un calo di circa il 5 % sia del CIA giornate che del CIA accessi per il LIVELLO 0 (piani a minore impegno clinico assistenziale come AD-inf e ADP mediche e infermieristiche);
 - o un mantenimento dei livelli di CIA giornate e CIA accessi per il LIVELLO 1, LIVELLO 2 e livello 3 (AD-inf e ADP mediche ed infermieristiche più complesse e ADI a basso livello assistenziale);
 - o un incremento di CIA giornate (dall'11 al 12 %) e di CIA accessi (dal 14 al 16 %) per il livello 4 (ADI e CP ad elevato impegno clinico assistenziale).

Per ulteriori approfondimenti, si allega la relazione conclusiva, già inoltrata al Dipartimento Salute e Solidarietà sociale in data 13/04/2018 con nota protocollo n. 58977.

AREA DI INTERVENTO N. 2: Promozione della salute e sanità collettiva**OBIETTIVO 2.A - SICUREZZA ALIMENTARE****2.A.1: Controlli****ATTIVITÀ SVOLTE**

Lo sviluppo dell'obiettivo, in linea con il mandato provinciale, ha previsto l'estensione del percorso formativo di approfondimento degli "elementi informativi comuni" per eseguire tutte le tecniche di controllo previste dall'art.10 del reg. (CE) n.882/2004 agli incaricati del controllo ufficiale non coinvolti dagli interventi formativi svolti nel 2016.

In tal senso nel corso dell'anno si è provveduto a realizzare eventi del "Percorso 2 - Audit su OSA" per un target selezionato in via prioritaria e programmare ulteriori eventi del "Percorso 2 - Audit su OSA" per il personale individuato e non ancora formato con il primo evento di gennaio/febbraio.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Relativamente al "Percorso 1 - Controlli Ufficiali" per il personale che non aveva partecipato alla prima tornata e per i neo assunti era stata condivisa l'opportunità di fruire di un evento formativo specifico approntato da ISS e Ministero della Salute su piattaforma FAD, inizialmente pianificato per l'autunno del 2017: il percorso 1 è stato completato ricorrendo alla formazione residenziale dal 29 al 31 gennaio 2018; tutti i partecipanti hanno raggiunto gli obiettivi di apprendimento.

Gli eventi organizzati per il "Percorso 2 - Audit su OSA" sono stati realizzati nelle giornate del 19-20 - 31 gennaio, 1 e 2 febbraio 2017, per un totale di cinque giornate. In linea con la strategia adottata dal Dipartimento di prevenzione, i partecipanti sono stati selezionati sia in base all'attitudine, sia in relazione al bagaglio professionale e formativo di ciascun aspirante. Il numero dei professionisti, già formati con il "percorso 2 " è stato pari a 29.

Su iniziativa dei servizi veterinari, è stato istituito, inoltre, un "gruppo di miglioramento" con l'obiettivo di stabilire regole e prassi condivise nella predisposizione e conduzione degli audit negli stabilimenti oggetto di riconoscimento comunitario ex Reg. CE 853/2004 (ovvero ove si producono e trasformano materie prime e/o alimenti di origine animale).

La costituzione del "gruppo di miglioramento" è stata approvata come "formazione sul campo" dal Comitato Tecnico scientifico Provider Aziendale.

Per quanto riguarda la strategia di mantenimento del livello raggiunto, in considerazione del massiccio turnover che si prospetta, il corso FAD dovrebbe rappresentare - almeno per quanto riguarda il percorso 1 - lo strumento più idoneo.

2.A.2: Salute animale e sicurezza alimentare

Il mandato dell'obiettivo riguardava l'attuazione delle misure sanitarie di controllo previste dalle deliberazioni della Giunta provinciale in materia di profilassi per l'anno 2017 al fine di assicurare il mantenimento della qualifica di territorio "ufficialmente indenne da tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica".

Gli interventi posti in essere sono stati volti a sostenere l'esecuzione dei controlli sanitari (visita clinica, campionamento ufficiale di materiale diagnostico, attestazione sanitaria, eventuale adozione misure di polizia veterinaria) previsti dalle deliberazioni della Giunta provinciale n. 2356/2016 (programma di profilassi della brucellosi ovina e caprina) e n. 2362/2016 (piano di controllo della tubercolosi bovina, brucellosi bovina e leucosi bovina enzootica).

In tal senso il piano di intervento prevedeva di:

1. fornire alle unità operative i criteri e gli strumenti operativi per organizzare ed eseguire i controlli;
2. organizzare i controlli sul territorio di competenza e assegnare le responsabilità individuali ai dirigenti veterinari;
3. eseguire i controlli assegnati (visita clinica, campionamento ufficiale di materiale diagnostico, attestazione sanitaria, eventuale adozione misure di polizia veterinaria);
4. monitorare lo svolgimento dei controlli svolti dai dirigenti veterinari e verificarne l'efficacia;
5. monitorare l'andamento del programma, elaborare i dati di attività e rendicontare i controlli.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Principali risultati raggiunti:

1. il centro di coordinamento ha fornito alle unità operative igiene e sanità pubblica veterinaria i criteri e gli strumenti operativi per organizzare ed eseguire i controlli, con circolare interna n. 1/2017 del 03/01/2017;
2. i direttori delle unità operative hanno organizzato le attività sul territorio di competenza e assegnato le responsabilità individuali ai dirigenti veterinari con le modalità previste dalla procedura "pr02pcpc rev 1.0 definizione responsabilità individuali degli operatori addetti al controllo ufficiale";
3. i dirigenti veterinari hanno svolto i controlli assegnati (visita clinica, campionamento ufficiale di materiale diagnostico, attestazione sanitaria, eventuale adozione misure di polizia veterinaria) secondo le modalità e la tempistica previste;
4. i direttori delle unità operative hanno effettuato in corso d'anno il monitoraggio e la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali svolti dai dirigenti veterinari (cfr. rapporti audit interni rep. n. 20573-75, 20283, 20291);
5. il centro di coordinamento ha monitorato l'andamento complessivo del programma al 30/04/17, al 30/05/17, al 31/10/17 e ha elaborato e rendicontato i dati di attività al 31/12/2017.

I controlli sono stati svolti in ottemperanza alle direttive provinciali e hanno consentito il mantenimento della qualifica del territorio della provincia di Trento ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovina e caprina e leucosi bovina enzootica:

Unità operativa	TUBERCOLOSI BOVINA		BRUCELLOSI BOVINA E BUFALINA				LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA				BRUCELLOSI OVI-CAPRINA	
	n° allevamenti controllati	n° capi controllati individualmente	n. totale allevamenti controllati	n° allevamenti controllati (prelievo latte di massa)	n° allevamenti controllati (prelievo sangue)	n° capi controllati individualmente	n° totale allevamenti controllati	n° allevamenti controllati (prelievo latte di massa)	n° allevamenti controllati (prelievo sangue)	n° capi controllati individualmente	n° allevamenti controllati	n° capi controllati individualmente
BORGIO	149	2.776	356	143	213	1.262	263	148	115	753	449	9.889
CLES	162	5.256	305	177	128	842	244	179	65	375	155	1.713
ROVERETO	66	1.988	168	79	89	744	144	81	63	454	182	2.840
TIONE	62	2.584	142	68	74	419	101	71	30	167	202	1.729
TRENTO	104	3.131	226	83	143	863	210	86	124	712	287	6.114
TOTALE	543	15.735	1.197	550	647	4.130	962	565	397	2.461	1.275	22.285

OBIETTIVO 2.B – CONTROLLI VACCINALI

2.B.1: Monitoraggio

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato dell'obiettivo sono stati impostati e condotti i monitoraggi annuali previsti delle coperture vaccinali affiancando un monitoraggio intensivo a cadenza semestrale su tutte le tre dosi previste per le vaccinazioni "obbligatorie" (polio, difterite, tetano, epatite B) calcolate a varie distanze dalla nascita (180 gg, 270 gg, 12 mesi, 24 mesi) sulle coorti con chiamata attiva in corso.

A tal fine sono state svolte le seguenti attività:

- predisposta la procedura di monitoraggio semestrale delle coperture vaccinali "obbligatorie" (ciclo a 3 dosi di Polio-DTP-Ep B);
- elaborati i dati delle coperture vaccinali relative al I semestre 2017 con la predisposizione di un apposito report;
- impostata l'elaborazione dei dati delle coperture vaccinali relative al II semestre 2017 (da eseguire a gennaio 2018).
- pianificata l'elaborazione dei dati delle coperture vaccinali routinarie (annuali) a 24 mesi, 6 anni e 15 anni (da eseguire a febbraio 2018).

A luglio 2017 è stato predisposto il report di monitoraggio semestrale delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie (relazione n. 2017_2 del 28 luglio 2017).

La procedura del monitoraggio semestrale ha previsto il calcolo delle coperture a varie età (a 6, 9, 12, 24 mesi dalla nascita) per tutte le dosi previste dal ciclo vaccinale. In tal modo è possibile cogliere tempestivamente variazioni dell'andamento dell'adesione vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Di seguito si riassumono i principali risultati dei monitoraggi:

MONITORAGGIO SEMESTRALE (I e II semestre 2017)

I dati di monitoraggio semestrale evidenziano una tendenza in aumento dei livelli di adesione alle vaccinazioni per le ultime coorti di nascita (anni 2016 e 2017) rispetto ai corrispondenti valori registrati a suo tempo per la coorte 2015 (ultima coorte per la quale si dispongono di dati definitivi di copertura a 24 mesi); la copertura vaccinale della coorte 2017 per la prima dose di polio calcolata a 180 gg di vita è di 93,9% (+0,7%); la copertura vaccinale della coorte 2016 per la seconda dose di polio calcolata a 365 gg di vita è di 94,1% (+1,1%); la copertura vaccinale della coorte 2016 per la terza dose di polio calcolata a 365 gg di vita è di 69,2% (+7,0%); tali dati devono essere interpretati con cautela essendo provvisori, perché calcolati su frazioni della coorte.

MONITORAGGIO ANNUALE

Polio, difterite, tetano, epatite B. Se pur inferiori al 95 %, obiettivo minimo fissato dal Piano Nazionale Vaccini (per il quinto anno consecutivo) le coperture vaccinali a 24 mesi di vita per polio, difterite, tetano ed epatite B, tendono all'aumento. Per la Polio – coorte 2015 - si registra una copertura vaccinale del 93,9%, superiore a quella registrata nell'anno precedente – coorte 2014 (93,0%).

Morbillo. La copertura vaccinale per il morbillo nella coorte di nascita del 2015 è del 91,6 % in netto aumento rispetto alla coorte 2014 (87,4%) e alla coorte 2013 (84,6%).

Pneumococco e Meningococco. Il tasso di copertura a 24 mesi di vita per la vaccinazione pneumococco è 90,9% (+1,7 % rispetto alla corte di nascita precedente). Per la vaccinazione antimeningococco C si registra una copertura del 90,4%, in sensibile aumento rispetto all'anno precedente (+3,4%).

Vaccinazioni a 5-6 anni. I tassi di copertura vaccinale sono stati del 92,6 % (-0,1 % rispetto al 2016) per la quarta dose di polio e dell'89,1 (+0,7%) per la seconda dose di morbillo, valori pressoché sovrapponibili a quelli registrati nell'anno precedente.

Vaccinazioni a 14-15 anni. I tassi di copertura vaccinale per la quinta dose di difterite, tetano, pertosse hanno valori sostanzialmente sovrapponibili all'anno precedente.

HPV nelle femmine. Il tasso di copertura vaccinale per HPV-2 è del 52,5%, valore inferiore al 60,9 % dell'anno precedente, ma spiegabile con la carenza di vaccino registrata a livello locale e nazionale, con conseguente ritardo nel completamento delle convocazioni.

La **soglia critica di copertura vaccinale** per le vaccinazioni obbligatorie della prima infanzia e per il morbillo è fissata nel 95% in quanto obiettivo minimo di copertura previsto dai Piani Vaccinali Nazionali.

Il calo delle coperture vaccinali al di sotto del 95% registrato in provincia di Trento per le vaccinazioni obbligatorie del primo anno di vita segue un trend nazionale espressione di posizioni culturali e sociali ampiamente diffuse in alcune fasce di popolazione e che ha portato all'approvazione della legge sull'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione dei bambini agli asili nido e alle scuole materne.

Il trend in aumento delle coperture vaccinali, se pure contenuto nei valori e se pur, già iniziato nel 2016, potrebbe essere effetto anche della legge sull'obbligatorietà dei vaccini (L. 119/2017).

A completamento della relazione si allegano i seguenti report:

- 1) Le vaccinazioni in provincia di Trento - anno 2017 - Monitoraggio semestrale: 1° semestre 2017 (luglio 2017)
- 2) Le vaccinazioni in provincia di Trento - anno 2017 - Monitoraggio semestrale 2° semestre 2017 (gennaio 2018).
- 3) Le vaccinazioni in provincia di Trento - anno 2017 - Monitoraggio delle coperture vaccinali (febbraio 2018).

2.B.2: Nuovo calendario vaccinale

ATTIVITÀ SVOLTE

Al fine di verificare la sostenibilità del nuovo calendario vaccinale è stato costituito un apposito gruppo con gli incaricati della programmazione e del coordinamento delle attività vaccinali presso i Servizi vaccinali afferenti ai Servizi territoriali di Igiene delle UU.OO. Cure Primarie e delle UU.OO. di Igiene pubblica del Dipartimento. Il gruppo ha predisposto una griglia di indicatori di volume di attività e di processo (n° soggetti da convocare, N° sedute vaccinali, N° ore dedicate, personale dedicato...) al fine di raffrontare la programmazione 2017 e l'attività vaccinale condotta prima dell'attivazione del nuovo calendario oltre alla predisposizione degli indicatori di processo per monitorare le criticità nella conduzione dei programmi.

I Servizi territoriali di Igiene (UU.OO. Cure Primarie/UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento) hanno provveduto quindi alla programmazione delle sedute vaccinali del II semestre 2017 per soddisfare i programmi di vaccinazione previsti dal nuovo calendario e attivati - o da attivare - nel corso del 2017.

La raccolta dei dati e l'elaborazione degli indicatori sono state strutturate per Servizio vaccinale territoriale al fine di consentire il raffronto tra attività programmata del II semestre 2017 e attività vaccinale condotta prima dell'attivazione del nuovo calendario.

Con gli strumenti definiti è stato quindi impostato il monitoraggio delle attività e la rilevazione delle criticità.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Premessa

In relazione all'aggiornamento del "Piano provinciale di promozione delle vaccinazioni per la Provincia di Trento", approvato con D.G.P. n. 293 del 04 marzo 2016 il nuovo calendario vaccinale prevede:

- introduzione del vaccino antimeningococco B per i nuovi nati;
- introduzione del vaccino contro l' HPV anche per i ragazzi tra gli 11 e i 12 anni;
- introduzione del vaccino anti Herpes Zoster per la coorte dei 65enni e per i gruppi a rischio.

Con successiva D.G.P. n. 1021 del 23 giugno 2017, a seguito dell' approvazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, inserito nei Livelli Essenziali di assistenza (LEA), Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 2017, il Piano è stato aggiornato con:

- introduzione del vaccino antirotavirus a due dosi per tutti i nati a partire dalla coorte 2018;
- introduzione della vaccinazione universale degli undicenni con vaccino HPV 9-valente (in sostituzione del 4-valente);
- introduzione della vaccinazione antipolio-difterite-tetano pertosse nei quindicenni a partire dal 2018 (in sostituzione del vaccino antidifterite-tetano-pertosse).

La pubblicazione del Decreto Legge 7 giugno 2017 sull'obbligatorietà delle vaccinazioni, convertito in legge, con modificazione dalla Legge 119/2017 e la conseguente necessità di valutare con urgenza l'impatto organizzativo del provvedimento legislativo (numero di bambini da recuperare, il numero di dosi da somministrare, numero sedute vaccinali aggiuntive, fabbisogno di personale) ha reso necessario stimare in tempi rapidi e con criteri omogenei il carico di lavoro e la sostenibilità organizzativa.

Sostenibilità nuovo piano vaccinale

In attuazione del Piano provinciale vaccini a partire dal mese di settembre 2016 è stata avviata la chiamata attiva per i nati dal 1° luglio 2016 per il meningococco B e per la coorte 2005 dei maschi per il vaccino HPV. Sono pertanto sensibilmente aumentati il numero di soggetti convocati attivamente a vaccinazione, il numero di sedute e le ore dedicate alle attività vaccinali. In particolare sono raddoppiate le convocazioni nel primo anno di vita a seguito dell'introduzione della vaccinazione antimeningococco B, che ha ottenuto un successo di adesione superiore alle attese.

Al fine di verificare la sostenibilità del nuovo calendario vaccinale è stato costituito un apposito gruppo con gli incaricati della programmazione e del coordinamento delle attività vaccinali presso i Servizi vaccinali afferenti ai Servizi territoriali di Igiene delle UU.OO. Cure Primarie e delle UU.OO. di Igiene pubblica del Dipartimento. Il gruppo ha predisposto una griglia di indicatori di volume di attività e di processo (N° soggetti da convocare, N° sedute vaccinali, N° ore dedicate, personale dedicato.....) al fine di raffrontare la programmazione 2017 e l'attività vaccinale condotta prima dell'attivazione del nuovo calendario oltre alla predisposizione degli indicatori di processo per monitorare le criticità nella conduzione dei programmi.

Nella tabella sottostante vengono riportati per raffronto il numero di sedute vaccinali, il numero di soggetti da convocare e il numero di soggetti da vaccinare per i calendari vaccinali: 1) previgente; 2) di cui alla Delib. N° 293 del 4 marzo 2016; 3) di cui al Piano Nazionale Vaccini 2017-2019 (a pieno regime nel 2018).

Tabella 1: Raffronto dei calendari vigenti nel 2016, 2017,2018

Gruppo d'età (coorte)	Popolazione	Calendario vaccinale pre-vigente 2016			Calendario vaccinale - D.G.P n. 253/2016 2017 Nuovi vaccini: MenB e HPV maschi			PNPV 2017-2019 D.G.P. n.1021/2017 2018 Nuovi vaccini: Rotavirus, PPV23 e Herpes zoster nei 65-enni		
		Accessi per sogg.	Inviti	Vaccinati	Accessi per sogg.	Inviti	Vaccinati	Accessi per sogg.	Inviti	Vaccinati
I° anno	4.742	3	14.226	13.230	6	28.452	26.460	6	28.452	26.460
II° anno	4.847	2	9.694	8.482	2	9.694	8.482	2	9.694	8.482
5-6 anni	5.538	1	5.538	5.136	1	5.538	5.136	1	5.538	5.136
Adolescenti HPV	5.645	2	5.480	3.337	2	11.290	6.876	2	11.290	6.876
Adolescenti	5.498	1	5.498	4.406	1	5.498	4.406	1	5.498	4.406
Anziani	6.206	1	6.206	3.357	1	6.206	3.357	3	18.618	10.072
TOTALI	32.476	9	46.642	37.950	13	66.678	54.717	15	79.090	61.433

Legenda

Popolazione: per le varie coorti di nascita è stato assunto come parametro la numerosità della popolazione registrata nell'ultima rilevazione dell'attività vaccinale inviata al Ministero (anno 2016); si è assunto che negli anni considerati la numerosità delle coorti non subisca modifiche sostanziali.

Accessi per soggetto: Nr. di accessi ai servizi vaccinali per ciascun soggetto della coorte di nascita indicata per eseguire tutte le vaccinazioni previste dal calendario in vigore.

Inviti: Nr prime convocazioni; è dato da Popolazione x N° sedute; non include i solleciti successivi.

Vaccinati: Nr bambini vaccinati; è dato da Convocazioni X Copertura vaccinale; sono state applicate le ultime coperture vaccinali rilevate (2016); il soggetto vaccinato è stato conteggiato come un'unità anche se nella stessa seduta sono somministrati più vaccini.

A seguito di verifica della sostenibilità e della valutazione di impatto organizzativo, per dare avvio all' attuazione del Piano secondo la D.GP N° 253/2016 sono stati acquisiti in prima istanza 4 assistenti sanitari (ottobre-novembre 2016). L'attività vaccinale come prevista dal Piano è stata pertanto garantita per quanto previsto nel 2017 dalla medesima delibera.

Per la valutazione e stima del carico di lavoro e sostenibilità del nuovo calendario vaccinale (Delibera n. 1021 del 23 giugno 2017), si è confrontato il calendario vaccinale in essere nel 2017 di cui alla Delib. GP N° 253/2016 e il calendario approvato nel PNPV 2017-2019 (Tabella 1).

Si sono valutati i calendari in termini organizzativi, ovvero sul numero di sedute vaccinali necessarie per rispettare tutte le vaccinazioni indicate. In presenza di dubbi si è puntato a sottodimensionare la richiesta di sedute pertanto le considerazioni in seguito riportate si possono considerare sottostimate in alcune voci.

Per completare l'analisi si è poi valutato il numero complessivo di medici e assistenti sanitari/infermieri (categorie unificate per comodità) necessari a svolgere il lavoro vaccinale. Per il calcolo del tempo/vaccinato ed unità equivalenti di risorse si è preso in considerazione la bozza di lavoro sulla stima del carico di lavoro PNPV 2017-2019 in seno al Coordinamento Interregionale prevenzione (Accordo Stato-Regioni).

Popolazione "target"

La popolazione soggetta a vaccinazione è stata quantificata facendo riferimento alla popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria suddividendola in sei gruppi.

E' stato assunto come parametro la numerosità della popolazione registrata nell'ultima rilevazione statistica dell'attività vaccinale inviata al Ministero (dati 2016) e nell'ipotesi che la popolazione target sia sostanzialmente stabile nel triennio considerato (2016, 2017, 2018).

Inviti vaccinali

E' dato dalla Popolazione per il numero di accessi ai servizi vaccinali per ciascun soggetto della coorte di nascita indicata, per eseguire tutte le vaccinazioni del calendario in vigore. Non include i solleciti successivi.

Vaccinati

Il numero di soggetti invitati che effettivamente si vaccinano. E' dato dal N° inviti per la copertura vaccinale.

In ogni caso tutte le vaccinazioni a pagamento, in copayment e fuori calendario non sono considerate in questa analisi di attività sui carichi di lavoro.

Partendo dal calcolo del numero di vaccinati aggiuntivi, suddiviso per ambito territoriale e poi integrandolo con il calcolo di ore necessarie per figura professionale viene stimato un carico di lavoro aggiuntivo rappresentato in tabella.

Tabella 2. Stima teorico carico di lavoro aggiuntivo nell'ipotesi che venga assicurata l'attività vaccinale per conseguire gli obiettivi di copertura previsti dal PNPV 2017-2019

Ambito	N° vaccinati aggiuntivi	Ore tot. aggiuntive	AS equivalenti	Medici equivalenti
PAT	6.716	4.022	2,3	1,3
Centro Nord	1.679	1.005	0,6	0,3
Centro Sud	2.283	1.367	0,8	0,4
Est	1.478	885	0,5	0,3
Ovest	1.276	764	0,4	0,2

Dalla raccolta degli indicatori definiti dal gruppo di lavoro è stata effettuata la ricognizione sul campo dell'incremento dell'attività vaccinale, mettendo a confronto i dati di attività relativi al I° semestre 2017 (periodo in cui era vigente il Calendario vaccinale - Delib. GP N° 253/2016) e i dati di attività relativi al I° semestre 2016 (calendario pre-vigente).

Nella tabella (Tabella 3) che segue sono esposti i valori relativi al I° semestre 2017 e il relativo incremento (colonna con il simbolo Δ -), raggruppati per ambito territoriale sanitario e totali provinciali. La ricognizione sul campo dimostra il forte incremento di attività registrato nel corso del I° semestre 2017 rispetto al corrispettivo semestre dell'anno precedente:

- le sedute vaccinali sono state 2034 con un aumento di 707 sedute (+ 35%);
- le ore dedicate a sedute vaccinali sono state 5942 con un incremento di 2236 ore (+37,6%);
- il numero di soggetti vaccinati sono stati 34.272 con un incremento di 13.822 soggetti (+43,2%).

I dati registrati confermano sostanzialmente la previsione eseguita sulla base dell'incremento teorico atteso calcolato con le modalità sopradescritte.

Tabella 3: ATTIVITA' VACCINALE REGISTRATA NEL I SEMESTRE 2017 E INCREMENTO vs. I SEMESTRE 2016

DISTRETTO	Pop. residente	Pop. 0-4 anni	Pop. 0-16 anni	N° comuni	N° sedi		N° sedute vaccinali		N° ore per sedute vaccinali		N° Convocazioni		N° soggetti vaccinati	
					2017*	Δ**	2017*	Δ**	2017*	Δ**	2017*	Δ**	2017*	Δ**
EST	121.676	5.437	20.616	56	8	-2	514	210	1.764	894	12.100	1.625	8.122	3.940
OVEST	101.138	4.684	17.027	62	5	0	471	143	1.350	380	10.523	3.997	6.949	3.222
C_NORD	132.431	5.769	21.243	7	4	0	384	144	1.152	432	12.184	2.267	7.975	2.777
C-SUD	183.359	9.025	31.321	52	8	0	665	210	1.676	530	10.176	1.211	11.226	3.883
TOT	538.604	24.915	90.207	177	25	-2	2.034	707	5.942	2.236	38.388	9.100	34.272	13.822

Legenda:

*Valore dell'indicatore riferito al I semestre 2017

** Incremento dell'indicatore rispetto al I semestre 2016

- Come sedi vaccinali sono indicate le sedi (o punti) vaccinali dove viene eseguita attività vaccinale programmata su appuntamento; non sono indicati eventuali ambulatori utilizzati sporadicamente o per attività straordinaria (p.es. campagna antinfluenzale)
- N. sedute vaccinali; il numero include tutte le sedute vaccinali programmate ed eseguite nel I semestre 2017 per le vaccinazioni previste per l'età 0-16 anni.
- N. ore per sedute vaccinali; il numero include le ore impiegate per effettuare le sedute; non sono conteggiate le ore dedicate alla programmazione, gestione degli inviti, spostamento degli appuntamenti, informazioni, registrazione e manutenzione dell'anagrafe vaccinale e altre attività preparatorie e connesse alle vaccinazioni.
- N. Convocazioni; il numero di prime convocazioni a vaccinazione effettuate; non sono conteggiate i solleciti.
- N. soggetti vaccinati; se un soggetto ha ricevuto più di una vaccinazione nella stessa seduta è conteggiato per uno; se lo stesso soggetto ha avuto più accessi nel semestre è conteggiato per il numero di accessi.

Sostenibilità L.119/2017

La valutazione della sostenibilità a seguire è riferita alle ricadute organizzative indotte dalla Legge 119/2017 "Conversione in legge, con modificazione, del decreto-legge 7 giugno 2017, n.73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", ovvero sul carico di popolazione da richiamare e dalle sedute vaccinali necessarie per rispettare tutte le vaccinazioni indicate nel provvedimento legislativo. La risposta a tale bisogno emergente ed immediato è da circoscrivere in un limitato periodo di tempo indotto dal dispositivo di legge.

Si sono valutati i piani e calendari in termini organizzativi, ovvero sul numero di sedute vaccinali richieste per aderire alla vaccinazioni previste dalla L.119/2017. Per completare l'analisi si è poi stimato il carico orario aggiuntivo richiesto per rispondere a tale incremento di attività vaccinale.

La popolazione interessata agli obblighi vaccinali previsti dalla Legge 119/2017 riguarda le coorti di nascita dal 2001 al 2016, circa 86.500 persone.

Criteri

La popolazione interessata è stata suddivisa in relazione alla "conformità" alla previsioni legislative in 3 categorie a diverso impatto organizzativo :

- A. Nessun vaccino effettuato
- B. Parzialmente vaccinato (almeno 1 vaccino da effettuare)
- C. Vaccinati secondo calendario L. 119/2017

Nell'attribuzione a tale categoria non è stato considerato impatto del vaccino anti-Haemophilus influenzae tipo b e quindi sottodimensionata la quota di popolazione con almeno un vaccino da effettuare.

Dall'analisi dei dati elaborati dai Sistemi informativi si è potuto stimare la seguente stratificazione della popolazione:

A	Nessun vaccino	3.500
B	Parzialmente	9.830
C	Vaccinati	73.170
TOT		86.500

Circa **13.330 persone** saranno oggetto di almeno una seduta vaccinale.

Alle categorie A e B di popolazione sono state attribuite il numero di sedute vaccinali necessarie per il recupero e allineamento alla fascia di popolazione C.

Alla fascia A (nessun vaccino effettuato) sono state attribuite le sedute minime, 3, per il completamento del ciclo vaccinale nell'arco del periodo previsto (circa 1 anno).

La fascia B (parzialmente vaccinati) è stata calcolata sulla base del numero dei non vaccinati Morbillo a cui è stata aggiunta la quota di bambini da chiamare in aggiunta alle sedute previste per Morbillo.

La quota B2 rappresenta la quota di popolazione da chiamare due volte, mentre la quota B1 quella da chiamare una volta (per una dose Morbillo o altra vaccinazione).

Fascia	N°utenti	N° sedute previste	N° inviti vaccinali
A	3.500	3	10.500
B2	6.389	2	12.778
B1	3.441	1	3.441
Totali	13.330		26.719

La distribuzione così ottenuta ha tenuto conto dei seguenti elementi:

- si è cercato di ridurre le sedute il più possibile, sottostimando il numero di accessi necessari

- non è stata calcolata la IV seduta per la fascia A perché prevista dopo il 2018 per allineamento nuovo calendario
- si è prevista la co-somministrazione dei vaccini mancanti
- si è ipotizzato che ad ogni invito sia corrisposto l'accesso con vaccinazione (gap solo parzialmente prevedibile con overbooking)

Utilizzando un semplice criterio di proporzionalità rispetto alla popolazione è stato distribuito il carico di attività sui rispettivi ambiti territoriali e stimato l'impegno di ore aggiuntive necessarie per coprire l'attività vaccinale e le sedute necessarie.

Per il calcolo del tempo/vaccinato ed unità equivalenti di risorse si è preso in considerazione la bozza di lavoro sulla stima del carico di lavoro PNPV 2017-2019 in seno al Coordinamento Interregionale prevenzione (Accordo Stato-Regioni).

Ambito	N° inviti vaccinali	Ore tot. aggiuntive	AS equivalenti	Medici equivalenti
PAT	26.719	16.031	9,2	3,1
<i>Centro Nord</i>	6.680	4.008	2,2	0,8
<i>Centro Sud</i>	9.084	5.451	3,1	1,0
<i>Est</i>	5.878	3.527	2,0	0,7
<i>Ovest</i>	5.077	3.046	1,7	0,6

In termini organizzativi e di pianificazione tale attività aggiuntiva comporta un incremento notevole del numero di sedute, variabile in relazione al tempo seduta e alla percentuale di adesione al 1° invito.

Azioni effettuate per la sostenibilità

A fronte della situazione rappresentata dalla verifica di sostenibilità e impatto organizzativo sono state messe in campo le azioni di seguito descritte.

Acquisizione personale

- Acquisiti in prima istanza 4 assistenti sanitari a tempo indeterminato (ottobre-novembre 2016) per l'avvio dell'attuazione della D.GP N° 253/2016.
- Effettuato concorso pubblico per assistenti sanitari con graduatoria approvata in data 24 ottobre 2017.
- Garantita la sostituzione del personale cessato o in mobilità extra-provinciale;
- Acquisiti ad oggi 7 su 9 assistenti sanitari a tempo determinato per l'attuazione L.119/2017; sono in corso le procedure per l'assunzione dei rimanenti 2.
- Assegnati 2 incarichi liberi professionali a medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva con impegno orario settimanale di 40 ore.
- Indetta pubblica selezione per Dirigente medico in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (prova il 16 febbraio 2017).
- In corso assegnazione personale sugli ambiti territoriali con ruolo di coordinamento.

Per l'attuazione del PNV 2017-2019 e D.G.P. n. 1201 del 23 giugno 2017 che prevede l'introduzione del vaccino Rotavirus, PCV 23 valente e chiamata attiva per Herpes Zoster a partire dal 2018, il carico di lavoro teorico aggiuntivo stimato, si ritiene possa essere assorbito dalla capacità di risposta dei Servizi vaccinali evidenziata dalla raccolta dati relativa al numero di vaccinati del 1° semestre 2017 (tabella 3).

Incontri informativi con la popolazione.

A seguito dell'emanazione del Decreto Legge 73/2017 su espressa richiesta dell'Assessore alla Salute e Politiche sociali, l'APSS ha organizzato incontri di informazione rivolti alla popolazione, in collaborazione con le Comunità di Valle, per un totale di 16 incontri, nel periodo luglio - agosto 2017.

Formazione del personale.

In data 24 settembre 2016 è stato organizzato dal Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con il servizio Formazione dell' APSS, un Seminario dal titolo "Vaccinazioni 2016: il valore delle vaccinazioni e nuove opportunità di salute", rivolto agli operatori territoriali, ospedalieri, ai MMG e ai PLS al quale hanno partecipato circa 250 operatori sanitari.

In relazione alla raccomandazione del Ministero della salute sulla prevenzione degli aventi dovuti ad errori in terapia con farmaci "Look Alike-Sound Alike" (LASA) e nell'ambito delle iniziative aziendali sulla gestione del Rischio è stato attivato un progetto di miglioramento inerente ai processi di prevenzione sull'uso sicuro dei vaccini LASA nei servizi vaccinali dell'azienda sanitaria.

Approvvigionamento vaccini

L'attuazione del Piano Provinciale vaccini ha comportato l'acquisto di nuovi vaccini (meningococco B) e l' aumento della quantità, antipapillomavirus (HPV) e meningococco quadrivalente (ACWY); al riguardo il budget dei consumi del Dipartimento di Prevenzione per l' anno 2017 è stato implementato di circa 800.000 euro. A seguito del monitoraggio dei consumi al 31.07.2017 considerato l' andamento dei costi dei vaccini non in linea con il budget assegnato, è stata richiesta un aumento dei consumi di 940.000 euro, richiesta che è stata approvata dal Consiglio di Direzione.

Considerato che il 31.08.2017 era in scadenza il rinnovo della gara vaccini, è stata approvata dal Dirigente del Servizio acquisti e contratti la Determina n. 1226 del 25 agosto 2017 - Rinnovo fornitura annua vaccini, fino al 31.08.2018. Il quantitativo richiesto ha considerato anche le dosi di vaccini per l' attuazione del piano di recupero come previsto dalla Legge 119/2017. Inoltre è stata approvata la Determina n. 1345 del 27 settembre 2017: fornitura annuale vaccino antirotavirus fino al 30.09.2018.

L'aumento di spesa per l' acquisto dei nuovi vaccini per l' anno 2018 (antirotavirus e anti HPV 9valente) è stimato in circa 350.000 euro.

Ai fini dell' avvio della nuova "gara vaccini" per il biennio 2019-2020 è stata predisposta una relazione tecnica da parte del Direttore dell' U.O. Igiene e Sanità Pubblica ed è stato definito il fabbisogno annuale di vaccini (lettera I.D. n. 2223 del 8 febbraio 2018 inviata al Responsabile del Servizio Acquisti e Gestione Contratti).

Stoccaggio e distribuzione.

L'aumentato fabbisogno quantitativo di vaccini ha reso necessario ricercare soluzioni alternative allo stoccaggio nel magazzino vaccini situato nella Palazzina A del CSS, ormai da tempo insufficiente. A seguito di ricerca di mercato, con Determina n. 1311 del 20.09.2017, è stato affidato ad Unifarm il servizio di stoccaggio e trasporto vaccini nelle 12 sedi territoriali. Lo stoccaggio c/o Unifarm, che ha preso avvio il 16 ottobre 2017, permette la possibilità di ordinativi di vaccini mensili o trimestrali. Lo stoccaggio di un quantitativo maggiore ovvierà alla mancanza di vaccini per mancata consegna, evento che nel 2017 si è manifestato alcune volte.

Definizione procedura ai sensi L.119/2017 per accertamento e contestazione di addebito

La legge 119/2017 prevede l' applicazione di sanzioni amministrative nel caso di inadempienza all' obbligo vaccinale. Il Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con il Servizio affari generali e Legali e il Dipartimento amministrativo ospedaliero territoriale ha predisposto una procedura per l' accertamento della violazione e la contestazione di addebito, approvata con Delibera D.G. n. 76 del 12 febbraio 2018. Sono stati effettuati due incontri informativi sulle modalità di applicazione della procedura per gli operatori coinvolti (medici, personale amministrativo).

Alcune osservazioni:

- il tasso di adesione al MenB e al vaccino HPV estesa ai maschi, avviata nel 2016 e consolidata nel 2017, sono risultati superiori alle attese (circa 60%);
- la chiamata attiva per il vaccino HPV per i maschi, avviata nel 2016, è stata completata da tutti i Servizi vaccinali nel 2017;
- nell'ultimo trimestre 2016 e nel 1° trimestre 2017 si è dovuto far fronte all'accresciuta domanda spontanea da parte della popolazione a seguito dell'allarme mediatico sui casi di meningite a

livello nazionale e all'estensione della gratuità ad ampie fasce di popolazione che ha riguardato i seguenti vaccini: meningococco B con gratuità fino ai 36 mesi; meningococco tetravalente 11-17 anni; HPV fino ai 18 anni.

- i Servizi territoriali di Igiene hanno fatto fronte efficacemente a questo impegno aggiuntivo concentrando il personale sull'attività vaccinale e riducendo l'attività in altri settori;
- il secondo semestre 2017 è stato caratterizzato dall'attività straordinaria conseguente all'approvazione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni; tale situazione straordinaria si prolungherà anche nel 2018 con il proseguimento delle chiamate dei soggetti non conformi e degli inviti a colloquio per i soggetti che non hanno risposto alla prima convocazione;
- sono stati garantiti come da calendario, li inviti ordinari previsti dal Piano provinciale promozione delle vaccinazioni;
- la campagna antinfluenzale e antipneumococcica dei 65-enni è stata condotta regolarmente;
- la chiamata attiva per il vaccino antirotavirus è prevista per la coorte 2018 (dal 1.1.2018); il vaccino è stato comunque garantito anche ai neonati della coorte 2017, su richiesta dell'utente in quanto inserito nei LEA.

OBIETTIVO 2.C – PERCORSO NASCITA E PROGRAMMA OSPEDALI & COMUNITÀ AMICI DEI BAMBINI

2.C.1 – Percorso Nascita

ATTIVITÀ SVOLTE

L'obiettivo 2017 inerente al percorso nascita è stato impostato in modo da attivare, in tutti i territori provinciali, gli ambulatori ostetrici secondo gli standard applicati e sperimentati nella prima fase di attuazione del percorso e definiti sulla base delle delibere PAT e APSS (equipe di 4 ostetriche, 15 ore ginecologo/settimana per la presa in carico di 200 donne con reperibilità nei territori senza punto nascita, 300 donne senza reperibilità nei territori con punto nascita).

L'obiettivo è stato volto a:

- garantire l'assistenza alla gravidanza e puerperio in strutture pubbliche in continuità con ricovero per parto, con definizione dei percorsi di integrazione ospedale territorio;
- assicurare una diagnosi precoce delle condizioni patologiche in pazienti e individuazione di situazione di fragilità psico-sociale;
- assicurare l'appropriatezza delle prestazioni;
- promuovere l'empowerment della donna/ coppia.

Il piano di intervento ha previsto:

- la revisione del percorso nascita, in relazione alle indicazioni emergenti dalla prima fase di attuazione, i nuovi LEA e il progetto BFHC con la formalizzazione del "Percorso assistenziale gravidanza, parto e puerperio fisiologici a conduzione ostetrica" e delle "Linee guida per l'assistenza ostetrica nel Percorso Nascita e protocollo operativo" e loro diffusione a tutte le unità operative ed a tutti i servizi aziendali di competenza (prot. 14686 e 14687);
- la definizione per ogni ambito territoriale di un piano di azione per l'attivazione del percorso (rilevazione, specificità, fabbisogno personale, vincoli organizzativi / strategie) e verifica della sostenibilità;
- la realizzazione di un piano di acquisizione/assegnazione/formazione di personale;
- l'apertura di almeno una griglia di cinque posti settimanali per primi colloqui, di almeno due ambulatori settimanali (sedici posti) per gravidanza a basso rischio seguiti dall'ostetrica e di almeno un ambulatorio puerperio per ogni ambito territoriale;
- la predisposizione e somministrazione di un questionario di analisi qualitativa.

RELAZIONE CONCLUSIVA

A fine ottobre 2017 il percorso nascita risulta attivo negli ambiti territoriali Giudicarie, Garda e Ledro, Vallagarina, ex Distretto Est, ex Distretto Centro-Nord. In ciascun territorio, il percorso nascita ha permesso di accogliere tutte le richieste pervenute.

Con riferimento all'ambito territoriale Val di Non, Valle di Sole, Rotaliana e Paganella, le prime liste per l'avvio del percorso nascita sono state aperte sul mese di dicembre 2017. Per l'attivazione del percorso nascita è stato necessario acquisire nuovo personale ed attendere il completamento delle procedure concorsuali: dopo la formazione specifica effettuata nel corso del mese di novembre, a partire dal mese di dicembre sono state dedicate al consultorio 2 ostetriche (la terza prevista ha chiesto di posticipare l'assunzione al 15 di gennaio), che hanno garantito l'avvio del percorso nascita nel consultorio di Cles e nella sezione staccata di Malè. Altre due ostetriche sono state assegnate a Mezzolombardo per l'avvio del percorso anche in questo ambito.

Il questionario per l'indagine qualitativa è stato predisposto ed somministrato ed è stata fatta la valutazione dei singoli item.

Di seguito si presenta un prospetto riassuntivo dello stato di attuazione dei vari ambiti, in parte già presentata nel corso degli eventi formativi svoltisi il 16 dicembre 2017 e il 20 gennaio 2018 presso il Centro Congressi Interbrennero.

LEGENDA:**Indicatore dati 2016**

Popolazione di riferimento: numero parti 2016 da donne residenti nel territorio di riferimento da rapporto natalità Servizio Epidemiologico.

% di reclutamento: numero colloqui (dato rilevato da Qlik) effettuati in relazione alla popolazione di riferimento.

Indicatore dati 2017

Popolazione di riferimento: numero parti 2016 (rapporto servizio epidemiologico) dedotto il 3% (denatalità stimata su 2017)

% di reclutamento: Numero primi colloqui (dato rilevato da Qlik) effettuati in relazione alla popolazione di riferimento.

Numero primi colloqui (dato rilevato da Qlik) effettuati in relazione alla popolazione di riferimento

	Da 1/1/2016 al 31/12/2016	Da 1/1/2017 al 31/12/2017
Distretto centro sud (Vallagarina)		
Popolazione di riferimento	786	763
Numero primi colloqui	123	280
Numero visite in amb ostetrica	215	701
Percentuale di reclutamento	15,6%	36,7%
Distretto EST		
Popolazione di riferimento	926	899
Numero primi colloqui	730	725
Numero visite in amb ostetrica	2048	3534
Percentuale di reclutamento	78,8%	80,6
Distretto centro nord		
Popolazione di riferimento	1051	1020
Numero primi colloqui	314	403
Numero visite in amb ostetrica	1060	1351
Percentuale di reclutamento	29,8%	39,5%
Territorio Giudicarie		
Popolazione di riferimento	287	279
Numero primi colloqui	158	186
Numero visite in amb ostetrica	816	964
Percentuale di reclutamento	61,4 %	66,6 %
Territorio Garda e Ledro		
Popolazione di riferimento	403	391
Numero primi colloqui	159	274
Numero visite in amb ostetrica	525	1250
Percentuale di reclutamento	39,4 %	70 %
Distretto ovest		
Popolazione di riferimento	848	823
Numero primi colloqui	0	11
Numero visite in amb ostetrica	0	0
Percentuale di reclutamento	Servizio non ancora attivato	1,5% Servizio attivato dal 15 dicembre

NOTE:

Rispetto alla percentuale del 2016 va considerato che nel dato fornito per il 2017 non sono conteggiate le donne ancora in carico dall'anno precedente che possono aver partorito entro giugno 2017 e per questo il dato è calcolato per difetto. Sono disponibili i dati relativi al Riepilogo delle chiamate in elisoccorso/ambulanza con ostetrica per emergenze/urgenze in gravidanza/parto.

2.C.2 – Ospedali e Comunità Amici dei Bambini

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato provinciale le attività sono state volte a:

1. mantenere gli standard d'assistenza BFH conformi per la Ricertificazione "Ospedale Amico dei Bambini" presso l'Ospedale S. Chiara di Trento;
2. predisporre gli elementi preliminari per la Valutazione di Fase 1 del percorso di riconoscimento "Ospedali e Comunità Amici dei Bambini" presso gli ospedali di Rovereto, Cles e Cavalese e tutti gli ambiti territoriali della Provincia.

Con riferimento al punto 1, il **gruppo di lavoro BFH presso l'Ospedale S. Chiara di Trento** ha provveduto all'aggiornamento delle procedure e dei protocolli previsti riunendosi periodicamente per un controllo e per il coordinamento continuo delle attività.

Il 4 e 5 luglio i tutor di UNICEF con i referenti del gruppo di lavoro locale hanno effettuato la visita di sostegno preliminare alla richiesta di ricertificazione. Nella visita sono stati verificati i documenti ed i materiali, realizzati incontri ed osservazioni all'interno dei reparti, condotti colloqui con i Direttori di U.O. e Responsabili del progetto ed intervistate mamme e donne in gravidanza.

In riscontro alla visita di sostegno, a settembre UNICEF ha inviato ad APSS il report che evidenziava:

- Standard d'assistenza conformi agli standard per 10 Passi su 12 (alcune criticità passo 5 e 8 – Aiuto pratico e Allattamento a richiesta);
- Tassi di formazione degli operatori dedicati, coinvolti ed informati: conformi (>80% e 100%), in recupero per UO di Pediatria;
- Tassi di allattamento esclusivo: in recupero (73,7%).

In riscontro al report, il gruppo di lavoro del S. Chiara ha realizzato le azioni di recupero previste per il rinforzo delle conoscenze e delle competenze interne ai reparti con successive interviste agli operatori, alle mamme e alle donne in gravidanza per verificare l'esito delle azioni di rinforzo messe in campo.

Riscontrato il recupero delle non conformità e dei tassi di allattamento, è stata inviata ad UNICEF la richiesta di Ricertificazione dell'Ospedale S. Chiara "Amico dei Bambini" ed è stata programmata la visita di Rivalutazione per i giorni 29 e 30 novembre e 1 dicembre 2017.

Con riferimento al punto 2, ai fini della predisposizione degli elementi preliminari per la Valutazione di Fase 1 del percorso di accreditamento BFHC per gli ospedali con punto nascita (Rovereto, Cles e Cavalese) e per tutti gli ambiti territoriali della Provincia (4 ex Distretti territoriali), è stato avviato un **progetto specifico "Baby Friendly Hospital & Community"** unico a livello provinciale, che ha visto coinvolti tutti i gruppi di lavoro locali delle strutture e del territorio nella definizione delle linee guida, dei protocolli e delle procedure a valenza aziendale.

Il progetto ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro - integrati ospedale-territorio e costituiti dai referenti dei singoli "passi" di struttura - dedicati alla definizione degli elementi preliminari alla Valutazione di Fase 1 e che hanno prodotto:

- la politica, le procedure ed i protocolli aziendali per l'allattamento e l'alimentazione infantile,
- il Piano della formazione degli operatori,
- le informazioni rivolte alle donne in gravidanza e alle madri,
- il protocollo di rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno,
- il monitoraggio dei tassi di allattamento.

Sono state inoltre definite, impostate ed erogate le sessioni formative previste per il raggiungimento del target del 30% degli operatori dedicati (corso 20 ore) ed impostato il monitoraggio dei tassi di formazione degli operatori dedicati, coinvolti e informati a livello di U.O., struttura (ospedaliera e territoriale) nonché a livello aziendale, utile per le prossime fasi del percorso di accreditamento.

RISULTATI RAGGIUNTI

Ricertificazione S. Chiara "Amico dei Bambini":

- la visita di Rivalutazione "Ospedale Amico dei Bambini" è stata realizzata dai valutatori UNICEF nei giorni 29 e 30 novembre e 1 dicembre 2017. Un primo riscontro informale del superamento del percorso di certificazione è stato anticipato ai professionisti coinvolti nel progetto a conclusione della visita.
- La qualifica/riconferma di "Ospedale amico dei bambini" è stata formalizzata il 17 marzo 2018 con la consegna da parte di UNICEF della Pergamena che sancisce il pieno raggiungimento dei requisiti BFH prescritti da UNICEF e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Progetto "Baby Friendly Hospital & Community" (BFHC) unico a livello provinciale:

- aggiornata la documentazione di progetto;
- definiti politica, procedure e protocolli aziendali per l'allattamento e l'alimentazione infantile,
- definito Piano della formazione degli operatori,
- prodotte informazioni rivolte alle donne in gravidanza e alle madri,
- redatto protocollo di rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno,
- effettuato monitoraggio dei tassi di allattamento (raccolta dati in corso),
- effettuate le attività di formazione degli operatori dedicati con raggiungimento dei target di formazione previsti e di seguito riepilogati:

Struttura	Operatori dedicati formati	% su totale
H Rovereto	48/113	(42,4%)
H Cavalese	7/15	(46,7%)
H Cles	10/28	(36%)
H S. Chiara	216/240	(90%)
Ambito centro nord	28/45	(62,2%)
Ambito centro sud	15/53	(42,9%)
Ambito est	20/38	(52,6%)
Ambito ovest	4/8	(50%)

dati dicembre 2017

- Constatata con UNICEF la maturità dei documenti prodotti, è stata realizzata il 4 e 5 dicembre 2017 la visita di sostegno alle strutture di Rovereto, Cles e Cavalese e ai servizi del territorio (consultori) - preliminare alla Valutazione di Fase 1.
- Attestato il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle linee guida di preparazione alla valutazione di Fase 1, il Direttore Generale ha inviato formale richiesta di Visita di Valutazione che si è tenuta nei giorni 15-16-17 marzo 2018 con il superamento positivo della stessa.

OBIETTIVO 2.D – PROMOZIONE SANI STILI DI VITA

2.D.1 – Nuove tecnologie sul luogo di lavoro per la promozione di stili di vita sani

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato provinciale, d'intesa con la PAT ed in stretta sinergia con FBK, è stato avviato anche in APSS il progetto di Promozione di stili di vita sani sul luogo di lavoro attraverso nuove tecnologie. In particolare:

- nei mesi di luglio ed agosto 2017 è stato realizzato con i ricercatori dell'area ad alto impatto Health and Well-being di FBK uno studio di fattibilità, condotto secondo i principi dell'analisi organizzativa al fine di:
 - o ricostruire le rappresentazioni di dipendenti e dirigenti dell'APSS, facendo emergere gli atteggiamenti e le opinioni che potrebbero ostacolare o facilitare la buona riuscita del progetto;
 - o ridefinire parzialmente il design dell'intervento, ritarandolo sulla base delle specificità delle nuove organizzazioni coinvolte.

A partire dall'analisi prodotta è stato svolto un parziale re-design del progetto d'intervento adattandolo alle esigenze specifiche di APSS.

- sono state definite le modalità di presa in carico delle persone a rischio da parte del Medico Competente e dei Counsellor aziendali e sono stati definiti i rispettivi termini di collaborazione;
- è stata messa a disposizione da parte di FBK e dei Sistemi Informativi aziendali la piattaforma informatica per la somministrazione del questionario di Hazard Assessment per l'individuazione delle persone potenzialmente a rischio.

RELAZIONE CONCLUSIVA

L'ambito d'intervento in APSS è stato dimensionato su una popolazione di 200 dipendenti afferenti all'area amministrativa e tecnica: il reclutamento è stato avviato il 23 ottobre, contestualmente alla messa a disposizione da parte di FBK della piattaforma, con la comunicazione di Username e Password per l'accesso al questionario di Hazard Assessment presente sulla piattaforma TreC di valutazione del potenziale rischio cardiovascolare e/o diabetico.

Ai dipendenti che saranno reputati a rischio, in un numero massimo di 20, sarà proposto un percorso dedicato che prevede due visite del Medico Competente, esami del sangue ed elettrocardiogramma, tre colloqui con un counsellor esperto per ricevere supporto motivazionale, l'uso continuativo dell'APP Key to Health di FBK, l'utilizzo di un braccialetto contapassi per il monitoraggio dell'attività fisica. Resta inteso che la partecipazione all'iniziativa è stata resa volontaria e che l'interessato, in ogni momento, sarà libero di decidere se proseguire nel percorso intrapreso o se, nel caso cambiasse idea, ritirarsi dal progetto. I dipendenti hanno avuto tempo entro il 20 novembre per completare il questionario e concludere la procedura informatizzata.

Il progetto Key to Health prevede una fase di riduzione del rischio che in APSS è in corso nel primo semestre 2018. In questa fase tutti i dipendenti che lo vorranno potranno disporre di una versione rivista di TreCLifeStyle) e di alcuni interventi formativi e informativi (es. incontri con esperti di alimentazione e attività fisica). Inoltre, i dipendenti ritenuti maggiormente a rischio saranno indirizzati dal medico competente nel percorso "prevention" (due visite di approfondimento e alcuni incontri faccia a faccia con personale APSS che erogheranno un servizio di counselling).

PRIMI RISULTATI

Il questionario è stato inviato a n. 293 dipendenti e n. 58 (circa il 20% dei soggetti coinvolti) hanno partecipato all'iniziativa, compilandolo. Venticinque dipendenti hanno chiesto la valutazione al Medico competente del potenziale rischio cardiovascolare e/o diabetico. Sette soggetti, reputati maggiormente a rischio, hanno accettato di seguire il percorso dedicato "prevention". Sono stati previsti due appositi progetti sul fondo priorità direzionali/aziendali per le attività previste dall'iniziativa.

2.D.2 - Protocolli operativi Counselling specifico

ATTIVITÀ SVOLTE

Al fine di predisporre un protocollo operativo per l'introduzione sistematica e standardizzata del counselling specifico su alimentazione, attività fisica, fumo di sigaretta e consumo di alcol rivolto a persone ricoverate con particolare attenzione alle diagnosi di carcinoma della mammella, carcinoma del colon-retto, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e diabete o altre patologie ritenute sensibili agli stili di vita nel corso del 2017 si è provveduto alla:

1. realizzazione di un'analisi sistematica della letteratura scientifica finalizzata alla sintesi di:
 - o prove di efficacia di interventi di clinical health promotion (CHP) in setting assistenziale;
 - o livelli di esposizione a fattori di rischio in persone con diagnosi di malattia cronica non trasmissibile (MCNT);
2. valutazione del contesto Provincia Autonoma di Trento (PAT) relativa a:
 - o profilo demografico PAT;
 - o frequenza MCNT in PAT;
3. Valutazione del contesto APSS, finalizzata ad acquisire il censimento delle iniziative, pregresse o attive;
4. Valutazione di fabbisogno formativo per personale APSS, eventuale fabbisogno formativo per personale convenzionato, flussi informativi su avvio e conduzione percorsi CHP.

RELAZIONE CONCLUSIVA

In accordo con il Dipartimento Salute e solidarietà sociale, l'attività è stata orientata alla produzione di uno studio di fattibilità per valutare l'introduzione di percorsi di clinical health promotion nei confronti di gruppi selezionati di pazienti ricoverati.

Nella realtà corrente dell'APSS di Trento sono già esistenti e operanti le strutture e i professionisti che erogano le prestazioni che potrebbero comporre il processo dello scenario sopra descritto. Tuttavia, anche in realtà sanitarie evolute e attente alla promozione della salute, esistono ospedali e unità operative che non attribuiscono la giusta attenzione ai percorsi di promozione: infatti ancora oggi, come testimoniano i sistemi di sorveglianza (PASSI), a troppo pochi pazienti viene consigliata la possibilità di accedere ad attività per migliorare il proprio stile di vita, anche in relazione al loro trattamento.

Nel contesto dell'APSS di Trento, anche limitatamente alle procedure con evidenze di letteratura secondaria, l'introduzione di percorsi più o meno strutturati di clinical health promotion sembra essere difficilmente sostenibile alla luce dei costi variabili "sorgenti" sui volumi di attività legati all'integrazione di CHP ai percorsi di diagnosi e cura.

L'attuazione del counselling è consigliabile in seguito ad una preliminare sperimentazione di modelli di clinical health promotion, a media e/o bassa intensità sulla presa in carico della persona che, esposta a fattori di rischio, si dichiara disponibile ad intraprendere percorsi di miglioramento del proprio stile di vita.

Una sperimentazione realisticamente concretizzabile potrebbe realizzarsi nelle UU.OO Chirurgiche e nella rete di Breast Unit che si occupano di percorsi di Fast Track Surgery e Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) con una consulenza ad-hoc in questi momenti delicati della fase di vita delle persone che prendono il nome di Teachable moments (momenti di transizione che avvengono nel corso della vita in corrispondenza di eventi significativi e che possono motivare le persone ad adottare spontaneamente comportamenti tesi alla rimozione o riduzione dei fattori di rischio presenti). In questo modo si potrebbe testare, in via sperimentale, la capacità del tessuto aziendale di ammortizzare la richiesta di rimozione dei fattori di rischio presenti e impattanti sui Servizi già attivi, ma non adeguati in termini di risorse.

Per ulteriori approfondimenti, si allega la relazione conclusiva all'obiettivo.

AREA DI INTERVENTO N. 3: Strategie e strumenti di sistema per il miglioramento continuo**OBIETTIVO 3.A - SANITÀ DIGITALE****ATTIVITÀ SVOLTE**

In linea con il mandato dell'obiettivo, le attività realizzate nel corso del 2017 hanno riguardato:

- l'avvio, in collaborazione con FBK, di un progetto pilota per la validazione e messa a servizio del modulo di **telemonitoraggio di pazienti diabetici**, che si è svolto attraverso:
 - o la conduzione da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare di un'analisi di impatto degli aspetti clinico/organizzativi ed economici legati all'introduzione di dispositivi medici per il monitoraggio flash del glucosio nella popolazione diabetica della provincia di Trento in trattamento insulinico intensivo (delibera PAT 340/2017) in tre contesti sperimentali (CAD Trento, CAD Rovereto, U.O. Pediatria Ospedale Santa Chiara di Trento). Il caso di maggiore successo si è rivelato essere la gestione delle donne diabetiche in gravidanza da parte del CAD di Trento: al termine del trial clinico si è deciso di continuare ad utilizzare il sistema per il trattamento di questo gruppo di pazienti e di rendere il CAD di Trento la sede unica;
 - o l'identificazione e la definizione delle prestazioni di telemedicina e delle relative tariffe da inserire nel catalogo PAT;
 - o l'ingaggio delle associazioni di diabetici per il confronto e la validazione dei risultati intermedi del progetto;
 - o la definizione di un piano per la messa in produzione del sistema (aspetti tecnologici legati alla sicurezza, sviluppo e manutenzione dell'app ecc.) A riguardo si sottolinea che il modulo TreC_Diabete è stato riprogettato, trasformando la "app nativa" in una "web app" connessa ad una versione della componente di backend della piattaforma che genera i contenuti e gestisce le interazioni con l'utente per il supporto all'auto-gestione del diabete, seguendo un approccio proattivo.
- **l'implementazione di azioni di promozione del servizio TreC** al fine di aumentarne il numero di cittadini iscritti, almeno fino a 100.000. Nell'ambito dell'obiettivo sono state considerate diverse leve da attuare per incrementare il numero di cittadini iscritti a TreC, fra cui:
 - o individuare e estendere a nuovi punti/sportelli la funzione di attivazione della tessera sanitaria. Fra questi: gli sportelli APSS di accettazione degli esami di laboratorio (soprattutto per la riattivazione delle tessere in scadenza), i Centri di Assistenza Fiscale (CAF) e Patronati che intercettano un numero considerevole di cittadini per motivi di carattere fiscale (dichiarazione redditi, ICEF, ecc.); i professionisti sanitari pubblici e privati per la certificazione di idoneità sportiva (circa 25.000/anno);
 - o sensibilizzare l'iscrizione al sistema attraverso campagne informative rivolte alle varie associazioni di volontariato (es. AVIS 18.000) o associazioni di pazienti cronici (es. le esenzioni per diabete sono circa 20.300);
 - o estendere la platea degli iscritti TreC sensibilizzando i dipendenti pubblici al fine di reclutare a TreC i dipendenti della PA trentina es. APSS (6.000), PAT (7.000), scuole (6.000), comuni (5.000), RSA (4.500).
- messa a regime della **prescrizione dematerializzata di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale**. In tale ambito risultano:
 - o attivati i sistemi software dei professionisti prescrittori per la gestione della ricetta specialistica dematerializzata e per le accettazioni ed erogazioni delle prestazioni di laboratorio (sistemi, web services, integrazioni ecc.);
 - o attivati i primi gruppi di utilizzatori (una trentina di MMG abilitati e le ostetriche dei percorsi nascita);
 - o conclusa la fase di consolidamento del catalogo prescrittivo che è stato applicato nel Sistema Informativo Ospedaliero ed inviato alle SW House di cartella clinica (MMG/PLS);

- o sviluppato il gestionale a supporto Servizi/Ambulatori esterni (Lab. Adige e Druso);
- o attivati il sistema di prenotazione online con app e il sistema di prenotazione online del prelievo di Laboratorio via sito APSS e via Telegram.

RISULTATI RAGGIUNTI

TreC diabete: il progetto per la validazione e messa a servizio del modulo TreC Diabete è attivo ed ha prodotto i *deliverable* di progetto previsti (analisi di impatto e definizione delle prestazioni di telemedicina da inserire a catalogo). La disponibilità e le tempistiche per la messa in produzione dell'app e del nuovo sistema di monitoraggio con integrazione delle comunicazioni dai dispositivi mobili dei pazienti diabetici potranno essere perfezionate verso la metà del 2018 (FBK), implementando gli automatismi dello scarico dei dati glicemici da glucometro e sensore per il glucosio verso la piattaforma TreC. E' stata studiata la possibilità di estendere il modello di monitoraggio riservato alle pazienti diabetiche in gravidanza a tutti i pazienti affetti da diabete tipo I attualmente seguiti dal CAD Trento (circa 750): i risultati preliminari indicano che l'estensione del modello non sarebbe sostenibile da un punto di vista gestionale- organizzativo, salvo realizzare uno strumento dotato di maggiore capacità di sostituzione del lavoro umano e di adottare un nuovo modello organizzativo di gestione; la valutazione d'impatto definitiva è in corso di finalizzazione.

Utenti TreC: le azioni di ingaggio sono state contestualizzate, analizzate e dimensionate con i diversi stakeholder e le diverse azioni sono in corso di attuazione. I risultati delle campagne di sensibilizzazione avviate nell'ultima parte del 2017 saranno verosimilmente apprezzabili nel 2018. Gli utenti TreC a fine 2017 hanno raggiunto la quota di 80.609 iscritti. Sempre a fine 2017 si rilevano circa 83.000 tessere attive in PAT: l'indice di attivazione più alto delle regioni/province italiane.

La direzione da seguire è quella di semplificare i meccanismi di accesso a TreC superando la dipendenza dai lettori della tessera sanitaria attraverso meccanismi come SPID o la security card e implementare degli automatismi di riattivo semiautomatico per cittadini già in possesso di TEAM attiva e poi disattivata a seguito di riammissione per scadenza della nuova tessera sanitaria.

Una strada intrapresa per semplificare i meccanismi di accesso è stata quella di sviluppare una nuova app OTP/PAT, di cui sono state già concluse le analisi di fattibilità preliminari. Questa procedura si configura come una possibile alternativa all'utilizzo della CPS e consiste in una nuova procedura di attivazione basata sull'utilizzo di due QR code che vengono forniti all'utente, dopo il riconoscimento de visu presso uno sportello abilitato. Si prevede che i nuovi meccanismi di autenticazione degli assistiti via SPID o dispositivi mobili tipo smartphone potranno essere utilizzabili su larga scala solo nel corso del 2018, così come le nuove funzionalità TreC per pazienti con cronicità, ad esempio diabetici.

Dematerializzata specialistica: Dal lato APSS, l'infrastruttura tecnologica ed i relativi servizi per la gestione delle ricette di specialistica dematerializzata sono attivi. Il 15 novembre (nota del Dipartimento Salute e solidarietà sociale n. prot. D337/2017/610186 del 8/11/2017) i servizi sono stati messi in produzione – per un gruppo di una trentina di MMG pilota e per le ostetriche dei percorsi nascita – per il graduale avvio del processo di dematerializzazione delle prescrizioni di laboratorio (alcune centinaia di prescrizioni dematerializzate al giorno nel periodo di avvio controllato, con una previsione di circa 10.000/12.000 a regime). Le ricette dematerializzate delle prestazioni specialistiche di laboratorio fatte nel 2017, in un mese e mezzo dall'avvio, sono state oltre 34.000. L'estensione della dematerializzata specialistica alle altre prestazioni è legata all'omogeneizzazione dei percorsi degli utenti e dei processi organizzativi di accettazione (es. radiologia) e all'aggiornamento dei sistemi di accettazione/integrazione con i sistemi di cassa affidati a fornitori terzi.

Oltre a questo aspetto si evidenziano i risultati raggiunti con il sistema di prenotazione online via app e con il sistema di prenotazione online del prelievo di Laboratorio via sito APSS e via Telegram (entrato a regime nel 2017): nei 9 punti prelievo dotati di gestione automatizzata e taglia code si è raggiunto un tempo medio di gestione dell'accesso del cittadino di 5.41 minuti rispetto ai 33.03 minuti dei meccanismi tradizionali di accettazione e prelievo.

OBIETTIVO 3.B – PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

3.B.1: Verifica e monitoraggio della qualità delle codifiche e utilizzo degli indicatori del programma nazionale esiti per il miglioramento continuo

Finalità dell'obiettivo è stato quello di promozione di attività strutturate e documentate di verifica, monitoraggio e miglioramento della qualità delle codifiche riportate nelle schede di dimissione ospedaliera e delle registrazioni nella cartella clinica correlate agli indicatori monitorati dal Programma Nazionale Esiti (PNE), con particolare e prioritario riferimento all'area clinica "Cardiovascolare" (PNE Edizione 2016).

ATTIVITÀ SVOLTE

Il piano di intervento messo in atto per il raggiungimento dell'obiettivo ha previsto specifiche attività formative, di controllo delle SDO e della documentazione clinica, di supporto tecnico/consulenza ai medici codificatori dei reparti ospedalieri, di aggiornamento/perfezionamento delle Linee Guida aziendali per la codifica SDO, di monitoraggio di SDO correlate agli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) al fine di:

- aumentare il coinvolgimento e la corresponsabilizzare dei medici ospedalieri nelle attività di codifica;
- migliorare la codifica SDO e la qualità della documentazione clinica;
- introdurre e facilitare l'adozione della nuova SDO modello 2017 (Ministero Salute, Decreto 7 dic. 2016 n. 261);
- adottare le nuove linee guida ministeriali in tema di Infarto Miocardico Acuto (Ministero Salute, ott. 2016);
- integrare i software di ausilio alla codifica fra SDO e SIO;
- produrre dati il più possibile coerenti ed allineati su cui basare la valutazione degli esiti delle cure, della "produzione" ospedaliera, del quadro epidemiologico di popolazione.

Nello specifico gli interventi hanno riguardato:

1. il completamento di una prima fase dei corsi formativi SDO rivolti ai medici di tutti i reparti degli ospedali APSS (complessivamente n. 60 corsi di 2 sessioni di 3 ore ciascuno, spalmati su un arco di 2 anni, ECM, di cui 12 nel 2017);
2. l'aggiornamento (a livello centrale) delle nuove linee guida ministeriali inerenti a IMA, rivolto a Direttori e referenti clinici dei reparti di cardiologia, medicina, geriatria, cardiocirurgia dell'APSS (verrà formulata proposta progettuale e richiesto accreditamento ECM);
3. l'adeguamento del SIO e dei software correlati, per l'implementazione della nuova SDO;
4. l'adozione della nuova SDO, modello 2017 e relativo corso per i referenti clinici SDO e i direttori delle UU.OO. (ECM);
5. il controllo (da parte del nucleo centrale SDO e dei medici di reparto) delle SDO secondo i seguenti criteri: SDO a rischio di inappropriatezza, SDO rientranti nei criteri di controllo stabiliti dal Ministero o dalla PAT, SDO con "Edit" di codifica incongrua rilevati dal software Data Quality Editor;
6. il monitoraggio/audit delle SDO indicate dall'Assessorato alla Salute, correlate agli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esiti, con particolare e prioritario riferimento all'area cardiovascolare (IMA, cod. 410._.);
7. il completamento e la pubblicazione delle nuove Linee Guida aziendali per la codifica SDO;
8. la verifica della fattibilità ed organizzazione di un momento formativo a livello centrale rivolto alle strutture private, per la corretta codifica della SDO, in particolare in relazione alle nuove specifiche ministeriali;
9. il perfezionamento dell'interfacciamento fra il SIO e i software di ausilio alla codifica (Data Quality Editor, CodeFinder, APR).

RELAZIONE CONCLUSIVA

I principali risultati raggiunti nel corso del 2017 sono stati:

1. la realizzazione dei 12 corsi formativi SDO previsti che hanno concluso il progetto ECM di durata biennale nei reparti. Complessivamente sono stati formati n. 331 medici (di cui 47 Direttori di U.O. e 61 referenti clinici SDO) e 91 operatori fra caposala e collaboratori delle segreterie dei reparti. Il programma dei corsi comprendeva indicazioni generali, specifiche di codifica della SDO ed aspetti relativi alla compilazione della cartella clinica;
2. la formazione inerente agli argomenti "IMA" (nuove LG ministeriali di ott. 2016) e "scompenso cardiaco" (argomento sollecitato dall'Assessorato alla Salute della PAT). Questa parte è stata affrontata in ciascuna delle 5 edizioni del corso formativo sulla nuova SDO, tenute tra la fine di giugno e l'inizio di luglio 2017 presso il Servizio Formazione dell'APSS. In tale occasione sono state illustrate anche le recenti indicazioni di codifica in tema di "BPCO" (PNE) e di "Sepsi". Questo momento formativo costituisce un'attività sistematica/strutturata che prevede annualmente 4 edizioni in 2 giorni, rivolte ai Direttori e ai referenti SDO, in tema di qualità della codifica e della documentazione clinica (analisi dei dati SDO prodotti l'anno precedente, aggiornamenti e affinamenti della codifica, aggiornamenti della SDO, valutazione della produzione ospedaliera, ecc.).
3. l'adattamento del SIO e dei software correlati alle specifiche funzionali indicate dal DM 261/2016 (nuova SDO, modello 2017);
4. l'entrata in vigore della nuova SDO a partire da lunedì 2 luglio 2017, ma con decorrenza retroattiva, a partire dal 1° gennaio 2017, come da direttiva ministeriale. Le SDO del 1° semestre 2017 sono state, quindi, riaperte per poter essere integrate con i nuovi dati richiesti. I corsi di aggiornamento sono stati 5, effettuati fra la fine di giugno e gli inizi di luglio 2017, per poter soddisfare le richieste in eccesso, incluse quelle delle strutture private (partecipanti: n. 27 Direttori di U.O.; n. 61 referenti clinici SDO di reparto; n. 26 medici codificatori dei reparti; n. 6 medici delle Direzioni mediche degli ospedali; n. 1 medico dell'Assessorato alla Salute; n. 1 funzionario statistico; n. 4 collaboratori amministrativi; n. 5 direttori medici o amministrativi delle strutture sanitarie private accreditate - Eremo, Villa Regina, S. Pancrazio). Le modifiche introdotte dal Ministero della Salute rispetto all'impianto precedente della SDO riguardano sia le modalità e le caratteristiche di invio del flusso SDO, sia le informazioni da raccogliere nella SDO. Tutte le SDO del 2017 sono state compilate o perfezionate secondo le variabili previste dalle "Specifiche Funzionali" del Decreto M. n. 261/2016. A partire dal mese di luglio 2017, tutte le UU.OO. aziendali hanno quindi fatto uno sforzo davvero notevole per adeguare le variabili e le informazioni da inserire nella SDO. Agli inizi di ottobre e nelle settimane successive è ripreso (dopo l'interruzione che ha avuto luogo da aprile in poi, in attesa della predisposizione nel SIO della nuova SDO) l'invio del flusso dati SDO dalla PAT al Ministero.

Per ulteriori approfondimenti, si allega la relazione conclusiva, già inoltrata al Dipartimento Salute e Solidarietà sociale in data 02/02/2018 con nota protocollo n. 19294.

3.B.2: Proporzione di trattati con angioplastica coronarica percutanea entro 2 giorni dall'ammissione per infarto miocardico acuto

ATTIVITÀ SVOLTE

Lo sviluppo dell'obiettivo è stato incentrato nella diffusione ed applicazione dei protocolli STEMI NSTEMI, nell'esecuzione di coronarografia e angioplastica entro tempi indicati dai protocolli e nel re-invio puntuale alla Struttura di competenza.

I protocolli sono ampiamente conosciuti nei centri Spoke (grazie a percorsi formativi e di aggiornamento effettuati nel corso degli anni) e sono applicati molto strettamente per lo STEMI e in una discreta percentuale per i NSTEMI (soprattutto quelli ad alto rischio). I pazienti che sono riferiti a Trento vengono inviati in più dell'80% dei casi nei tempi indicati. Per gli STEMI i tempi sono sempre rispettati. Per i NSTEMI, i pazienti che non vengono inviati nei tempi adeguati hanno non di rado una giustificazione clinica (rischio troppo elevato o comorbidità). Vi è una discreta percentuale (> 50%) di pazienti re- inviati in tempi brevi alla Struttura di competenza.

RELAZIONE CONCLUSIVA

In riferimento all'indicatore del PNE relativo all'effettuazione della PTCA entro 2 gg., l'analisi dei dati e il confronto sia con l'U.O. di Cardiologia di Trento sia con l'U.O. di Cardiologia di Rovereto ha consentito di identificare alcune problematiche e criticità e di indicare i possibili percorsi per il miglioramento dell'indicatore, concordati con il referente PAT dell'obiettivo, riepilogate in quanto segue.

1) INDICAZIONI CLINICHE E DI CODIFICA

I reparti di medicina e quelli di geriatria talvolta diagnosticano e codificano con eccesso di zelo la condizione di infarto miocardico acuto (cod. 410._ _), anche quando non siano presenti i vari elementi clinici e strumentali così come indicati nelle linee guida ministeriali di ottobre 2016. Sono casi che non giungono all'osservazione dei centri hub per l'eventuale esecuzione di PTCA perché, verosimilmente, non si tratta di effettivi casi di infarto miocardico acuto da classificare con un codice 410._ _ . Si rende pertanto necessario illustrare ai clinici, nuovamente, con la necessaria completezza i parametri da soddisfare per porre una corretta diagnosi di infarto. Altrimenti, accanto ai casi con rischio troppo elevato o comorbidità che controindicano l'esecuzione della PTCA, vi saranno anche casi con diagnosi inesatta che vanno ad alimentare erroneamente il denominatore dell'indicatore. Ciò determina una sovrastima dell'incidenza di tale patologia in quanto non si tratterebbe di casi di infarto e, pertanto, non soggetti ad esecuzione di PTCA. Questo porta quindi, inevitabilmente, al peggioramento dell'indicatore.

A seguito di una corretta definizione diagnostica dovrà seguire anche un'appropriata codifica della SDO, che sarà nuovamente illustrata.

Allo scopo di fornire le necessarie indicazioni per una corretta diagnosi e codifica, il Servizio Ospedaliero Provinciale ha organizzato uno specifico incontro nel mese di febbraio 2018 rivolto ai referenti SDO e ai primari dei reparti di cardiologia, di medicina e di geriatria degli ospedali APSS. La partecipazione a tale incontro dei Direttori delle UU.OO. è fondamentale per assicurare che l'informazione (clinica e di codifica) possa giungere con la necessaria autorevolezza a tutti i rispettivi collaboratori medici. A seguito dell'incontro è stato fornito il necessario supporto a tutti i reparti coinvolti, affinché vengano verificate ed eventualmente riclassificate e/o perfezionate le SDO del 2017 con codifica 410._ _ , in modo da poterle trasmettere nuovamente al Ministero della Salute entro il 31 marzo p.v. come previsto dalla normativa SDO. Dopo tale scadenza i dati delle SDO risulteranno praticamente validati e verranno utilizzati da Agenas per stilare il Rapporto SDO 2017.

2) REINGEGNERIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI NEGLI OSPEDALI DI VALLE

Per quanto riguarda l'esecuzione della PTCA negli infarti STEMI e nei N-STEMI a rischio molto elevato o elevato, non c'è discussione: presso il centro hub di Trento essi vengono soddisfatti in maniera appropriata con la massima tempestività.

Per poter migliorare la propria offerta, cioè la disponibilità all'effettuazione tempestiva della PTCA anche negli altri casi di infarto N-STEMI a rischio intermedio riferiti dagli ospedali di valle per tale trattamento, la cardiologia di Trento ha bisogno della disponibilità di posti letto. Il centro opera come centro hub di riferimento per la provincia di Trento e come reparto "normale" per la popolazione della propria zona. Ciò determina un altissimo tasso di occupazione dei 24 posti letto ordinari: praticamente tutti i letti sono costantemente occupati (da pazienti della propria zona e dai casi riferiti dalla periferia). Per liberare i letti dopo PTCA è, quindi, necessario, poter trasferire il paziente all'ospedale di riferimento non appena le condizioni lo consentano. Attualmente il paziente può essere trasferito nuovamente all'ospedale di riferimento solo quando il reparto di destinazione fornisce comunicazione della disponibilità del posto letto, ritardando in tal modo anche di diversi giorni, frequentemente, la dimissione dal centro hub. La disponibilità del posto letto per il trasferimento del paziente dalla cardiologia all'ospedale di provenienza dopo PTCA dovrebbe, invece, essere assicurata in ogni momento per consentire al centro hub di Trento di operare con la massima efficienza. I reparti di medicina degli ospedali di valle (e le rispettive Direzioni sanitarie) dovrebbero, pertanto, definire dei modelli organizzativi che consentano di offrire prontamente la disponibilità del posto letto per pazienti post-PTCA (letti in appoggio, letti tecnici, dimissioni precoci e protette, ...), non appena vi sia la richiesta di trasferimento dalla cardiologia del S. Chiara.

3) REINGEGNERIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DELLA CARDIOLOGIA DI ROVERETO

Il protocollo aziendale APSS, predisposto secondo le indicazioni fornite dalle società scientifiche internazionali, prevede per gli infarti N-Stemi a rischio intermedio l'eventuale esecuzione della PTCA entro 72 ore. A Rovereto, per soddisfare tale requisito del protocollo, il reparto di cardiologia è organizzato per effettuare le PTCA nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì. Il PNE considera, invece, ottimale l'esecuzione della PTCA entro 2 giorni. Per soddisfare le esigenze del PNE, 3 giorni a settimana di disponibilità all'effettuazione della PTCA non sono sufficienti per conseguire l'obiettivo. Si possono, quindi, prospettare 2 opzioni organizzative, che saranno vagliate dalla Direzione del Servizio Ospedaliero Provinciale:

- a) aumentare la disponibilità del centro all'effettuazione di PTCA tutti i giorni lavorativi. I casi che si presentino nei fine settimana o in caso di festività infrasettimanali, per i quali non sarà possibile l'effettuazione della PTCA entro 2 giorni, potranno essere inviati al centro hub di Trento;
- b) nel caso di mantenimento dell'operatività su 3 giorni, i casi che non potessero essere effettuati entro 2 giorni potranno essere inviati tempestivamente all'hub cardiologico di Trento.

3.B.3: Soglie di attività e mandati in ambito chirurgico

ATTIVITÀ SVOLTE

Lo sviluppo dell'obiettivo è stato incentrato nella messa a regime del sistema delle soglie minime di attività per struttura e dei mandati per le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate (delibera G.P. 214/2017) e nel mantenimento/sviluppo delle competenze chirurgiche dei singoli professionisti anche attraverso il coordinamento e il monitoraggio di sedute operatorie presso altre strutture.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Per la chirurgia oncologica la casistica viene gestita sostanzialmente negli ospedali hub di Trento, Rovereto e Cles. I mandati su CR pancreas, stomaco e polmone vanno rivisti alla luce della limitata casistica osservata. Per la chirurgia non oncologica, prosegue lo sforzo di trasferire la casistica negli ospedali di valle.

Con riferimento alla chirurgia oncologica, l'attività si è concentrata prevalentemente sulle strutture di Trento e Rovereto, come previsto dai mandati. Per quanto riguarda la sede di Cles, il valore soglia non è stato raggiunto in relazione alla consistenza del bacino di riferimento (colon).

Per quanto riguarda la chirurgia non oncologica, i volumi soglia sono stati sostanzialmente rispettati per colecistectomia, flebologia ed ernie. Per quanto riguarda invece la chirurgia proctologica, il dato risente della mancata acquisizione delle apparecchiature ecografiche dedicate (acquisite a fine 2017). Considerata la distribuzione degli interventi di colecistectomia, sarà rivalutato nel corso del 2018 il mandato in questo specifico ambito delle strutture di Tione, Arco e Borgo,

OBIETTIVO 3.C – MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE

ATTIVITÀ SVOLTE

In linea con il mandato dell'obiettivo ed alle successive comunicazioni intercorse con l'Assessorato (rif. prot. S128/263501), a partire dagli schemi di riferimento tipo degli accordi di mobilità fra regioni e dopo aver esaminato i dati della mobilità attiva e passiva dell'anno 2016, APSS ha analizzato e predisposto delle proposte di accordo di confine sulla base delle quali l'Assessorato potrà avviare le iniziative previste di condivisione politica dei contenuti.

Gli accordi predisposti sono stati differenziati per la Provincia Autonoma di Bolzano, la Regione Veneto e la Regione Lombardia in relazione agli ambiti di collaborazione previsti ed alla definizione quali-quantitativa dei volumi di produzione attesi - in relazione alle singole prestazioni sanitarie oggetto di accordo e dei relativi monitoraggi.

RELAZIONE CONCLUSIVA

Gli accordi predisposti sono stati preventivamente oggetto di confronto in Assessorato e quindi trasmessi al Dipartimento Salute e solidarietà sociale con nota Prot. N. 0143680/2017, ai quali si rimanda per la valutazione dei contenuti.

OBIETTIVO 3.D – PROGRAMMI, SISTEMI, RETI, PERCORSI

ATTIVITÀ SVOLTE

L'obiettivo è stato rivolto all'innovazione e al miglioramento di alcune componenti specifiche (processi e sistemi selezionati) nel contesto della riorganizzazione di APSS avviata nel 2017. Le componenti oggetto di analisi (da qui in poi chiamate "sistemi") sono: il processo di pianificazione e budgeting, impostato per percorsi e programmi di salute, i sistemi informativi orientati a modelli di rete, per la segmentazione della domanda (epidemiologia nominativa) e per la valutazione degli esiti, i processi di gestione della conoscenza ai fini della ricerca e del miglioramento della clinica. Il lavoro di analisi richiesto dal presente obiettivo è collegato alle attività di riorganizzazione di APSS, che ne fornisce il contesto ed insiste sugli stessi ruoli e persone impegnate nella transizione organizzativa. Per questo motivo, in assenza di uno staff dedicato allo sviluppo dell'obiettivo, è stato deciso di minimizzare le attività e gli output di analisi, senza tuttavia tralasciare gli aspetti più importanti di definizione e prima attuazione dei "sistemi" target. Il lavoro è anche collegato agli obiettivi annuali - 1.C Gestione del paziente fragile (per le componenti di epidemiologia nominativa) e 1.F Integrazione ospedale – territorio (per la definizione dei modelli di rete e dei percorsi).

RELAZIONE CONCLUSIVA

I principali risultati raggiunti sono i seguenti:

- identificati, attraverso degli incontri dedicati (Project Work) con la Direzione strategica, gli snodi organizzativi più rilevanti della riorganizzazione di APSS che hanno un impatto sulla definizione dei "sistemi" in ambito (nuove responsabilità delle AOF e delle Aree, piattaforme, nuove interfaccia tra la Linea e le funzioni di supporto tecnico/amministrativo);
- avviati i gruppi di lavoro rivolti alla definizione dei modelli di funzionamento degli elementi e ruoli nuovi o modificati che sono collegati ai "sistemi" in ambito (10 sottogruppi);
- realizzata una piattaforma per la gestione di modelli di sanità connessa e di transizione tra i diversi setting di cura (progetto @home), applicata al momento all'ambito delle cure domiciliari;
- identificate le necessità di revisione del processo di pianificazione in modo da orientarlo maggiormente alla trasversalità e avviato lo sviluppo integrato di 14 Piani di settore comprendenti il Piano dei Sistemi, il Piano della ricerca, il Piano della Qualità e dell'accreditamento, che riguardano alcuni tra i "sistemi" oggetto del presente lavoro.

Per ulteriori approfondimenti, si allega la relazione conclusiva, già inoltrata al Dipartimento Salute e Solidarietà sociale in data 21/03/2018 con nota protocollo n. 46186, secondo le tempistiche concordate con il referente dell'obiettivo.

OBIETTIVO 2017 SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA

ATTIVITÀ SVOLTE

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti per il contenimento dei tempi d'attesa, in continuità anche con quanto già implementato nel 2016, sono stati messi in campo i seguenti interventi:

1. Controllo qualità dei dati per ridurre distorsioni e confondimenti:
 - a) monitoraggio nel periodo estivo (luglio-settembre) da parte del CUP Call Center delle richieste quotidiane, al fine di differenziare le prime visite/prime prestazioni (tramite domande ad hoc poste dagli operatori agli utenti telefonici) in "propriamente dette" e in "visite/prestazioni successive";
 - b) analisi puntuale dei casi prenotati con tempi di attesa molto elevati (cut off = valore obiettivo = 90° percentile) per le prenotazioni senza priorità, al fine di differenziare le prime visite/prime prestazioni (tramite ricerca di prestazioni identiche nei due anni precedenti) in "propriamente dette" e in "visite/prestazioni successive";

Inoltre, a seguito del controllo e della revisione della qualità dei dati, sono state attuate le seguenti revisioni dei criteri di monitoraggio:

- monitoraggio dei tempi di attesa degli utenti che hanno contattato il CUP nel corso del 2017 e non più tempo di attesa degli utenti che eseguono la prestazione nel 2017 (con possibili date di contatto nell'anno precedente). Rimane confermato che viene rilevato il tempo di attesa dell'appuntamento proposto e accettato dall'utente;
 - esclusione delle visite / prestazioni successive alla prima (di controllo o di follow-up) dal monitoraggio dei tempi di attesa, che erroneamente sono tracciate come prime visite / prime prestazioni (tale intervento, come sopra descritto, ha richiesto e sta richiedendo una valutazione tramite informazioni raccolte dagli operatori di Call Center per un trimestre ed un controllo puntuale sulle singole visite/prestazioni prenotate).
2. quale contromisura per migliorare la qualità dei dati di prenotazione è stata valutata la possibilità di tracciare la prenotazione di primi accessi vs accessi successivi attraverso la ricetta SSN dematerializzata, assegnando al prescrittore l'onere di stabilire se trattasi di primo accesso o accesso successivo al primo;
 3. è stato realizzato un indicatore di performance accessibile tramite CUP ONLINE al fine di rendere pubblici tramite web i dati settimanali di tempo di attesa ex ante;
 4. sono state coinvolte le AOF al fine di ottenere una gestione dinamica dell'offerta in base alla fluttuazione settimanale della domanda. Tale gestione è stata attuata con alcune UU.OO.;
 5. sono in corso degli incontri con i medici delle cure primarie sull'appropriatezza prescrittiva di RM muscolo scheletriche (ginocchio) e lombare con presentazione di dati di monitoraggio da parte del Dipartimento di Radiodiagnostica, in modo da diffondere informazioni sull'appropriatezza della domanda delle prestazioni sottoposte a monitoraggio ai Direttori di Dipartimento coinvolti;
 6. sono state incrementate le sedute dedicate agli interventi urologici.
 7. è in corso l'assunzione di specialisti dipendenti (in particolare: cardiologi, dermatologi, oculisti) e sono stati attuati accordi con strutture convenzionate per incrementi mirati di alcune visite / prestazioni a causa della difficoltà nel reperimento di specialisti convenzionati interni).

RELAZIONE CONCLUSIVA

Rispetto agli interventi sopra elencati, di seguito si riportano le principali risultanze emerse.

- Con l'intervento sopra descritto 1.a. è stato rilevato un errore di attribuzione di primi accessi a prestazioni successive, sia con priorità RAO sia senza priorità. La percentuale complessivamente rilevata di prime visite / prime prestazioni "propriamente dette" sul totale di quelle apparentemente tali, è del 81%. Tuttavia alcune visite/prestazioni sono con maggior frequenza "successive": a mero titolo di esempio 252 colonscopie su 850 (30%) sono "successive".

Tale errore può influire sul valore del tempo di attesa, in particolare sul 90° percentile degli utenti prenotati senza alcuna priorità (E-NPR) che risente in modo significativo della coda con i maggiori valori di attesa. A tal fine è stato fatto un confronto, per le visite/prestazioni obiettivo anno 2017, del 90° percentile fra i due gruppi: accessi successivi prenotati come primi ed effettivi primi accessi.

Il 90° percentile degli accessi "successivi" della colonscopia è 236 giorni vs 214 giorni dei "veri" primi accessi; per quanto riguarda il campo visivo è 127 giorni vs 67; l'esame complessivo dell'occhio (visita oculistica) è 187 giorni vs 110; la visita urologica è 140 giorni vs 101; la visita ematologica non ha una numerosità sufficiente per fare un confronto.

Si precisa che i tempi di attesa sopra indicati, fanno riferimento a tutte le visite/prestazioni prenotate e non soltanto ai primi posti liberi accettati dall'utente.

- Con l'intervento sopra descritto 1.b. è stata rilevata la presenza nelle code delle liste di attesa alcune visite/prestazioni, prenotate come primi accessi, con tempi di attesa estremamente elevati (anche oltre i 6 mesi), tali da far ritenere che molto probabilmente vi siano fra essi visite/prestazioni successive. E' stato pertanto fatta un'analisi puntuale sui casi presenti nella coda di attesa, con tempo di attesa oltre il 90° percentile obiettivo di: colonscopia, visita ematologica, visita urologica. A seguito dell'analisi sui singoli casi è emerso che 17 su 31 visite ematologiche erano visite di controllo (successive) e, pertanto, togliendo questi casi dalla popolazione dei prenotati nel corso dell'anno, il 90° percentile è passato da 162 giorni a 74 giorni (valore obiettivo 70 giorni).

Nella tabella che segue si riportano i valori dei tempi d'attesa per utenti che accettano il primo posto libero.

Prestazione	Obiettivo 2017 (gg max)	Dati 2016	Dati 2017*
INT. CARCINOMA PROSTATA	50	63	54
INT. IPERTROFIA PROSTATICA	65	167	122
VISITA UROLOGICA	70	141	70
COLONSCOPIA	80	197	148
CAMPO VISIVO	60	78	42
VISITA EMATOLOGICA	70	97	56
VISITA OCULISTICA (ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO)	80	143	37
VISITA IDONEITÀ DONATORI SANGUE	30	< 30	< 30

* Il dato fa riferimento all'effettiva attesa percepita dagli utenti nel 2017 da quando attivo il nuovo indicatore

Con riferimento al target previsto per gli interventi sulla prostata, si evidenzia la piena capacità dell'APSS di far fronte alla patologia neoplastica maligna nei tempi previsti, mentre per l'ipertrofia prostatica si mantiene una tempistica più dilazionata, pari comunque ai valori dello scorso anno, a fronte tuttavia di un incremento dei casi trattati del 35% rispetto all'anno precedente (casi anno 2016 = 139; casi anno 2017 = 184). L'obiettivo confligge con lo sforzo dell'U.O. di assicurare un trattamento tempestivo degli altri tumori maligni delle vie urinarie (rene e vescica).

Relativamente alle prestazioni di colonscopia e visita urologica, l'attività di controllo puntuale del dato (verifica della correttezza della prenotazione di prime visite vs. visite di controllo) ha generato la riduzione importante del tempo massimo di attesa al 90° percentile.

3.5. PIANI TRASVERSALI

I Piani Trasversali descrivono le attività che l'APSS ha realizzato per attuare i piani settoriali di gestione impostati per l'esercizio 2017. L'illustrazione delle attività svolte e dei risultati conseguiti è stata articolata scegliendo modalità di presentazione specifiche per ciascun ambito di pianificazione e sviluppo delle attività. Si offre uno spaccato di strutture, assetti organizzativi, responsabilità, strumenti e procedure operative messe in atto per governare i processi aziendali nelle diverse aree di gestione dell'azienda; con particolare attenzione alle attività a maggiore impatto sul sistema sanitario, ai progetti innovativi e agli interventi di riqualificazione organizzativa, professionale e tecnologica che hanno caratterizzato l'esercizio in commento. Denominatore comune dei piani è stata la semplificazione dei processi tecnico amministrativi in modo da bilanciare l'efficienza e la sicurezza delle procedure e limitando l'impatto sulla Linea, sui Clienti interni, sui processi di erogazione dei servizi al cittadino.

PIANO DELLE STRUTTURE

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

Le principali attività svolte sono le seguenti.

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

La pianificazione delle attività aziendali prevede che i piani settoriali vengano inseriti in una comune logica di definizione che prevede:

- raccolta dei fabbisogni, analisi e classificazione;
- valutazione e scelta degli investimenti e interventi realizzabili, bilanciando i fabbisogni con le risorse disponibili e considerando la dimensione pluriennale sia dei fabbisogni e sia degli investimenti e interventi;
- eventuale trasmissione alla Provincia delle proposte di investimenti;
- predisposizione formale di una "bozza di piano settoriale", che deve essere messa a disposizione della Direzione Aziendale per orientare esplicitamente la definizione dei documenti di bilancio e dei budget operativi delle strutture;
- discussione della bozza di piano con la PAT erogatrice dei finanziamenti necessari;
- approvazione formale del piano settoriale, dopo aver eventualmente integrato la precedente bozza con quanto stabilito dai documenti di bilancio e nei budget operativi delle strutture ed in conformità agli effettivi finanziamenti ricevuti.

In particolare è prevista la predisposizione di un piano aziendale degli interventi edilizi. Con Deliberazione n. 154 dd. 03/04/2017 del Direttore Generale è stato approvato il "Piano Aziendale Edilizia – Pianificazione Pluriennale per la XV Legislatura"

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

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

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

- collaudo dell'opera

Ogni fase coinvolge una pluralità di soggetti (interni ed esterni all'Azienda) con il coordinamento generale del Responsabile di Procedimento (Project Manager) mediante la propria struttura organizzativa. Nella fase di realizzazione può inserirsi un processo analogo (fasi 1-6) per varianti in corso d'opera con significativa influenza sul processo globale. Il coordinamento sulla singola opera avviene principalmente tramite riunioni verbalizzate tra le parti interessate in cui vengono decise le azioni da svolgere, gli attori ed i tempi. Il monitoraggio complessivo avviene mediante la suddivisione dei lavori in commesse e registrazione dei dati economici e amministrativi di ogni commessa. Come previsto dalla legislazione sui Lavori Pubblici vi è l'obbligo di invio dei dati all'Autorità per la Vigilanza dei Lavori Pubblici presso l'Ufficio Osservatorio e Prezziario dei Lavori Pubblici della PAT.

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

Anno	Importo liquidato - € -
2014	17.311.934
2015	11.302.673
2016	10.710.821
2017	9.523.757,04

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

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

OPERE REGISTRATE ALL'AUTORITA' DI VIGILANZA DEI LL.PP. - ANNO 2016						
OPERE	Importo a base di gara compreso tra € 40.000 e € 150.000		Importo a base d'asta maggiore di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €
In corso	31	1.894.388,91	17	39.282.125,12	48	41.176.514,03
Di cui iniziate nell'anno	18	1.090.697,18	2	441.599,77	20	1.532.296,95
Di cui concluse nell'anno	6	290.319,63	4	1.182.759,30	10	1.473.078,93

OPERE REGISTRATE IN ANAC - ANNO 2017						
OPERE	Importo a base di gara compreso tra € 40.000 e € 150.000		Importo a base d'asta maggiore di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €
In corso	75	4.770.727,07	15	33.377.593,48	48	38.148.320,55
Di cui iniziate nell'anno	18	1.242.784,77	4	1.406.033,50	22	2.648.818,27
Di cui concluse nell'anno	11	665.297,01	3	627.654,59	14	1.292.951,60

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

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

Si riportano di seguito alcuni dati e indicatori relativi all'attività svolta (Nota: Per fabbricati è da intendersi la porzione di edificio, il singolo edificio o il complesso di edifici (come nel caso dell'Ospedale di Pergine e di Borgo Valsugana).

DATI 2016

IMMOBILI IN PROPRIETA' Anno 2016 (Singolo edificio o compendio ospedaliero)	
Numero fabbricati	50
volume complessivo	Mc 1.480.000,00*

*Compresi i cinque terreni di Trambileno.

Immobili concessi in uso a terzi:

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

Immobili in attesa di restituzione a PAT:

Ex Enpas di Via Petrarca – Vecchio Villa Rosa Loc. Vigalzano.

IMMOBILI DI TERZI Anno 2016			
	Numero	Superficie – m2 -	Spesa annua – IVA
Totale contratti	85	47.225,55	€ 1.653.942,25
Di cui attivati nell'anno	1*	2.300,00	€ 0,00 (contratti a
Di cui chiusi nell'anno	5	1.578,30	€ 57.243,95
Costo medio mensile al mq			2,92

** il nuovo contratto riguarda gli immobili ad uso sanitario di Mezzolombardo dati in comodato da Patrimonio del Trentino Spa a fronte del diritto di superficie concesso da APSS.

DATI 2017

IMMOBILI IN PROPRIETA' Anno 2017 (Singolo edificio o compendio ospedaliero)	
Numero fabbricati	48
volume complessivo	Mc 1.440.186,00*

*Compresi i cinque terreni di Trambileno.

Immobili concessi in uso a terzi:

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

Restituiti a PAT nel 2017: Ex Enpas di Via Petrarca – Vecchio Villa Rosa Loc. Vigalzano.

IMMOBILI DI TERZI Anno 2017			
	Numero	Superficie – m2 -	Spesa annua – IVA
Totale contratti	83	43.402,75	€ 1.706.504,81
Di cui attivati nell'anno	2	427,48	€ 60.227,68
Di cui chiusi nell'anno	4	4.516,28	€ 47.308,33
Costo medio mensile al mq			3,27

Oltre alla dismissione di alcune strutture il 2017 beneficia della riduzione del costo a mq grazie alla rinegoziazione del canone di affitto di alcuni immobili.

4. Gestire il patrimonio immobiliare

La gestione patrimoniale riguarda sostanzialmente le seguenti attività:

- contatti con le Direzioni al fine di dare soluzione a problemi di reperimento di spazi esterni;
- rapporti con soggetti terzi per la definizione dei contratti di locazione;
- predisposizione dei relativi contratti di locazione / comodato / convenzioni;
- redazione di perizie di stima;

- raccolta dei dati relativi all'immobile (abitabilità, visure catastali, ecc.);
- analisi dei costi parametrici dei Presidi Ospedalieri;
- gestione pagamenti sui contratti: affitti, rimborsi spese condominiali, rimborsi spese varie;
- registrazione dei contratti e successiva gestione;
- verifica scadenze e gestione rinnovi contrattuali;
- gestione delle utenze: attivazione, disdetta, pagamento (utenze Energia, gas, acqua)
- predisposizione per il pagamento delle fatture inerenti le utenze e i contratti;
- registrazione dei consumi e dei valori riportati sulle bollette delle utenze di energia elettrica e gas metano;
- gestione contratti (acquisto, vendita, convenzioni) beni di proprietà;
- predisposizione fine anno della documentazione di bilancio inerente i beni di proprietà, gli impianti, e i beni di terzi;
- raccolta e trasmissione di dati amministrativi/ contabili richiesti al Dipartimento Infrastrutture;
- gestione in formato pdf dei documenti principali inerenti i beni di proprietà e di tutti i documenti inerenti i beni di terzi;
- rapporti con la Provincia Autonoma di Trento per quanto riguarda il patrimonio dell'APSS e gli immobili a destinazione sanitaria di Enti terzi;
- raccolta dati per gli obblighi inerenti la trasparenza;
- trasmissione dati immobili al Dipartimento del Tesoro;
- predisposizione delle delibere relative alle attività sopra indicate.

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

Attività Nucleo Patrimonio 2015-2017					
	2017	2016	2015		Fonte
Delibere e determine	22	21	20		
Beni di terzi					
<i>Contratti in gestione (esclusa la Protonterapia)</i>	83	85	89		database access
<i>Contratti attivi e concessioni</i>					
<i>mq totali * (nei mq sono comprese le superfici dei diritti di superficie)</i>	43.402,75	47.491,55	46.503,85		
nuove attivazioni	2	2	2		database access
mq. nuove attivazioni	427,48	2.566,00	232,04		database access
dismissioni	4	6	6		database access
mq. dismissioni	4.516,28	1.578,30	1.764,01		database access
<i>Canoni annui locazioni**</i>	€ 1.706.504,81	€ 1.653.942,25	€ 1.970.081,17		estrazione da euis
Numero pagamenti locazioni	181	167	170		estrazione da euis
<i>Altri costi godimento beni terzi</i>	€ 279.056,26	€ 355.881,89	€ 356.321,35		estrazione da euis
Numero pagamenti altri costi godimento beni di terzi	95	75	71		estrazione da euis
<i>Utenze Ambulatori non di proprietà (utenze solitamente versate l'anno successivo)</i>	€ 3.600,00	€ 26.070,64	€ 36.331,00		estrazione da euis
Utenze					
<i>Numero utenze gestite</i>					
Energia elettrica	95	95	104		tabelle excel
Acqua	117	120	117		tabelle excel
Gas	29	27	29		tabelle excel
<i>N. bollette inviate in pagamento</i>					
Energia	900	807	795		Estrazione Euis
Acqua	472	377	404		Estrazione Euis
Gas (nel 2017 è stata sperimentata la fattura aggregata)	161	305	294		Estrazione Euis
Totale	1533	1489	1493		
Totale costi utenze					
	2017	2016	2015		
Energia	€ 6.214.806,83	€ 6.326.385,55	€ 6.567.117,61		tabelle excel
Acqua	€ 1.136.507,64	€ 1.223.939,72	€ 1.136.487,14		tabelle excel
Gas	€ 154.136,50	€ 158.700,52	€ 188.899,04		tabelle excel
Totale	€ 7.505.450,98	€ 7.709.025,79	€ 7.892.503,79		
Energia	€ 951.374,02	€ 974.829,10	€ 984.925,14		
Acqua	€ 39.867,34	€ 33.781,29	€ 57.822,93		
Gas	€ 76.940,52	€ 68.222,87	€ 76.390,35		
Totale	€ 1.068.181,88	€ 1.076.833,26	€ 1.119.138,42		

5. Provvedere alla copertura assicurativa degli immobili in uso

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

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

Al fine di ridurre il rischio di malfunzionamento gli impianti e le strutture sono oggetto di:

- manutenzione programmata con attività a scadenze regolari in funzione della tipologia di impianto e del componente;
- monitoraggio in continuo di funzionamento di singoli componenti mediante sistemi di telecontrollo;
- verifica periodica di funzionamento dei singoli componenti o parti di impianto;
- manutenzione su richiesta degli utilizzatori o dei responsabili dei vari settori di attività;
- intervento a guasto mediante personale in servizio o in pronta disponibilità 24x7.

Gli interventi su richiesta gestiti dall'officina chiusi nel 2017 presso l'ospedale S. Chiara a Trento sono stati 7.678 (tempo medio di risposta evasione richiesta 5,1 giorni) e presso l'ospedale S. Maria del Carmine a Rovereto sono stati 4.563 (tempo medio di risposta evasione richiesta 7,1 giorni) .

Annualmente viene redatto dal Nucleo Patrimonio un riepilogo dei dati inerenti i costi di gestione aggregati secondo varie modalità ottenuto intrecciando i dati del SIST con quelli forniti dal Servizio Controllo di Gestione. Nel 2017 la spesa al 31 dicembre per i principali presidi ospedalieri risulta pari ad € 30.155.569,05 corrispondente a un valore medio 89,97 €/m2.

Tutti i valori, ad esclusione delle voci energia elettrica e forza motrice, acqua, gas e Appalto Multiservice, sono stati forniti dal Servizio Controllo di Gestione con estrazione al 11 aprile 2017; in considerazione che il bilancio di esercizio non è ancora chiuso tali dati sono suscettibili di aggiustamenti.

Per quanto riguarda le utenze sono stati considerati i valori registrati dal Nucleo Patrimonio come risultanti dalle bollette giunte sino al 20 aprile 2018. I valori dell'appalto Multiservice sono i valori del conguaglio provvisorio 2017. I valori del personale sono i valori 2017.

Di seguito si riportano le variazioni dei costi di pertinenza del Dipartimento infrastrutture nel triennio 2015-2017. Per quanto riguarda tutti gli altri immobili, il valore complessivo per il 2017, stimato con gli criteri sopra descritti, è pari ad Euro 3.905.975,43, tra questi sono compresi i costi per le utenze della Protonterapia.

Centro Protonterapia		
Conto	2017	2016
Energia	Euro 951.374,02	Euro 974.829,10
Acqua	Euro 39.867,34	Euro 37.838,19
Gas	Euro 76.940,52	Euro 68.222,87

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

COSTI PRESIDI OSPEDALIERI - VALORI ASSOLUTI PER PRESIDIO

Presidio		Valore 2015	Valore 2016	Valore 2017
Pres. Osp. Alto Garda	€	3.469.254,55	€ 3.280.824,06	€ 3.146.564,35
Pres. Osp. di Borgo	€	1.868.192,00	€ 2.029.119,59	€ 1.966.116,37
Pres. Osp. di Cavalese	€	1.347.458,24	€ 1.428.875,37	€ 1.367.835,93
Pres. Osp. di Cles	€	1.935.689,33	€ 1.963.561,64	€ 1.817.411,72
Pres. Osp. di Rovereto	€	4.199.521,61	€ 4.242.564,34	€ 4.132.203,03
Pres. Osp. di Tione	€	1.182.627,14	€ 1.293.023,52	€ 1.289.378,23
Pres. Osp. S.Chiara	€	10.994.500,55	€ 10.963.676,80	€ 11.180.502,28
Pres. Osp. Villa Igea	€	939.934,96	€ 937.819,65	€ 1.027.869,27
Ex O.P. Pergine e Nuovo Villa Rosa	€	3.981.058,58	€ 4.011.605,33	€ 3.783.571,69
Struttura sanitaria S.Giovanni	€	187.490,99	€ 183.677,24	€ 197.593,60
Struttura sanitaria di Ala	€	269.506,06	€ 282.776,18	€ 246.522,57
Totale complessivo	€	30.375.234,01	€ 30.617.523,72	€ 30.155.569,05

COSTI PRESIDI OSPEDALIERI - VALORI ASSOLUTI PER CONTO

Descrizione		Valore - 2015	Valore - 2016	Valore - 2017
Acqua	€	993.816,78	€ 1.097.006,82	€ 1.125.113,92
Altre manutenzioni in appalto	€	46.527,95	€ 83.143,36	€ 123.590,01
Altri servizi in appalto	€	445.515,83	€ 582.824,66	€ 783.679,41
Altro materiale di consumo	€	65.542,64	€ 77.836,61	€ 66.487,47
Energia elettrica e forza motrice	€	4.730.800,49	€ 4.567.090,74	€ 4.518.072,19
Gas	€	19.139,72	€ 17.260,91	€ 12.238,49
Manutenzione in appalto degli impianti e macchinari	€	1.528.391,85	€ 1.740.465,64	€ 1.643.146,80
Manutenzioni in appalto attrezzature tecnico-economali	€	251.981,57	€ 263.734,99	€ 261.827,98
Manutenzioni in appalto degli immobili e loro pertinenze	€	1.856.583,11	€ 1.718.772,14	€ 1.670.467,74
Materiali per manutenzioni e riparazioni di immobili	€	542.931,63	€ 491.839,85	€ 405.106,67
Personale Operai	€	3.675.057,66	€ 3.662.875,14	€ 3.910.872,58
Appalto Multiservice	€	16.218.944,78	€ 16.314.672,85	€ 15.634.965,79
Totale complessivo	€	30.375.234,01	€ 30.617.523,72	€ 30.155.569,05

Verifiche periodiche di funzionamento/sicurezza degli immobili in uso

Gli impianti elettrici sono ispezionati regolarmente come da scadenze di legge di seguito riportate.

- Impianti di terra e di protezione dalle scariche atmosferiche sono ispezionati ogni 2 anni da Ente terzo certificato.
- Il personale elettricista interno esegue la verifica degli interruttori differenziali una volta all'anno, la verifica dei nodi equipotenziali ogni 2 anni, la verifica dei dispersori di terra ogni 2 anni e quella dei trasformatori di isolamento ogni 6 mesi.
- Le cabine di media tensione sono oggetto di manutenzione programmata una volta all'anno.
- Le lampade di emergenza sono verificate due volte all'anno.

Presso il solo Ospedale S.Chiara (comprensivo di poliambulatorio via Crosina Sartori ed edificio via Paolo Orsi) sono presenti 6.740 interruttori differenziali, 180 trasformatori di isolamento, 1.400 lampade di emergenza e 26.600 punti di misura equipotenziale.

Sugli ascensori viene effettuata una manutenzione programmata ogni sei mesi ed una verifica ispettiva da parte di Ente terzo certificato ogni due anni. Sui i gruppi elettrogeni vengono eseguite una prova a vuoto ogni mese ed una prova a carico ogni quattro mesi. Ogni gruppo è oggetto di manutenzione programmata a cadenza regolare. I gruppi di continuità e i gruppi soccorritori sono oggetto di manutenzione programmata ogni sei mesi. I dispositivi di protezione antincendio sono oggetto di manutenzione programmata a scadenza regolare. Oltre a quanto sopra vengono effettuate anche altri tipi di verifiche tecniche (percorsi, chiusini caditoie, segnaletica, planimetrie, gocciolamenti, pavimentazioni, porte, parti appese, corpi illuminanti, controsoffitti, rami pericolanti).

INTERVENTI EDILIZI SULLE STRUTTURE

Si riporta di seguito l'elenco delle principali opere in conto capitale gestite nel 2017.

ARCO

- Ristrutturazione 2° piano edificio Le Palme per comunità alloggio ANFFAS (€ 482.790,37); progetto esecutivo eseguito;
- Adeguamento del centro di procreazione medicalmente assistita (€ 452.910,47): lavori quasi ultimati.
- Cambio alimentazione cabina MT edificio "Le Palme" (€ 25.000,00); progetto in corso.

BASELGA DI PINÈ

- Ristrutturazione edificio per medici di medicina generale (€ 800.000,00); progetto in corso.

BORGO VALSUGANA – presidio ospedaliero

- Rivestimento parcheggio multipiano (€ 150.000); Incarico professionale in corso.
- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio "Nuovo edificio" (€ 15.000); Attività in corso.
- Spostamento armadio dati e telefonia (€ 50.000); Progetto in corso.
- Adeguamento e rinforzo copertura edificio ex Sanatorio (€ 100.000); Progetto in corso.
- Ristrutturazione e adeguamento antincendio della cucina (€ 290.750); lavori ultimati il 13.01.2017.
- Ristrutturazione e ampliamento dell'edificio principale (€15.300.000). concluso progetto esecutivo.

CAVALESE

- Riqualificazione locali ex mensa per realizzare 3 ambulatori ortopedici (€ 62.000); lavori ultimati 30.11.2017..
- Sostituzione porte REI vani scala (€ 55.000); lavori ultimati.
- Integrazione impianto di videosorveglianza (€ 11.000,00); lavori ultimati.
- Nuovo UPS per pronto soccorso (€ 36.000,00); lavori ultimati.
- Pensiline a copertura UTA ampliamento ovest (€ 25.620,00); lavori ultimati.

CIVEZZANO

- Ristrutturazione edificio per medici di medicina generale (€ 1.700.000,00); attività in corso.

CLES

- Manutenzione straordinaria (€ 45.000); lavori ultimati.
- Ristrutturazione piano seminterrato da adibire ad aule scolastiche palazzina servizio territoriale (€ 71.858,00); lavori ultimati.
- Completamento sala riunioni piano rialzato edificio "ex geriatrico" (€ 111.000); Lavori in corso.
- Sostituzione controsoffitto, nuovo impianto chiamata infermiera e illuminazione reparto medicina A 1° piano (€ 115.000); lavori ultimati.
- Demolizione di una parte del corpo ambulatori denominata "corpo 1975" (€ 325.200); lavori ultimati.
- Demolizione 5 bagni palazzina Distretto (€ 52.460); attività in corso.
- Nuovi interruttori cabina MT (€ 22.000); lavori ultimati.

LAVIS

- Messa a norma prevenzione incendi poliambulatorio (€ 200.000); attività conclusa con archiviazione pratica.

LEVICO

- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio (€ 349.800,00); progetto in corso.
- impianto di condizionamento e pressurizzazione antincendio (€ 368.000,00) progetto in corso.

LIVO

- Ristrutturazione edificio per medici di medicina generale (€ 160.000,00); lavori ultimati.

MEZZOLOMBARDO

- Adeguamento prevenzione incendi centro servizi sanitari (da definire); progetto in corso.

PERGINE VALSUGANA

- Adeguamento prevenzione incendi edifici Valdagni,(€ 475.700,00); Eseguito progetto definitivo.
- Adeguamento prevenzione incendi ex Neuro ex Osservazione (€ 810.700; Eseguito progetto definitivo.
- Adeguamento prevenzione incendi casa veneziana (€ 210.600,00) eseguito progetto definitivo.
- Nuovo Villa Rosa - realizzazione percorso pedonale esterno da parcheggio (€ 130.000); Lavori in corso.
- Nuovo Villa Rosa - trattamento antiscivolo pavimenti (€ 250.000); lavori ultimati.
- Allargamento di via S. Pietro (€ 300.000), Lavori ultimati.

POZZA DI FASSA

- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio (€ 165.000); progetto in corso.
- Riqualficazione esterna con creazione nuovi posti auto (€ 30.000), Lavori ultimati.

RIVA DEL GARDA

- Adeguamenti funzionali per attivazione percorso nascita (€ 140.000); progetto in corso.
- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio (€ 100.000); attività in corso.

ROVERETO

- Ospedale - regimazione acque meteoriche (€ 200.000); valutato incarico professionale;
- Ospedale - consolidamento e ricostruzione muro zona elisuperficie (€ 250.000); Eseguito progetto preliminare.
- Ospedale - realizzazione montacarichi per pallet medicinali (€ 106.960,30); progetto in corso;
- Ospedale - sistemazione marciapiede su corso Verona (€ 66.500); progetto in corso.
- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio via S. Giovanni Bosco (€ 150.000); attività in corso.
- Raffrescamento Polo Universitario via Lungo Leno (€ 40.000); Lavori in corso.

STORO

- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio (€ 80.000); attività in corso;

TELVE VALSUGANA

- Ristrutturazione edificio per medici di medicina generale (€ 1.100.000,00); lavori ultimati.

TONADICO

- Adeguamento prevenzione incendi poliambulatorio (€ 58.400,00); progetto in corso.

TRENTO

- Demolizione casa custode ex serre comunali (€ 128.100,00); progetto concluso;
- Installazione pellicole solari di schermatura presso il CSS (€ 55.000); lavori ultimati.
- rinforzo del solaio dell'intercapedine, al piano seminterrato dell'Ospedale Villa Igea di Trento (€ 75.000), progetto in corso.
- Puntellazione provvisoria solaio intercapedine Villa Igea (€ 45.000); lavori ultimati.
- Manutenzione straordinaria piazzali edifici Banca del sangue e Villa Igea in via Malta (€ 48.981,08); attività in corso.

- Posa rete dati presso Palazzo Stella (€ 11.270,36); Lavori ultimati.
- Adeguamento prevenzione incendi edificio via Paolo Orsi (€ 230.000); progettazione in corso.
- Adeguamento prevenzione incendi edificio via Malta (150.000); progettazione in corso.
- Rifacimento tetto e sistemazioni varie edificio via della Collina (€ 200.000); individuazione progettista in corso.
- Centro Servizi sanitari - Riqualificazione energetica dell'involucro edilizio (€ 1.341.877,65 quota in carico APSS); Lavori principali ultimati.
- Adeguamento locali ostetriche e medico competente edificio via Malta e nuovo ambulatorio malattie rare Ospedale Villa Igea (€ 216.213,66); lavori ultimati.

TRENTO – Ospedale S.Chiera

- Spostamento sale d'attesa per realizzazione locali quadri elettrici (€ 100.000); progettazione in corso.
- Rifacimento impianti comunicazione e controllo accessi ascensori (€ 150.000); progetto in corso;
- Sistemazione facciata Sud (€ 400.000); individuazione progettista in corso.
- Sistemazione dell'area deposito rifiuti (€ 100.288,39); attività in corso.
- Realizzazione controsoffitto in sette camere degenza corpo V (€ 30.000); gara in corso.
- Espositori per unità di crisi (€ 16.000); lavori ultimati.
- Manutenzione straordinaria (€ 100.000); in corso.
- Manutenzione straordinaria (€ 125.000); in corso.
- Sostituzione batterie e collaudo 3 UPS locali sottorampa est e ovest (€ 65.000), lavori ultimati.
- Manutenzione straordinaria struttura metallica corpo V (€ 300.000); individuazione progettista in corso.
- Nuovo Deposito ROT (€ 65.000); lavori in corso.
- Adeguamenti interni U.O. psichiatria (€ 30.000,00); lavori in corso.
- Impianto automatico spegnimento incendio ad aerosol presso la sottocentrale termica del sesto piano corpo V (€ 226.195,74); lavori in corso.
- Installazione nuova gamma camera (€ 290.000); progettazione in corso.
- Adeguamento antincendio dell'Ospedale (€ 995.000) approvazione progetto in corso;
- Adeguamento antincendio dell'Ospedale (€ 12.346.933,0) progetto preliminare ultimato;
- Riduzione carico d'incendio cunicoli (177.000); sospeso in attesa ultimazione bonifica amianto.
- Adeguamento antincendio dell'Ospedale primo intervento (€ 2.160.000). Lavori ultimati collaudi in corso.
- Riadattamento area ex laboratori al 2° piano del corpo stellare (€ 449.692,00). gara in corso.
- Due nuove ambulatori corpo oncologico; (€ 10.000); ultimati settembre 2017;
- Sistemazione rete idranti piano seminterrato corpi U (€ 25.000); lavori ultimati.
- Video ispezioni tubazioni e vasche rete acque bianche (€ 49.900); ultimazione 05.09.2017;
- Nuova porta automatica in radiologia 1° piano corpo F (€ 15.000); ultimazione 07.08.2017,
- Sostituzione alcuni serramenti edificio via Paolo Orsi (€ 30.000); lavori ultimati.
- Sistemazione locali uso spogliatoio piano seminterrato e ad uso ufficio al primo piano corpo U; (€ 65.623,90), Ultimazione 05.02.2017;
- Ponteggio di protezione facciata sud del corpo C (€ 36302,32); lavoro ultimato 2017.

Con riferimento alle attività di **gestione degli impianti**, i principali risultati raggiunti nel 2017 sono stati:

- emissione Certificato regolare Esecuzione per l'attività dell'anno precedente del servizio di gestione Multiservice
- benestari di pagamento di attestazione regolarità dell'attività di Fornitura di gas medicali e tecnici e gestione degli impianti centrali e di rete per la distribuzione dell'ossigeno, dell'aria compressa e del vuoto
- stipula dei contratti di variante e di proroga al contratto in essere a fronte di miglioramenti economici ed investimenti da parte dell'appaltatore per il servizio di gestione Multiservice

- stipula del rinnovo del contratto in essere a fronte di miglioramenti economici da parte dell'appaltatore per il servizio di Fornitura di gas medicali
- Presenza dei registri debitamente compilati e aggiornati nel sistema informativo aziendale relativi a:
 - a) Esecuzione delle verifiche domiciliari richieste
 - b) Esecuzione delle verifiche di prima installazione e inserimento dati nel sistema informativo aziendale
 - c) Esecuzione delle verifiche sull'anello di terra e inserimento dati nel sistema informativo aziendale relative agli edifici in gestione.
 - d) esecuzione delle verifiche 462/01 con l' inserimento verbali nel sistema informativo aziendale
 - e) esecuzione verifiche impianti di illuminazione di emergenza

Con riferimento all'attività di **progettazione e direzione dei lavori** si evidenziano di seguito i principali interventi gestiti che trovano evidenza nel Piano Pluriennale Aziendale per l'Edilizia Sanitaria della XV legislatura approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 154 del 03 aprile 2017.

ALA – CASA DELLA SALUTE (ex Ospedale): 2.900.000,00€

Sintesi dello stato delle attività:

- Affidamento progettazione: eseguita
- Progettazione esecutiva: completata
- Approvazione progettazione ed affidamento lavori: da eseguire
- Esecuzione lavori: da eseguire

Note: L'intervento è stato suddiviso in n.4 progetti per un importo complessivo di 3.770.000,00€. E' stata richiesta alla PAT una integrazione del finanziamento iniziale di 2.900.000,00€.

CLES – OSPEDALE DI CLES – LAVORI IN ESTREMA E SOMMA URGENZA (E COMPLETAMENTO 4 LOTTO): 4.500.000,00€

Il finanziamento è stato utilizzato per le seguenti opere completate:

- perizia somma urgenza relativa alle attività conseguenti allo sfondellamento del solaio di copertura della scala della Radiologia avvenuto nel 2013: 400.000,00€
- realizzazione del Punto Prelievi (conseguenza dello sfondellamento del solaio di copertura della scala della Radiologia avvenuto nel 2013): 567.000,00€
- modifiche varie in Radiologia (conseguenza dello sfondellamento del solaio di copertura della scala della Radiologia avvenuto nel 2013): 480.000,00€
- incarichi professionali per opere conseguenti allo sfondellamento del solaio di copertura della scala della Radiologia avvenuto nel 2013: 124.390,00€
- perizia per opere varie: 90.000,00€
- finanziamento di parte dei lavori denominati "Cles 4° lotto": 1.225.384,00€
- progetto Area ambulatoriale del piano rialzato (conseguenza dello sfondellamento del solaio di copertura della scala della Radiologia avvenuto nel 2013): 591.302,00€

CLES – OSPEDALE DI CLES – NUOVA AREA OSSERVAZIONE BREVE E RICONFIGURAZIONE P.S. : 537.080,00€

Sintesi dello stato delle attività:

- Affidamento progettazione definitiva: eseguita
- Progettazione esecutiva: è stata completata la progettazione definitiva con una stima di 552.700,00€
- Approvazione progettazione ed affidamento lavori: da eseguire
- Esecuzione lavori: da eseguire

Note: Si rende necessaria una nuova gara per l'affidamento della progettazione esecutiva in quanto gli importi sono mutati sostanzialmente rispetto alle previsioni iniziali assunti per la gara di progettazione. Inoltre è stato richiesto un finanziamento specifico alla PAT per la riconfigurazione del Pronto Soccorso.

PERGINE VALSUGANA – OSPEDALE VILLA ROSA – LAVORI 2° FASE: 2.000.000,00€

Sono state sviluppate più ipotesi di fattibilità relative al trasferimento di attività del Servizio territoriale presenti nei padiglioni ex Neuro ed ex Osservazione presso l'ospedale Villa Rosa.

ROVERETO – OSPEDALE DI ROVERETO – CENTRO DIALISI: 2.800.000,00€

I lavori sono suddivisi in un appalto principale, tre cottimi (ascensore, sottocentrale riscaldamento e pensilina) e più ordinativi di importo inferiore a 10.000,00€ per il completamento.

I lavori principali sono in corso di ultimazione: l'Impresa è oltre i termini contrattuali e sono da completare le tarature/collaudi degli impianti nonché la consegna della documentazione/certificazioni delle opere eseguite. I tre cottimi sono stati affidati e due sono completati (ascensore e sottocentrale riscaldamento). Gli ordinativi per il completamento sono in corso di affidamento. Si presume di poter attivare la struttura entro fine marzo 2018.

ROVERETO – NUOVA SEDE IGIENE E SANITA' PUBBLICA ROVERETO (AREA EX BIMAC): 13.990.000,00€

L'intervento è gestito da ITEA su delega di APSS.

I lavori sono sospesi a causa del fallimento dell'appaltatore. L'ITEA sta sviluppando il progetto di completamento per poi avviare le procedure di gara per l'affido di detti lavori.

L'ITEA con lettera di data 16 novembre 2017 ha segnalato all'APSS che il nuovo quadro economico complessivo dell'intervento prevede una spesa a carico di APSS pari a 15.800.000,00€.

Si prevede che il nuovo centro servizi sanitari sarà ultimato/utilizzabile nel 2020.

TIONE DI TRENTO – OSPEDALE DI TIONE – RISTRUTTURAZIONE PRONTO SOCCORSO: 2.123.728,00€

I lavori sono stati conclusi ed il nuovo Pronto Soccorso è stato attivato il 14 giugno 2017.

E' in corso il collaudo tecnico-amministrativo.

TRENTO – OSPEDALE S. CHIARA – TIPO ED ADEGUAMENTO SALA OPERATORIA OSTETRICIA

L'intervento relativo alla Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO) inizialmente previsto al 1° piano in continuità alla terapia Intensiva n.1 è stato rivisto e collocato al 5° piano del corpo degenze negli spazi occupati dalla stroke unit di Neurologia fino all'ottobre 2017. E' stato predisposto ed approvato un progetto preliminare.

Sintesi dello stato delle attività:

- Affidamento progettazione esecutiva: eseguita
- Progettazione esecutiva: verrà avviata entro il 2017
- Approvazione progettazione ed affidamento lavori: da eseguire
- Esecuzione lavori: da eseguire

L'intervento relativo alla realizzazione della seconda sala operatoria per le emergenze ostetriche al 3° piano del corpo degenze prevede anche l'adeguamento della sala operatoria esistente nonché l'adeguamento antincendio del blocco parto. L'importo complessivo dell'intervento è di 2.000.000,00€; per il finanziamento si attinge anche alle risorse previste alla voce "S. CHIARA: PREVENZIONE INCENDI DM 19 MARZO 2015".

Sintesi dello stato delle attività:

- Affidamento progettazione: eseguita
- Progettazione esecutiva: conclusa
- Approvazione progettazione ed affidamento lavori: progetto approvato e trasmesso ad APAC per la gara di appalto
- Esecuzione lavori: da eseguire

PIANO DELLE ATTREZZATURE E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

Riesame dei risultati 2017

Le attrezzature sanitarie, elemento trasversale con una forte incidenza sui processi aziendali, sia per le implicazioni assistenziali sia per quelle tecnico-organizzative, costituiscono un valore patrimoniale strategico per l'Azienda, per il quale è necessario attuare un costante impegno per prevenire il depauperamento e l'obsolescenza tecnologica e per mantenere nel tempo la sicurezza e le prestazioni funzionali e l'adeguatezza alla destinazione d'uso.

Principali attività svolte nel 2017

Nel 2017 il piano delle attrezzature sanitarie si è articolato su due aspetti principali:

- a) sotto il profilo della gestione, sull'impatto del futuro affidamento del servizio di manutenzione nella formula "global service" e sulla necessità di uniformare la gestione del ciclo passivo;
- b) sotto il profilo del mantenimento e sviluppo del parco tecnologico, sulla necessità di allocare in modo "ottimale" le contenute risorse disponibili in conto capitale.

Nel 2017 il piano delle attrezzature sanitarie si è concretizzato nelle seguenti attività principali:

a.1) è stato avviato il processo di esecuzione dei contratti per 103 contratti di servizi di manutenzione (processo nuovo per il Servizio): come previsto dal D.Lgs. 50/17 è stato nominato il Direttore per l'Esecuzione e sono stati effettuati controlli sulla regolare esecuzione. Inoltre il Servizio ha gestito la proroga tecnica dei contratti di manutenzione specialistici (circa 100): tale attività ha rappresentato un carico di lavoro straordinario (contratti quadriennali erano stati stipulati nel 2013 dal servizio gare e contratti aziendale). Inoltre, si è iniziato ad utilizzare il MEPA per acquisto di materiali e dispositivi medici accessori;

a.2) è stato adottato il sistema aziendale EUSIS per la gestione del ciclo passivo (ordini, magazzini e liquidazione delle fatture); precedentemente il Servizio utilizzava Clingo, sistema gestionale di ingegneria clinica che era autonomo rispetto alla piattaforma aziendale per la gestione di ordini e fatture. L'attività è stata molto impegnativa, sia sotto il profilo organizzativo, sia per colmare il debito formativo. L'impiego del sistema aziendale ha comportato la necessità di adeguare la gestione di CIG e smartCIG alla legislazione vigente e la necessità di allinearsi anche alle disposizioni in vigore in termini di acquisto di Dispositivi Medici (codifica e approvazione della competente commissione aziendale), quindi con un ulteriore onere per il personale amministrativo e tecnico;

a.3) è stata fatta una revisione capillare su base aziendale, in collaborazione con i reparti ospedalieri e con alcune funzioni del Distretto, dell'inventario delle attrezzature sanitarie al fine di definire le attrezzature "operative", in funzione del programmato avvio del contratto di Global Service. Sono stati esaminati più di 24.000 beni (numeri di inventario), ripartiti in oltre 480 elenchi (reparti e/o centri di responsabilità);

a.4) in riferimento al contratto di Global Service è stato dato supporto nelle varie fasi di gara al Servizio Gare Appalti presso APAC fino alla conclusione con la verifica dell'anomalia dell'offerta e la seduta pubblica di aggiudicazione;

b.1) la definizione dei fabbisogni di attrezzature sanitarie è stata sviluppata su due fronti: richieste di finanziamento PAT per acquisti di attrezzature entro termini di spesa indicato dalla Direzione di Dipartimento e richieste di finanziamento per attrezzature correlate ad interventi di riqualificazione edilizia ed impiantistica nell'ambito di lavori a supporto del Servizio Progettazione e Direzione Lavori del Dipartimento;

b.2) la valutazione dei fabbisogni emergenti (urgenti ed imprevisti) è stata normalizzata adottando una nuova versione della scheda di richiesta di attrezzatura che consente una valutazione della richiesta e fornisce una tracciabilità delle richieste pendenti;

b.3) è stato dato corso con regolarità ai collaudi delle forniture assegnate e di competenza del periodo;

b.4) le procedure di acquisto di apparecchiature sanitarie in ambito aziendale sono state supportate nelle tre fasi: progettazione, valutazione e esecuzione (collaudo) per circa un centinaio di procedure. Inoltre è stato attivato e utilizzato un fondo di 100.000 euro, a cui ricondurre gli acquisti minori e complementari;

b.5) il supporto all'Agenzia Provinciale per gli Appalti e Contratti per lo sviluppo gare di acquisto di apparecchiature sanitarie di interesse aziendale si è esplicitato nella progettazione di procedure (ambulanze, dispositivi medici per anestesia e rianimazione, sistemi integrati per manutenzione elettromedicali), partecipazione a commissioni tecniche (mammografi, SPECT CT, Dispositivi medici per Cardiologia, Ambulanze, Sistemi integrati manutenzione elettromedicali) ed esecuzione di contratti di rilievo comunitario (TC del Pronto soccorso, mammografi e SPECT CT)

b.6) attività non prevista dal Piano delle Tecnologie 2017 è stata resa svolgendo il ruolo di presidente della per la commissione giudicatrice del concorso di progettazione per la realizzazione del Polo Ospedaliero Trentino.

Risultati ottenuti:

1) netto miglioramento dell'attività amministrativa (ANAC, MEPA, SICOPAT) e del monitoraggio della spesa, grazie anche all'utilizzo di EUSIS, sviluppo (in progress) di nuove competenze di tipo tecnico amministrativo (DEC) per la verifica quali-quantitativa delle prestazioni e l'attestazione della regolare esecuzione delle forniture di beni e servizi (Titolo V- D.Lgs. 50/16); introduzione alla gestione del DM secondo disposizioni sia interne (Regolamento) sia legislative;

2) gli interventi a favore della consistenza del parco attrezzature sanitarie in esercizio in funzione dell'impiego e della destinazione d'uso hanno consentito di far fronte a una quota significativa di richieste impreviste e urgenti e di ridurre la quota dei finanziamenti pregressi; è stato inoltre redatto un piano per l'impiego dei finanziamenti accordati 2015-2016 e 2017 (aggiornato a dicembre 2017);

3) è stata individuata la riorganizzazione interna che seguirà l'avvio del "Global Service", trasformando l'attuale impegno di risorse speso per la manutenzione in attività per sicurezza elettrica e fisica delle apparecchiature e per la gestione delle attrezzature;

4) il fabbisogno emergente (imprevisto e/o urgente) di attrezzature sanitarie è stato oggetto di valutazione e mantenuto sotto controllo e tradotto nelle richieste di finanziamenti DG PAT 1862, 2343 e 2344 del 2017; le procedure di acquisto e installazione sono progredite nei tempi programmati compatibilmente con le priorità generate dalle esigenze urgenti ed impreviste.

PIANO DEI SISTEMI INFORMATIVI

Nel 2017 lo sviluppo dei sistemi informativi è stato rivolto a tre obiettivi principali:

1. automatizzare i processi di supporto per aumentare l'efficienza operativa;
2. sostenere il miglioramento e lo sviluppo dei servizi rivolti ai cittadini e agli operatori per realizzare la missione aziendale;
3. gestire le tecnologie esistenti per contenerne i costi e per assicurare sicurezza dei sistemi e protezione dei dati.

In riferimento a tali obiettivi i principali risultati realizzati nel 2017 sono stati volti a:

1. **AUMENTO DELL'EFFICIENZA OPERATIVA** attraverso interventi sulle applicazioni comuni e di back office per l'**automazione dei processi** di supporto che hanno compreso:
 - l'evoluzione dei processi e dei sistemi di gestione del personale (sistema Peoplesoft) con l'attivazione del modulo di gestione delle missioni e del modulo di candidatura online (solo nel primo concorso online – luglio 2017 - sono state inserite direttamente dai candidati 1.296 domande online, da allora il sistema è stato esteso a tutte le selezioni); è stato inoltre esteso il catalogo delle competenze cliniche relative alle Cure domiciliari, Ostetriche, Chirurgiche e Angiocardio unitamente al caricamento dei dati della formazione APSS interna e esterna;
 - la realizzazione dei servizi di integrazione operativa dei sistemi di gestione a supporto dei processi legati all'assistenza integrativa (progetto Open Care) ed il rilascio delle funzionalità in test (avvio in produzione nel 2018);
 - il completamento della nuova infrastruttura IT di supporto ai servizi della Centrale Unica di Emergenza e del Numero Unico di Emergenza 112;
 - l'attivazione dei servizi di consultazione dei certificati di Conformità Vaccinale (Legge 31 luglio 2017 n.119) per le famiglie (17.000 certificati vaccinali scaricati attraverso Fast TreC) e l'attivazione, in collaborazione con il Dipartimento della Conoscenza, dei servizi di interoperabilità con il sistema di gestione delle iscrizioni scolastiche;
 - l'attivazione del nuovo sistema per la gestione documentale e la gestione dei processi di autorizzazione e accreditamento Talete Web;
 - l'evoluzione funzionale del sistema gestionale dello Screening HPV sviluppato internamente;
 - l'adeguamento sistemi informativi impattati dalla riorganizzazione, tra cui PITRE, GRU, Documenti lavoro, liste distribuzione, caselle posta istituzionali, PeopleSoft, Sigma, Piano dei Centri di costo Controllo di Gestione, con relativi report;
2. **OTTIMIZZAZIONE PERFORMANCE AZIENDALI** attraverso l'introduzione di soluzioni digitali per il **miglioramento dei servizi** rivolti agli operatori e i ai cittadini fra cui:
 - l'avvio nell'ambito territoriale delle Giudicarie e Rendena del nuovo sistema informativo integrato di assistenza domiciliare @home. Al termine dei primi sei mesi di utilizzo risultavano inseriti oltre 1.400 interventi domiciliari su piani ADICP (Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative) e altri 1.500 circa per le rimanenti tipologie di assistenza, su dispositivi mobili;
 - avvio del nuovo sistema informativo integrato di prescrizione e somministrazione del farmaco in reparto presso le UUOO pilota di Chirurgia 2 di Trento e Medicina di Arco. I posti letto informatizzati a fine 2017 risultano circa 230 sulla nuova soluzione. Il percorso di estensione sarà completato nel 2021 con oltre 1.000 posti letto informatizzati secondo il piano definito dal gruppo di progetto (200 pl/anno); avviati contestualmente le funzionalità di terapia e somministrazione di protocolli oncoematologici;
 - esteso il sistema informativo di tracciatura dei dispositivi medici presso le sale del blocco operatorio dell'Ospedale di Rovereto (Urologia e Ginecologia Ostetrica) e presso le sale operatorie dell'Ospedale di Tione; sviluppata inoltre l'analisi e il sistema per la gestione del conto deposito (avvio a Tione nel 2018);
 - estese funzionalità ed aggiornati sistemi di registrazione del Registro Italiano Artroprotesi;
 - attivata l'infrastruttura tecnologica e i servizi per la gestione delle ricette di specialistica dematerializzata. Il 15 novembre con nota del Dipartimento Salute e solidarietà sociale (prot. D337/2017/610186 del 8/11/2017) i servizi sono stati messi in produzione per un gruppo di una trentina di MMG pilota e per le ostetriche dei percorsi nascita per il graduale avvio del processo di dematerializzazione delle prescrizioni di laboratorio.
Le ricette dematerializzate delle prestazioni specialistiche di laboratorio registrate a fine 2017, in un mese e mezzo dall'avvio, sono state oltre 34.000.

L'estensione della dematerializzata specialistica alle altre prestazioni è legata all'omogeneizzazione dei percorsi degli utenti e dei processi organizzativi di accettazione e all'aggiornamento dei sistemi di accettazione/integrazione con i sistemi di cassa;

Relativamente ai servizi di prescrizione farmaceutica dematerializzata nel 2017 è stato registrato un totale di circa 4,5 milioni di ricette dematerializzate;

- avviata la nuova gestione di raccolta e registrazione dei consensi e delle politiche di protezione del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE;
- assicurato il miglioramento funzionale e l'ulteriore estensione dei servizi on-line della piattaforma TreC e FastTrec. Nel 2017 il sistema è stato utilizzato da oltre 300.000 cittadini con oltre 1 milione di referti consultati (+30% rispetto all'anno 2016); sempre in ambito TreC è stato assicurato il supporto richiesto dal progetto di innovazione e ricerca di FBK relativo allo sviluppo di applicazioni per il monitoraggio remoto di pazienti con malattie croniche (diabete, asma, scompenso, ipertensione) e alla realizzazione e integrazione della soluzione su architettura mobile (TreC APP_FSE);
- garantite le attività di evoluzione funzionale del Sistema Informativo Ospedaliero, e dei sistemi informativi territoriali e per l'integrazione socio-sanitaria secondo le esigenze prioritarie di miglioramento validate dai dipartimenti, tra cui: la scheda integrata di gestione dei bisogni speciali, integrazione CUP e Cassa, gli adattamenti richiesti per la gestione del consenso e la tracciatura degli accessi anche in logica GDPR;
- garantito il supporto tecnologico e di infrastruttura per l'avvio della AFT di Pinzolo;
- ulteriore sviluppo e diffusione ai diversi livelli (AOF, strutture, dipartimenti) di sistemi di analisi (BI / Qlik) per valorizzare le informazioni disponibili all'interno dell'IT a scopo di analisi delle prestazioni realizzate nelle principali aree di risultato (ricoveri e PS, prestazioni specialistiche e diagnostiche, assistenza territoriale e socio-sanitaria, mobilità...); più specificatamente sono da evidenziare alcune attività di sviluppo di flussi e report relativi a: analisi contenimento tempi di attesa, monitoraggio RSA, nuovo flusso SDO, progetti Agenas, PDTA HIV, PDTA Demenze, Clinical competence in ambito ospedaliero;
- garantito il contributo ai progetti di ricerca e innovazione:
 - o Fase 3 TreC – nell'ambito della collaborazione Trentinosalute 4.0 con FBK;
 - o Healthcare Data Safe Haven (NHS Scotland – EIT Digital)
- garantito contributo ai progetti di cambiamento organizzativo con impatto sulle tecnologie
 - o Riorganizzazione APSS
 - o BFHC – Baby Friendly Hospital e Community
 - o Care competence - Area Materno infantile.

3. OTTIMIZZAZIONE DEI COSTI UNITARI E DEI PROCESSI INTERNI IT con interventi volti alla protezione dal rischio e all'aggiornamento dei **Sistemi e delle tecnologie di Infrastruttura IT** (e middleware) attraverso il consolidamento tecnologico, tra cui:

- la realizzazione dell'architettura applicativa e tecnologica per il Cloud PA Trentino (DCUT), a la definizione di nuovi ambiti di collaborazione in ambito Sicurezza e RETE (SOC-NOC, Cert);
- il completamento del nuovo Campus Cluster in modo da dismettere l'architettura precedente (obsoleta e costosa);
- la dismissione delle linee dati Hyperway Telecom;
- la dismissione delle tecnologie blade IBM e storage Fuji;
- lo spegnimento del datacenter presso l'ospedale S.Chiara.

I risultati elencati sono stati ottenuti nel rispetto dei costi previsti e mantenendo inalterato il trend di utilizzo delle applicazioni e dei servizi. In relazione ai costi dei sistemi informativi è da evidenziare come la spesa complessiva IT (circa 17 milioni di euro, corrispondenti al 1,4 % del bilancio di APSS) sia rimasta costante rispetto al 2016 e risulti allineata alla media del settore sanitario pubblico italiano, stimata nel 1,2% sul totale della spesa sanitaria pubblica, compreso i costi della medicina primaria (fonte PoliMi 2016).

La situazione dei costi per i sistemi informativi di APSS evidenzia una spesa sotto controllo, ma:

- limitata - considerando le dinamiche in atto di crescita del digitale e delle relative aspettative di utenti interni ed esterni;
- prevalentemente rivolta alla gestione dell'esistente (90% della spesa IT);
- fortemente condizionata dagli impegni e dalle decisioni passate di Information technology.

PIANO DEL PERSONALE

Il presente documento illustra i principali obiettivi e risultati raggiunti nell'anno 2017 nell'ambito dei processi inerenti l'acquisizione, l'amministrazione e la formazione delle risorse umane.

In termini generali, il 2017 ha visto impegnato il Dipartimento, oltre che nella gestione delle attività ordinarie, in un'intensa attività legata principalmente alla nuova organizzazione aziendale, all'attuazione di specifici obiettivi assegnati ad APSS dalla PAT (primo fra tutti, la riapertura del punto nascita di Cavalese) nonché all'applicazione di disposizioni normative sopravvenute (a titolo di esempio, la modifica della L.P. n. 7/2015 che ha introdotto una nuova disciplina di reclutamento del personale dirigenziale).

ACQUISIZIONE E SVILUPPO

Di seguito si riportano i dati riferiti ai processi di acquisizione del personale riferiti all'anno 2017 e in continuità con i dati riferiti a esercizi precedenti:

Indicatori quantitative	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Assunzioni a tempo indeterminato dirigenti	28	61	41	70	40	30 *	52 *	103*	89
Assunzioni a tempo indeterminato comparto	157	256	153	270	42	48 **	193 **	212**	407
Assunzioni a tempo determinato dirigenti	42	54	51 + 3 (15 septies)	67 + 1 (15 septies)	33	42	57	69	65
Assunzioni a tempo determinato comparto	228	241	229	227	103	138	169	244	222
Proroghe di incarico a tempo determinato	188	118	109	134	53	70	115	148	202
Assunzioni da mobilità interregionale	16	27	28	71	14	10	24	31	20
Cessazioni per mobilità in uscita	35	30	30	41	19	24	35	41	33
Nulla osta preventivi mobilità									50
Attività di selezione									
Concorsi espletati	34	32	21	27	12	13	17	29	29
Concorsi indetti	32	27	19	30	10	15	28	23	27
Ricorsi verso concorsi	0	1	11	1	0	0	1	1	0
Selezioni interne orizzontali, verticali e oblique	16	13	11	12	6	8	9	8	2
Selezioni indette	53	34	33	25	25	20	26	37	55
Selezioni espletate	46	32	23	31	22	22	25	38	53
Selezioni per direttore u.o. indette	9	7	20	12	6	1	3	12	2
Selezioni per direttore u.o. espletate	13	9	6	20	2	6	3	11	3
Borse di studio	17	16	9	11	13	16	14	12	8
Incarichi libero professionali	90	110	112	107	92	68	67	53	59***
Co.co.co.	10	17	10	1	2	1	2	2	0
Prestazioni occasionali		3	1	0	6	1	4	1	0
Contratti di somministrazione		26 (+ 48 proroghe)	13	0	0	0	18	55	16
Attività di gestione del personale									
Domande di part time definitivo	85	145	131	116	116	177	142	124	183
Part time definitivi	51	41	84	2	90	117	56	28	69
Part time temporanei	194	196	349	385	367	364	445	451	475
Regime orario ridotto	33	31	39	39	41	43	46	58	52
Rientro full time	14	28	25	56	33	92	115	111	155
Avviati d'obbligo	4	6	15	11	22	19	30 ****	6****	5****

Indicatori quantitative	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Proroghe borse di studio				10	12	14	8	9	9
Proroghe Incarichi libero prof						1	1	1	1
Subentri assegnazione borse di studio				4	1	1	1	3	4
Tirocini e frequenze volontarie	742	39	38	40	32	35	16	31	21
Convenzioni /scambi nota per tirocini (dato aggiunto da quest'anno)									47
Attività di assegnazione incarichi									
Posizioni organizzative	4	2	11	0	21	21	3	1+59 rinnovi	2+17 rinnovi
Incarichi dirigenziali	228	158	189	241	738	295	214	266	258

* Assunzioni a tempo indeterminato dirigenti: sono comprese le trasformazioni da TD a TI

** Assunzioni a tempo indeterminato comparto: sono comprese le trasformazioni da TD a TI

*** Considerando le varie tipologie di delibere, gli atti sono però 96

**** Tirocini avviati ai sensi della Legge 68 tramite convenzione con l'Agenzia del Lavoro

Di seguito si riportano le azioni più significative che hanno interessato il Servizio Acquisizione e sviluppo nell'esercizio:

- Nuova organizzazione aziendale: la nuova organizzazione aziendale ha comportato un grosso lavoro di studio, di predisposizione / di supporto nella predisposizione di varie deliberazioni quali, tra gli altri, l'approvazione degli incarichi dirigenziali di Dirigente di dipartimento della dirigenza tecnica e amministrativa, l'approvazione delle funzioni dei servizi e delle unità di missione semplice nonché l'assegnazione dei relativi incarichi, l'approvazione dell'assetto organizzativo degli uffici e degli incarichi speciali;
- attività di selezione: sono state espletate n. 29 procedure concorsuali (indette n. 27) e n. 53 procedure selettive (indette n. 55), in parte anche con lo scopo di reperire personale per la riapertura del punto nascita di Cavalese. Complessivamente sono stati assunti n. 158 dirigenti, di cui n. 93 a tempo indeterminato e n. 65 a tempo determinato, e n. 625 unità di personale delle categorie, di cui n. 412 a tempo indeterminato e n. 213 a tempo determinato. N. 19 unità sono state assunte tramite mobilità interregionale. Nel 2017 è stata anche attivata la procedura online delle domande concorsuali, sperimentata nel concorso pubblico per infermiere (n. 1296 domande pervenute). All'attività di selezione ordinaria si è aggiunta un'intensa attività di selezione legata al nuovo assetto organizzativo di APSS, in particolare per le selezioni dei responsabili d'ufficio e incarichi speciali (n. 58 complessive), con conseguente notevole incremento del carico di lavoro;
- part time, telelavoro e smart working: con deliberazione del Direttore Generale n. 175 del 12 aprile 2017 sono state definite le nuove modalità di assegnazione delle postazioni di telelavoro domiciliare, prevedendo un bando per l'assegnazione di 30 postazioni di telelavoro. Non è stato possibile evadere tutte le richieste pervenute (74), che nel 2017 sono significativamente aumentate rispetto agli anni scorsi. È stata avviata la sperimentazione dello smart working nell'area dirigenziale, divenuto nel frattempo legge (22 maggio 2017 n. 81). In particolare, la sperimentazione è stata avviata su 17 dirigenti. Per quanto riguarda il part time, sono stati attivati n. 53 contratti di part time definitivo, n. 456 di part time temporaneo e n. 54 contratti ad orario ridotto (personale dirigenziale). N. 155 le unità rientrate a tempo pieno;
- miglioramento del benessere organizzativo: attuazione a regime dei processi in ambito delle tematiche di conciliazione in particolare, PER.LA e lunghe assenze. Le attività sono proseguite, le persone coinvolte sono aumentate. Una criticità emersa è legata all'adeguamento alla nuova organizzazione e individuazione dei nuovi responsabili: è stato necessario prorogare fino a metà 2018 tutti gli accordi in essere e in scadenza a fine anno;
- chiusura punti nascita: con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2168 del 27 novembre 2015 erano state autorizzate integrazioni alla dotazione organica aziendale e finanziate nuove assunzioni al fine di raggiungere gli standard minimi di personale - come da protocollo metodologico elaborato dal Comitato Percorso nascita nazionale (art. 1 D.M. 11.11.2015 - per ottenere la deroga sui punti nascita aziendali di Arco, Cavalese, Cles e Tione. Il Ministero, a

seguito di richiesta da parte della Provincia. I punti nascita aziendali di Arco e Tione sono stati chiusi nel 2016, mentre la deroga è stata concessa per i punti nascita di Cles e Cavalese; sono state previste procedure concorsuali e selettive per la loro messa in sicurezza: tali attività hanno comportato un grosso sforzo da parte del Servizio nel tentativo di fare il possibile per reperire il personale necessario al funzionamento del punto nascita. Nel corso del 2017 è stata tuttavia sospesa l'attività del punto nascita di Cavalese: si è cercato, attraverso varie procedure concorsuali e selettive, di reperire il personale per poter procedere alla riapertura del medesimo.

- mobilità volontaria interna: è proseguita la gestione disciplinata dal regolamento sulla mobilità e dalle linee guida aziendali modificate con deliberazione n. 412 del 20 ottobre 2015, con l'apposita procedura che consente una verifica delle competenze e la valorizzazione delle conoscenze, esperienze e aspettative di sviluppo delle persone. Nel corso del 2017 sono state numerose le valutazioni del personale infermieristico (infermieri e ostetriche) da assegnare all'ambito territoriale, particolarmente onerosa è stata la definizione della mobilità inerente il personale ostetrico per le varie sedi di attuazione del percorso nascita.
- tirocini e altre frequenze: è proseguita l'attività di gestione delle convenzioni e delle autorizzazioni, in sinergia con il Servizio Ospedaliero Provinciale e il Polo delle professioni sanitarie.

Nel 2017 il Miur ha pubblicato una circolare in riferimento al Decreto interministeriale 13 giugno 2017 n. 402 che ha definito gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria ai sensi dell'art. 3, comma 3, del D.l. n. 68/2015. L'articolo 1.2 dell'Allegato "1" al D.l. 13 giugno 2017 n. 402, consente, al fine di completare la rete formativa delle strutture che concorrono alla formazione degli specializzandi di ciascuna Scuola, l'accreditamento di "eventuali strutture di supporto della stessa specialità della struttura di sede (dette "strutture collegate") convenzionate al fine di raggiungere o completare l'attività assistenziale richiesta per la formazione degli specializzandi" o l'utilizzo di strutture di supporto "servizi, attività, laboratori, o altro che possono non essere presenti nella struttura di sede o nelle strutture collegate o nelle Aziende Ospedaliere che ospitano le suddette strutture (dette "strutture complementari") di specialità diversa da quella della struttura di sede", convenzionate al fine di raggiungere o completare l'attività assistenziale richiesta per la formazione degli specializzandi;

La normativa in vigore prevede che le Scuole di Specializzazione abbiano una propria "Rete formativa" che comprende sia Strutture "collegate" che Strutture "complementari". I rapporti tra le Università e le strutture collegate o complementari (APSS) devono essere disciplinati da appositi rapporti convenzionali. Questo richiede (es. SdS in Neurologia di Trieste ha richiesto che l'UO Neurologia e Riabilitazione Neurologica di Rovereto diventasse struttura complementare della loro rete formativa) la stipulazione di convenzioni specifiche oltre a quelle predisposte per la formazione dei periodi di formazione fuori rete formativa.

- nido aziendale: è continuata l'attività di presidio dell'attività dell'asilo nido aziendale attraverso la figura del coordinatore pedagogico. È stata ripetuta l'esperienza di centro estivo aziendale con ottimi risultati di soddisfazione degli utenti. Con il coordinatore pedagogico è proseguita la significativa esperienza con i reparti ospedalieri in cui vi è la presenza di bambini, in stretta collaborazione con la U.O. di psicologia.
- nuova disciplina di reclutamento: con la definizione del fabbisogno di personale dirigenziale del ruolo professionale, amministrativo e tecnico effettuata dalla Giunta provinciale in applicazione delle modificazioni alla legge sul personale della Provincia introdotte con la legge provinciale n. 7 del 2015, l'Azienda ha adottato le norme di reclutamento provinciale. È stato gestito direttamente dall'Azienda, con il supporto del nucleo di valutazione della PAT, un avviso per l'assunzione di dirigente professionale a tempo determinato, ai sensi dell'art. 28 della legge sul personale della Provincia; sono state effettuate due procedure di mobilità da altre amministrazioni, ai sensi dell'art. 21 della medesima legge ed è stato fornito supporto ai competenti uffici provinciali per la redazione del bando di concorso pubblico per dirigente amministrativo e del bando per assunzioni con contratto a termine con finalità formative: nel corso del 2017 sono proseguite le attività di reclutamento di tale personale. Per quanto riguarda il personale assunto con finalità formative, è stata intensa la collaborazione con la Provincia per l'organizzazione dell'evento legato alla presentazione di detto personale.

SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

Con riferimento ai vari temi inerenti l'amministrazione del personale, gli obiettivi conseguiti per l'anno 2017 attestano a:

- rispetto tetto spesa in tema di personale previsto dalle direttive della giunta provinciale n. 2413 del 18 dicembre 2016. Nei primi mesi dell'anno, le proiezioni di spesa apparivano critiche, con un'ipotesi di superamento significativo del limite di spesa. Ciò ha richiesto un intenso lavoro di monitoraggio delle attività di acquisizione del personale ed il contenimento massimo del numero delle assunzioni da effettuare. Al fine di evitare lo sfioramento del tetto di spesa, è stato richiesto anche un finanziamento aggiuntivo alla Giunta provinciale, che è stato riconosciuto con deliberazione G.P. n. 1775 del 27 ottobre 2017. Negli ultimi mesi la situazione è andata normalizzandosi e le ultime proiezioni effettuate attestano un andamento di spesa ben al di sotto del tetto previsto, come integrato dal finanziamento aggiuntivo sopra citato;
- applicazioni contrattuali di dicembre 2016 comparto e dirigenza medica al personale dipendente: assicurato l'adeguamento dei sistemi informatici e i controlli necessari, riuscendo a dare applicazione alle disposizioni (pagamento corrente e arretrato) fin dalle competenze di gennaio. Per il comparto, la disciplina delle fasce ha richiesto un ulteriore accordo, sottoscritto a marzo 2017, cui è stata data applicazione con le competenze di marzo (incremento generalizzato di una fascia) e aprile (attribuzione della prima fascia). Complessivamente sono stati coinvolti oltre otto mila dipendenti, per un controvalore sul 2017 di oltre 17 milioni di euro (al lordo degli oneri riflessi);
- applicazione del contratto provinciale della dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (PTA) ai nuovi dirigenti aziendali;
- applicazione della nuova disciplina dell'anticipo del TFR per i dipendenti: assicurate l'informazione generalizzata, la disponibilità di nuovi moduli e la formazione degli addetti;
- sviluppo e diffusione del programma di gestione dell'attività esterna dei dipendenti: sviluppato, in collaborazione con il Servizio Sistemi Informativi, un programma che raccoglie a livello aziendale il dato e ne consente la gestione seguendo il dipendente in tutta l'attività. Il programma è operativo da aprile;
- sviluppo e sperimentazione dei controlli sull'attività svolta in regime di libera professione intramoenia dei dirigenti: sviluppato un controllo generalizzato sul rispetto dell'orario di servizio da parte dei dirigenti impegnati nella libera professione intramurale. Incrociando i dati delle prenotazioni di attività in L.P. con le registrazioni della rilevazione presenze in servizio, sono forniti agli uffici tutti i casi d'incongruenza. Gli uffici sviluppano gli ulteriori controlli, fino all'eventuale contestazione e al recupero economico. Il sistema, testato nei primi cinque mesi del 2017, ha dato esito positivo. E' in corso la messa a regime del sistema informativo;
- gestione amministrativa, la predisposizione dei provvedimenti, l'aspetto economico e organizzativo di competenza per l'attivazione della prima AFT del Trentino, quella di Pinzolo, sancita con l'accordo del 31 maggio 2017 e operativa dal 29 giugno 2017;
- accordo per la definizione dei Progetti 2018 – 2022 per i medici convenzionati: sottoscritto l'Accordo aziendale per la disciplina e il finanziamento dei Progetti della medicina Generale per il quinquennio 2018 – 2022. La predisposizione di questi progetti è avvenuta nell'ambito di un lavoro con varie articolazioni aziendali (Servizio Territoriale, Sistemi Informativi, Servizio Amministrazione del Personale) e vedrà l'investimento di fondi un importo complessivamente superiore, nel quinquennio, a 16 milioni di Euro;

FORMAZIONE DI BASE

Il processo gestisce in modo integrato le attività formative dell'area sanitaria, universitarie e non, che comportano il conseguimento di una Laurea di primo livello, di un diploma di formazione universitaria post lauream (Master e Corso di perfezionamento), o di una qualifica professionale, in modo coerente con la programmazione provinciale, i fabbisogni aziendali e l'evoluzione del mercato del lavoro. Tra le attività svolte si sottolineano:

- Partecipato al gruppo di lavoro per la stesura del Piano trasversale relativo alla formazione e conoscenza
- Elaborate proposte di modifica e integrazione al Piano triennale della formazione del SSP 2017/20:
 - o ridefinizione del piano finanziario legato alla formazione
 - o aree dei fabbisogni formativi e di sviluppo
 - o revisione dei criteri per l'attribuzione di incarichi legati alle attività didattiche
- Partecipazione a gruppi di lavoro PAT per l'adeguamento del piano di studio e direttive del corso OSS, elaborazione del profilo di assistente domiciliare per la certificazione delle competenze.

In coerenza alle norme della trasparenza e anti-corrruzione sono stati emessi avvisi per l'affidamento dell'incarico di docenza e conduzione dei laboratori superiori a 8 ore.

Negli ultimi anni si è notata una inversione di tendenza e di maggiore interesse verso le professioni sanitarie (aumento del 15% delle domande su posto) per effetto della possibilità occupazionale e delle strategie di informazione messa in atto: opuscoli informativi dei corsi, Open Day, incontri negli Istituti superiori, informazioni sul sito istituzionale.

E' stata assicurata aderenza ai piani di studio ai problemi prioritari di salute e indirizzi provinciali: problematiche delle demenze è garantita all'interno di tutti i percorsi formativi (da 150 di infermieristica e OSS a 30 ore per igiene dentale); pratica interprofessionale; uso dei social-media per messaggi e interventi di promozione della salute e rischi dei social - cyber bullismo; le dipendenze; trasmette messaggi positivi delle vaccinazioni; cure palliative a pazienti non oncologici; prevenire e gestire la violenza contro le donne.

Dal riesame (scheda AVA) emerge che la percezione della qualità didattica [range 1-4] relativamente all'attività teorica, di simulazione e tirocinio per tutti i corsi universitari è in media 3,13 (IC:3,07-3,33) e per i corsi professionali per il 95 % (IC: 93-98) è buona. Dai risultati di valutazione degli ambienti clinici – sedi di tirocinio – dell'APSS permane da due anni uno score medio SVIAT di 160,14 (range 157 – 163) su uno score medio italiano di 143.

Si sottolineano coinvolgimento, incarico e formazione di 260 professionisti per la conduzione di attività di laboratorio nei corsi universitari (laurea, master,...) e corsi professionali; di 350 docenti dei corsi di laurea e master, 180 sono del SSP; 120 per i corsi professionali (OSS e Piercing).

L'analisi del tasso di occupazione medio dei neo-laureati dei corsi di laurea delle professioni sanitarie è 84%. Rispetto al corso OSS l'84,2 % dei qualificati lavora e 81,3% di questi è stato assunto entro tre mesi dall'acquisizione del titolo;

In coerenza con il fabbisogno formativo e le azioni previste dal piano triennale della formazione degli operatori del SSP sono state progettati percorsi master interprofessionali universitari per l'acquisizione di competenze e skills professionali e trasversali (management, tutorship, ricerca). Sono stati progettati i seguenti percorsi interprofessionali postlauream:

- alta formazione Nursing Assessment avanzato in situazioni complesse
- riabilitazione e gestione della persona con Parkinson
- management assistenziale e riabilitativo della persona con demenza
- educazione terapeutica e master leadership per funzioni di coordinamento avanzate delle professioni sanitarie

E' stata inoltre attivata la nuova sede formativa di Cles del Corso OSS per l'anno formativo 2017/19.

Sono stati realizzati percorsi di formazione pedagogica e garantito il "riconoscimento ECM dell'attività tutoriale" svolta da professionisti dei Servizi. Nel 2017 sono stati individuati 560 professionisti (appartenuti alle categorie Infermieri, FT, TerP, TPLL, ID) con funzioni di supervisore, ai quali sono stati attribuiti 7900 crediti.

Infine sono state progettate e realizzate edizioni del corso BLSD training IRC dedicate agli studenti a fine corso per garantire la certificazione nella fase di inserimento lavorativo

COLLABORAZIONE CON ALTRI SERVIZI. Mantenuta una costatante collaborazione con altre strutture:

- Collaborazione con il Servizio Governance Processi Assistenziali per l'implementazione e valutazione dell'impatto del modello Primary Nursing in ambito chirurgico e lo sviluppo di cure centrate sulla persona e famiglia (Ospedale che cura con cura - Borgo e Tione)
- Progetto SVIAT in partnership con UNIUD, UniMI.; collaborazione nel progetto di elaborazione e validazione di uno strumento per valutare la qualità degli ambienti di apprendimento e del tutorato clinico
- Collaborazione con ANVUR e Progress TEST e TECO T e D – auto valutazione dello sviluppo di competenze disciplinari e generiche (literacy, numeracy, problem solving e decision making)
- Partecipazione al progetto di ricerca sul processo decisionale degli infermieri in merito alla contenzione fisica in contesti per acuti e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

SUPPORTO AMMINISTRATIVO: Con l'istituzione dell'Ufficio supporto amministrativo alla formazione, in cui è stato incardinato il personale amministrativo, sono stati analizzati i processi amministrativi omogenei tra Polo universitario delle professioni sanitarie e Servizio formazione ed è stata effettuata la revisione delle responsabilità e dei processi formativo/amministrativi.

Soddisfazione area servizi: dalle valutazioni effettuate sull'utenza emerge un buon grado di soddisfazione rispetto al servizio front - office offerto. L'utenza esprime una buona accessibilità alle informazioni online, linguaggi usati, comprensibilità, tempestività di comunicazione, uso FAQ. Le FAQ per l'utenza relative a modalità iscrizione ai corsi professionali, servizi agli studenti, iscrizione agli esami ecc... sono costantemente aggiornate e disponibili al link del Polo universitario <https://www.apss.tn.it/formazione>;

BIBLIOTECA: Sono state completate le procedure per l'attivazione ad inizio anno 2017 della Biblioteca Sanitaria Trentina con sede presso il Polo Universitario delle Professioni Sanitarie di Trento, nata dall'unificazione della biblioteca delle professioni sanitarie con la biblioteca medica. Il movimento dei prestiti e dei rinnovi della biblioteca delle professioni sanitarie annuo è stato di 1.400 con una media di 20 consultazioni/die per studio in biblioteca. L'utilizzo complessivo (Total usage) è molto buono: in media vengono consultati 700/800 argomenti clinici alla settimana e si sono registrati (cioè hanno creato il proprio account UpToDate) 499 professionisti.

TIROCINI E ALTRE FREQUENZE: Sono state processate più di 100 richieste all'anno e attivati 900 progetti formativi/anno. E' stato attivato un confronto con le Scuole di specializzazione in psicoterapia, specializzazioni mediche, scuola di medicina generale e Istituti Superiori (per l'alternanza scuola lavoro) che ha condotto all'elaborazione e approvazione di un modello di attivazione dei tirocini e stage orientato alla pianificazione e semplificazione. E' proseguita l'attività di gestione delle convenzioni e delle autorizzazioni, in sinergia con il servizio amministrativo acquisizione e sviluppo e area di governance.

FORMAZIONE CONTINUA

Il Servizio Formazione, in riferimento all'obiettivo di rendere più efficiente e efficace il processo di analisi del fabbisogno, in modo da renderlo coerente con i cambiamenti organizzativi, nelle more della riorganizzazione aziendale, su mandato del Consiglio di Direzione e anche in riferimento alla specifica azione (individuare e sperimentare nuove strategie organizzative che permettano di presidiare maggiormente l'intero processo formativo a partire dalla delicata fase dell'analisi del fabbisogno in modo da orientare l'utilizzo di tipologie e metodologie formative sempre più appropriate) ha proceduto alla stesura di una prima edizione del Piano biennale 2017-2018 per la formazione continua; tale Piano è stato integrato nel secondo semestre del 2017 e nel contempo è stata definita la nuova modalità di raccolta ed analisi dei fabbisogni formativi.

Nel corso del 2017 sono stati realizzati 95 corsi di formazione residenziale (per un totale di 512 edizioni) e 15 corsi di formazione a distanza (20 edizioni); sono stati inoltre accreditati 233 progetti di formazione sul campo, che hanno visto la partecipazione in totale di 14871 professionisti (dato parziale).

Altre attività messe in atto in questo ambito:

- sono stati rivisti i percorsi autorizzativi delle richieste di formazione

- aggiornamento e costruzione in progress del Piano per la formazione con aggregazione per area e assegnazione per affinità
- avviata revisione delle modalità per l'invio e attivazione dei progetti di formazione sul campo (e-mail dedicata per garantire continuità; presa in carico e assegnazione interna)
- è stata sostenuta e superata, in data 29/03/2017 la visita di rinnovo certificazione con adeguamento alla nuova norma ISO 9001:2015.
- sono state riviste modalità e contenuti nella conduzione e realizzazione delle visite ispettive, che hanno previsto di raccogliere e mappare le situazioni di rischio e passaggi, partendo dall'esperienza dei singoli formatori e personale amministrativo, con l'obiettivo di individuare modalità di prevenzione e gestione dei rischi previsti dalla nuova versione ISO 9001:2015
- studio e piano di fattibilità per l'esternalizzazione della formazione BLS training e retraining su indicazione e mandato della PAT
- avvio collaborazione con la PAT per adeguamento all'Accordo Stato-Regione e province autonome di data 06/02/2017 in tema di "formazione continua nel settore Salute".
- gestione istruttoria per acquisizione di un pacchetto FAD finalizzato a ottemperare a quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni e province autonome di data 21/12/2011, in materia di sicurezza dei lavoratori. È stata predisposta la documentazione utile alla delibera della Giunta provinciale ed effettuata una visita presso Regione limitrofa per uno studio di fattibilità e adeguatezza alle esigenze di APSS.
- progettazione ed avvio di un percorso blended in tema di movimentazione carichi per l'Ospedale S. Chiara. Attivato il modulo di formazione a distanza della durata di 2 ore; sono state realizzate le prime 28 edizioni d'aula (2 ore ciascuna), che hanno portato a formare 519 operatori dell'Ospedale S. Chiara; il percorso proseguirà nell'anno 2018
- Progettazione di edizioni del corso BLS training dedicate al personale OSS a contatto con i pazienti e operante in UU.OO./Servizi dell'Ospedale S. Chiara
- sono stati organizzati gli incontri formativi legati ai Progetti S. Lorenzo e 100 giorni ed è stato dato supporto al Consiglio di Direzione nell'organizzazione dei 16 incontri informativi con i dipendenti.
- sono state elaborate, congiuntamente al Polo Universitario delle professioni sanitarie, proposte di modifica e integrazione al Piano triennale della formazione del SSP 2017/20:
 - ridefinizione del piano finanziario legato alla formazione continua (interna ed esterna)
 - aree dei fabbisogni formativi
 - revisione dei criteri per l'attribuzione di incarichi legati alle attività didattiche
- collaborazione alla stesura del Piano trasversale relativo alla formazione aziendale.
- con l'istituzione dell'Ufficio supporto amministrativo alla formazione, in cui è stato incardinato il personale amministrativo, sono stati analizzati i processi amministrativi omogenei tra Servizio formazione e Polo universitario delle professioni sanitarie e effettuata la revisione delle responsabilità e dei processi formativo/amministrativi.

GESTIONE PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

E' stata presidiata la funzione disciplinare nel rispetto di termini e procedure previste dai vigenti codici disciplinari delle diverse aree contrattuali del comparto sanità nonché dell'A.C.N. relativo alla disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali. Complessivamente sono pervenute all'Ufficio per i procedimenti disciplinari n. 51 segnalazioni: n. 19 sono state archiviate in fase preistruttoria, n. 32 hanno determinato l'apertura di procedimenti disciplinari. Di questi, n. 22 sono stati istruiti e definiti nel 2017, n. 7 sono stati attivati e sospesi in attesa degli esiti dei procedimenti penali correlati e n. 3 sono in corso di svolgimento. E' stata assicurata l'attività di consulenza alle strutture aziendali nella corretta interpretazione delle norme disciplinari ed il supporto tecnico specialistico, ove richiesto, nella predisposizione degli atti concernenti i procedimenti disciplinari rimessi alla competenza dei "responsabili della struttura di assegnazione del dipendente".

RELAZIONI SINDACALI

Nel corso del 2017 l'attività si è espletata sia a livello di contrattazione provinciale (supporto all'APRaN nell'ambito della fase negoziale di rinnovo dei contratti collettivi provinciali del

comparto sanità 2016-2018 attualmente in corso: 18 incontri), sia a livello di negoziazione decentrata attraverso:

- o Area del personale delle categorie: programmazione, coordinamento e verbalizzazione di incontri a carattere concertativo, informativo e di confronto su istituti/ materie contrattuali oggetto di tali livelli di relazioni sindacali e sulla riorganizzazione complessiva di APSS (complessivamente: n. 17 incontri);
- o Area dei dirigenti medici, veterinari, odontoiatri e sanitari, compresi i dirigenti delle professioni sanitarie, e area della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa: conduzione della contrattazione aziendale nelle materie oggetto di negoziazione annuale (n. 2 accordi sottoscritti); programmazione e coordinamento di incontri a carattere informativo/confronto su istituti giuridici ed economici di rilevante impatto e sulla riorganizzazione complessiva (complessivamente: n. 7 incontri).

E' stata curata e coordinata la corrispondenza con le Organizzazioni sindacali delle diverse aree contrattuali, avvalendosi allo scopo del supporto tecnico fornito dai servizi aziendali di volta in volta interessati. E' stato presidiato il corretto utilizzo delle prerogative e dei diritti sindacali ed assicurato il flusso informativo nei confronti delle Organizzazioni sindacali e dell'APRaN.

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURALE

Nel 2017 sono state applicate le modifiche inserite nell'"Atto Aziendale in materia di libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni" decorrenti dal 1 gennaio 2017. Sono state adeguate le fasce orarie di tutti i Dirigenti autorizzati all'esercizio della libera professione intramurale, che hanno riguardato circa 600 dirigenti medici che esercitano la libera professione intramurale. Riguardo alle segnalazioni effettuate dagli uffici rilevazione presenze s'invia formale segnalazione nei casi di reale sovrapposizione dell'attività libero professionale con l'attività istituzionale.

La Commissione di promozione e verifica della libera professione si è regolarmente riunita nei tempi e nelle modalità previste dall'Atto Aziendale (nr. 2 incontri nell'anno 2017).

È stato assicurato il pagamento degli importi come da scadenze definite nei vigenti accordi contrattuali/aziendali. Con cadenza mensile sono state regolarmente adottate le delibere di autorizzazione/modifica all'esercizio della libera professione intramurale.

PIANO DI SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI

Il modello delle competenze è la cornice di riferimento dei sistemi di Sviluppo del Personale in APSS. Questi sistemi sono stati introdotti allo scopo di chiarire quali sono le aspettative dell'organizzazione nei confronti dei ruoli ritenuti chiave, sia in termini di competenze agite e indispensabili per l'esercizio del ruolo, sia in termini di obiettivi individuali che annualmente sono assegnati. Obiettivi annuali chiari e competenze manageriali e/o specialistiche ben definite facilitano i professionisti nell'applicazione delle competenze più adeguate e nello svolgimento delle attività in un'ottica di miglioramento, con conseguente maggiore probabilità di motivazione, soddisfazione e crescita lavorativa di ciascuno. Definire cosa ci si aspetta dai singoli, quali sono le attività e le competenze dei ruoli strategici è fondamentale al fine di orientare i comportamenti, soprattutto in un momento di riorganizzazione.

I sistemi qui individuati e che realizzano questa logica di base sono:

- il sistema di sviluppo delle prestazioni individuali (processo di assegnazione obiettivi individuali e valutazione annuale)
- il sistema di sviluppo delle competenze specialistiche (care & clinical competence) e manageriali.

In coerenza con le esigenze e prospettive sopra descritte, la programmazione delle attività 2017 ha previsto i seguenti obiettivi principali in ambito prestazioni e competenze individuali:

- migliorare il processo di sviluppo delle prestazioni, in modo da avvicinarlo sempre di più ai ruoli professionali e in modo da integrarlo maggiormente con il processo di sviluppo delle competenze;
- proseguire nel progetto "Care competence", ponendo particolare attenzione sia alla costruzione degli strumenti di mappatura delle competenze specialistiche assistenziali, in linea con i modelli organizzativi presenti negli ambiti scelti, sia al coinvolgimento dei professionisti nella validazione degli stessi attraverso la fase sperimentale;
- cogliere le novità relative alla riorganizzazione aziendale in termini di istituzione e sviluppo dei nuovi ruoli, in modo da costruire gli strumenti necessari per il proprio percorso di rinforzo delle competenze richieste.

Risultati ottenuti

1) SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI

La valutazione e sviluppo delle prestazioni coinvolge nella prima parte dell'anno circa 500 valutatori ed oltre 5000 collaboratori valutati. A supporto di questo processo sono previste due attività principali:

- l'assistenza individuale ai valutatori;
- la formazione d'aula, riformulata ogni anno a seconda del target.

In risposta alle esigenze emerse nel corso dell'anno precedente, la formazione – interamente gestita da personale interno - è stata articolata in:

- 2 edizioni del corso "Lo sviluppo delle prestazioni: corso base per neovalutatori" della durata di una giornata, per 26 neovalutatori (Direttori clinico sanitari, Coordinatori delle professioni sanitarie);
- 2 edizioni del corso "Lo sviluppo delle prestazioni: corso avanzato" della durata di mezza giornata, per 26 valutatori con esperienza di almeno un ciclo di valutazione annuale.

I metodi d'aula, come in passato, hanno previsto una forte componente "esperienziale", di interazione tra professionisti e di discussione di casi reali, anche portati dai partecipanti. In linea

con l'approccio concreto e contestualizzato della formazione in tema di valutazione, è stata anche erogata un'edizione riservata ai coordinatori infermieristici delle cure domiciliari. Quest'edizione aveva lo scopo di integrare i sistemi di valutazione annuale e di sviluppo delle competenze, attraverso l'assegnazione di obiettivi individuali basati sulla mappatura delle competenze assistenziali, sperimentata nell'anno precedente.

All'accompagnamento dei valutatori nel contesto d'aula, va aggiunta anche la modalità one to one, in particolare l'affiancamento a circa 20 valutatori dei diversi profili, su loro richiesta.

E' proseguito durante tutto l'anno il supporto tecnico ai fini dell'allineamento corretto in Peoplesoft tra dati organizzativi aggiornati dei dipendenti (dovuti a trasferimenti, ecc.) e le rispettive schede di valutazione al valutatore corretto, secondo una tempistica che facilita la compilazione delle schede (il 90% delle risposte fornita entro 48 ore, con risoluzione delle problematiche evidenziate dalle richieste).

Il sistema di sviluppo delle prestazioni, inoltre, è stato rivisto in ottica di:

- accreditamento JCI: gli strumenti extrasistema che facilitano l'assegnazione obiettivi/valutazione dei dirigenti medici (ad esempio: check list, materiale esemplificativo, ecc.) sono stati adattati agli standard richiesti (valutazione delle soglie di attività, comportamenti inerenti la sicurezza, indicatori di crescita professionale);
- riorganizzazione aziendale: sono state apportate le prime modifiche organizzative al sistema Peoplesoft impattanti sul modulo relativo al performance management.

2) SVILUPPO DELLE COMPETENZE

Lo sviluppo delle competenze in APSS comprende tre tipologie di competenze:

- professionali assistenziali
- professionali cliniche
- manageriali.

Le iniziative progettuali che nel tempo di stanno realizzando sono svolte secondo una logica di miglioramento continuo, ovvero:

- costruzione di strumenti per la mappatura e lo sviluppo delle competenze (catalogo delle competenze, scala valutativa, griglia per la mappatura)
- sperimentazione degli strumenti costruiti, attraverso il coinvolgimento diretto di un campione dei professionisti sanitari di uno specifico ambito
- analisi dei risultati e revisione degli strumenti
- elaborazione di un piano di estensione

In prosecuzione con le attività dell'anno precedente, la maggior parte delle iniziative inerenti lo sviluppo delle competenze si sono concentrate su quelle professionali assistenziali, lasciando alla pianificazione degli anni successivi le iniziative rivolte alle competenze professionali cliniche.

Nella tabella sottostante sono presentati i risultati raggiunti nell'ambito dello sviluppo delle competenze nel 2017, seguendo le tipologie di competenza individuate sopra.

Ambito di competenza: competenze professionali assistenziali

Risultati raggiunti

1. Sono stati conclusi i cataloghi delle competenze relativi ai ruoli di:

- ostetrica esperta della ginecologia e ostetricia di Trento;
- infermiere esperto della medicina ad alta intensità.

2. E' stata conclusa la fase sperimentale della mappatura delle competenze sulla base dei cataloghi, in modalità di valutazione e di autovalutazione da parte di un campione dei seguenti ambiti:

- cure domiciliari: 48 infermieri e 4 coordinatori infermieristici;
- chirurgie: 45 infermieri, 3 coordinatori infermieristici;

- ostetricia: 33 ostetriche della sala parto di Trento, 1 coordinatrice.

La mappatura delle competenze nella fase sperimentale di autovalutazione da parte di infermieri e ostetriche è stata svolta all'interno di aggiornamenti monotematici ad hoc, seguiti da focus group.

A chiusura della fase sperimentale, per ciascuno di questi ambiti sono stati presentati i relativi risultati della sperimentazione ai coordinatori/infermieri ed ostetriche.

Inoltre, le chirurgie che hanno partecipato alla fase sperimentale del 2016, hanno chiesto di ripetere la sperimentazione nella modalità di autovalutazione, al fine di includere anche i nuovi arrivati e verificare la percezione di un cambiamento da un anno all'altro nella propria crescita professionale.

3. Sono stati applicati i risultati delle auto ed etero valutazioni delle competenze professionali attraverso:

- l'elaborazione di un piano di sviluppo delle competenze per 42 ostetriche della sala parto di Trento.

Nel piano è contenuto l'elenco delle attività di sviluppo (formazione, stage, affiancamento) derivate dalle aree di miglioramento emerse dalla mappatura delle competenze. Il piano associa ciascuna azione di sviluppo all'ostetrica che ha evidenziato la corrispondente area di miglioramento. Esso costituisce la base per la pianificazione delle singole attività, anche negli anni futuri.

- l'integrazione tra mappatura delle competenze professionali e assegnazione degli obiettivi individuali, basati quindi sul potenziamento delle proprie competenze, al fine di migliorare le attività del servizio. Come detto in precedenza, questo approccio nuovo è stato accompagnato e applicato nelle chirurgie con il modello del primary nursing, nelle cure domiciliari e in ostetricia.

5. E' stata allineata la mappatura delle competenze con gli altri sistemi di gestione del personale, come i Piani di Inserimento e Valutazione del neoassunto (PIV) in: chirurgia, riabilitazione (ruolo di logopedista).

Tra le attività pianificate per il 2017, rimane da concludere la fase sperimentale in Osservazione breve e in Pronto Soccorso (TN), nonché da analizzare i dati e presentare i risultati della sperimentazione nelle chirurgie coinvolte.

Ambito di competenza: competenze ruoli manageriali

Risultati raggiunti

Nella seconda parte dell'anno, all'interno del progetto di impostazione della riorganizzazione aziendale (cd. Progetto "100 giorni"), è stata avviata la stesura del profilo dei nuovi ruoli manageriali, in particolare quello di Direttore di Area ospedaliera e territoriale.

Il profilo di ruolo, costruito attraverso i seguenti passaggi:

- interviste ai Direttori del Consiglio di direzione e ai Direttori del SOP e Servizio Territoriale, in qualità di Responsabili del ruolo da profilare

- un ciclo di 3 workshop che ha visto il coinvolgimento dei direttori di Area, allo scopo di elaborare in modo condiviso il profilo e discutere insieme sulle attività che ritengono di competenza del direttore di Area.

Nei processi nei quali il direttore di Area è coinvolto ma non ne detiene la proprietà, il gruppo di progetto ha coinvolto i referenti aziendali di tali processi, al fine di richiedere un parere e allineare le aspettative per il proprio ambito di competenza (ad esempio, il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e il Dirigente del Servizio Prevenzione e protezione).

PIANO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Nel corso del 2017 sono state effettuate analisi statistiche e verifiche sulla documentazione disponibile (procedure gestionali ed operative), nonché verifiche presso i soggetti erogatori, per quanto riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali, utilizzando:

- il database del sistema di prenotazione (denominato "Cupernico") usato in APSS e presso i convenzionati;
- il database per il flusso ex art. 50 (dati cassa);
- il database del SIO (applicativo SDO).

Sono stati individuati ambiti di miglioramento dei dati e delle informazioni necessarie ad una più efficace ed efficiente gestione dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, soprattutto riducendo:

- la prenotazione di prestazioni con priorità clinica utilizzando codici riferiti a casi privi di priorità;
- l'utilizzo di codici priorità per i casi non prioritari;
- le prescrizioni effettuate dai medici di famiglia per mancata prescrizione da parte dei medici specialisti;
- la discordanza di attribuzione della priorità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (accordo fra medici di famiglia e specialisti su appropriatezza e tempestività prescrittiva).

Il continuo crescere della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali (fenomeno non esclusivo della sola Provincia di Trento) ha generato un numero crescente di utenti in attesa di essere ricontattati e prenotati dal CUP Call Center, nel momento in cui a quest'ultimo vengono messi a disposizione nuovi e aggiuntivi spazi nelle agende (cosiddetti utenti in attesa nel "contenitore"). Dal gennaio 2016 viene giornalmente monitorato il numero e la tipologia (per singola prestazione) di mancata prenotazione. Da un'analisi preliminare è emersa la presenza di numerose prestazioni di controllo fra le mancate prenotazioni e la tendenza degli operatori del Call Center, nei casi di mancata disponibilità di agende per le prestazioni di controllo, di invitare l'utente a ritelefonare nella speranza di trovare un posto prenotabile.

La tendenza del cosiddetto fenomeno di prenotabilità "last minute" per utenti senza priorità, a seguito della disponibilità imprevedibile di spazi nelle agende (ad es.: disdette, mancata conferma pre-appuntamenti), evidenzia l'opportunità di garantire un maggior numero di spazi nelle agende per utenti con priorità elevata e la necessità di attivare una nuova modalità dinamica dell'occupazione degli spazi nelle agende, in modo da garantire osmosi fra le sezioni delle agende, attualmente rigidamente separate.

E' stata valutata l'utilizzabilità dello strumento di prenotazione "CUP ON-LINE", che ha messo in evidenza criticità di due tipi:

- presentazione delle agende e dei dati ad esse connesse;
- difficoltà per l'utente in alcune fasi di utilizzo del prodotto (come emerge anche da uno studio nazionale dell'Istituto Sant'Anna di Pisa).

PRINCIPALI RISULTATI OTTENUTI

I principali risultati ottenuti nel 2017 sono stati:

- Incremento prescrizione/prenotazione a carico degli ambulatori specialistici e riduzione della prescrizione a carico dei medici di famiglia. Nel corso del 2017 vi è stato un elevato incremento rispetto al 2016 del numero di prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte delle UU.OO. ospedaliere e dei Servizi specialistici.
- L'attribuzione del codice RAO di priorità in fase di erogazione della prestazione, al fine di un ritorno informativo ai prescrittori, sia da parte del RIS (sistema informatico radiologico) sia da

parte del GIS (sistema informatico della UO Multizonale di gastroenterologia ed endoscopia digestiva).

- Feedback periodico semestrale ai medici di famiglia sull'utilizzo delle priorità e sulla concordanza prescrittiva.
- Incremento del numero di utenti nel contenitore in attesa di visita o prestazione di controllo, conseguente alla riduzione di richiamate al Call Center per presa in carico degli utenti da parte dello stesso Call Center, al fine di richiamare in prossimità della scadenza della visita o prestazione di controllo.
- Consolidamento del nuovo cruscotto QLIK per il monitoraggio gestionale dei tempi e delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il nuovo cruscotto, denominato "Tempi di attesa previsti" permetterà di conoscere il più recente tempo di attesa nel corso delle ultime 3 settimane.
- Aggiornamento dell'applicativo "CUP ON-LINE", anche nella versione APP per mobile, in linea con le indicazioni di maggior usabilità da parte degli utenti.

ALTRE ATTIVITÀ SVOLTE

- Inizio del progetto di formazione sul campo, applicando un modello di "audit clinico", nell'ambito delle attività della Commissione per la Specialistica ambulatoriale, con medici di famiglia e specialisti, per favorire l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistiche ed il miglioramento dell'appropriatezza dei follow-up, nell'ambito della endoscopia digestiva.
- Inizio aggiornamento del Manuale RAO, in linea con le indicazioni del progetto nazionale coordinato da Agenas.
- Progressiva diffusione di assegnazione di "ambiti geografici di garanzia" agli utenti che chiedono la prestazione il più possibile vicina al proprio domicilio, con verifica di fattibilità di criteri dinamici del limite massimo di attesa per i diversi gradi di priorità RAO, attivando uno scambio informativo con i MMG e PLS.
- Attivazione "CUP attivo" per gli utenti ultra65enni iscritti a TreC, al fine di favorire il tempestivo contatto telefonico dell'utente da parte del Call Center, evitando all'utente stesso di rivolgersi al CUP.

PIANO DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

Nel corso del 2017 l'attività del Servizio comunicazione interna ed esterna è stata rivolta innanzitutto verso un'efficace informazione e comunicazione su tutto quanto attiene all'erogazione e all'accesso ai servizi sanitari, attraverso una veloce capacità di risposta, anche attraverso i media, alle problematiche riscontrate da cittadini e portatori di interesse. Le attività che sono state realizzate hanno comportato l'utilizzo di diverse modalità per la rilevazione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini e per la conseguente risposta ai bisogni.

Comunicazione e ascolto dei cittadini

Comunicazione nei confronti degli utenti e orientamento per l'accesso ai servizi

Il Servizio comunicazione interna ed esterna ha avuto oltre 20.000 contatti nel corso del 2016 (richieste di informazioni/orientamento/aiuto formulate dai cittadini o da altri portatori di interessi telefonicamente, via fax, via email o personalmente). Il numero unico telefonico Prontosanità (848 806 806), attivato alla fine di gennaio 2012, ha dato un'importante risposta a queste esigenze. Nel 2016 Prontosanità ha continuato la sua attività anche in presenza di significativi cali di risorse umane garantendo un servizio apprezzato come si riscontra anche dai numeri dei cittadini che lo utilizzano oltre 9000 in aumento rispetto al 2015. È da ricordare che Prontosanità è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 16 con orario continuato. La media di richieste di informazioni pervenute è di circa 33 al giorno ed è gestito completamente dal Servizio.

Coordinamento dei rapporti e delle attività in partnership con associazioni di volontariato e altri enti

Il Servizio comunicazione interna ed esterna ha effettuato incontri con associazioni di volontariato e tutela e con gruppi più o meno vasti di associazioni e in stretta collaborazione con le direzioni interessate. In totale gli incontri effettuati nel 2016 sono stati 35: un incontro plenario con tutte le associazioni; 22 incontri con associazioni singole su problematiche particolari; tre incontri con il Tribunale per i diritti del malato; 10 incontri con la Consulta della salute. Il Servizio per poter interagire con i cittadini associati gestisce inoltre una Banca dati del volontariato socio-assistenziale e sanitario che viene aggiornata periodicamente. Il Servizio comunicazione interna ed esterna ha gestito e coordinato lo spazio «Sportello del volontariato» situato nell'atrio dell'ospedale Santa Chiara di Trento, finalizzato alla promozione dell'attività delle associazioni di volontariato socio-assistenziale e sanitario. Sono circa 50 le associazioni che sono coinvolte nell'iniziativa.

Coordinamento della Commissione mista conciliativa

Il Servizio coordina l'attività della Commissione mista conciliativa prevista dal regolamento aziendale e finalizzata alla valutazione congiunta assieme alle organizzazioni di volontariato, al Difensore civico e all'Assessorato, dei reclami/situazioni particolarmente complessi: la Cmc si è riunita 5 volte nel corso del 2016 (4 nel 2015). Nel corso del 2016 si è provveduto al rinnovo della Commissione.

Consulta della salute

Il Servizio comunicazione interna ed esterna partecipa regolarmente alle riunioni della Consulta della salute fungendo da collegamento fra Apss e Consulta stessa. Nel 2016 sono state 10 le partecipazioni alle riunioni della Consulta.

Rete Urp apss

Il Servizio coordina la rete URP dell'Apss presente nelle strutture con maggiore accesso dei cittadini con lo scopo di garantire l'attività di informazione, consulenza, orientamento e assistenza agli utenti nell'accesso ai servizi. Nel 2016 è stata effettuata una riunione di coordinamento.

Rete Urp Città di Trento

Il Servizio partecipa al progetto di collaborazione fra gli Urp del Comune di Trento, dell'Agenzia delle Entrate, della Provincia e della Questura, con l'obiettivo di scambiare informazioni e "buone

pratiche" e agevolare il cittadino nell'accesso alle informazioni sulle prestazioni erogate dai quattro enti. Sono stati effettuati nel 2016, due incontri con gli Enti succitati.

Attività finalizzata al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

È proseguita nel corso del 2016, in collaborazione con i volontari di TDM-Cittadinanzattiva del Trentino e con il coordinamento scientifico di Agenas, negli ospedali di Rovereto, Cles, Borgo, Tione, e Solatrix di Rovereto, Santa Chiara di Trento, Cavalese, Arco e San Camillo di Trento l'indagine denominata «Rilevazione del grado di umanizzazione negli ospedali». Nel corso del 2016 si è provveduto alla conclusione del terzo passaggio nei suddetti ospedali finalizzato a verificare le azioni positive messe in atto per cercare di risolvere le criticità emerse nella prima fase. Le strutture ospedaliere nel loro complesso monitorate a distanza di tre anni dalla prima rilevazione evidenziano che le criticità risolte sono circa il 90% di quelle rilevate nella prima indagine. È stato preparato il rapporto conclusivo dell'iniziativa. Nel corso del 2016, il 26 ottobre, è stata quindi organizzata la riunione seminario plenaria conclusiva di presentazione dei risultati e delle prospettive.

Sistema di raccolta, gestione e analisi delle segnalazioni

Raccolta e gestione delle segnalazioni: nel 2016 il totale è di 2.833 di cui 797 reclami, 2.006 encomi/ringraziamenti e 42 suggerimenti e proposte (2014 3.243 di cui 1.137 segnalazioni di disservizio, 2.060 di encomio e 30 suggerimenti e proposte). Dal Servizio comunicazione interna ed esterna è stato definito un rapporto delle segnalazioni che, oltre a dare una panoramica statistica, fornisce elementi per capire come dalla segnalazione siano scaturite significative azioni di miglioramento. Il Rapporto verrà discusso in una riunione plenaria con la Consulta della salute al fine di raccogliere ulteriori elementi per la comprensione delle criticità presenti nella percezione dei cittadini. Il rapporto del 2016 sarà disponibile sul sito internet Apss.

Coordinamento delle attività di mediazione culturale (funzioni di interpretariato linguistico e culturale) e alla rilevazione, monitoraggio e valutazione periodica dell'attività svolta dall'APSS per agevolare gli immigrati nell'accesso ai servizi sanitari

Organizzazione delle attività per agevolare l'accesso ai servizi da parte della popolazione straniera immigrata, organizzazione del servizio di mediazione culturale: il Servizio comunicazione interna ed esterna ha coordinato il servizio di mediazione culturale disponibile a chiamata per tutte le strutture aziendali e affidato dall'ottobre 2012 alla ditta Eurostreet di Biella. Gli interventi di mediazione di persona nel 2016 sono stati 1.291 (ore) (2015, 1.049 ore) e sono stati caratterizzati da una valutazione positiva effettuata dagli stessi operatori di oltre il 97%. Gli interventi di interpretariato telefonico sono nel 2016 numero 204 (nel 2015, 395).

Gestione dell'auditorium del Centro Servizi Sanitari

Anche nel 2016 è stato coordinata e gestita la funzionalità dell'auditorium e il suo utilizzo da parte delle strutture aziendali e extra aziendali. Considerato che sono ormai raggiunti i 10 anni di utilizzo senza particolari interventi di manutenzione, si prospetta per il prossimo futuro la eventualità di una ristrutturazione soprattutto della parte tecnologica per renderla più adeguata alle nuove esigenze.

Comunicazione e rapporti con l'esterno

Editoria

La comunicazione aziendale passa anche attraverso l'editoria che il Servizio comunicazione interna ed esterna coordina e cura anche attraverso il Gruppo per la valutazione delle pubblicazioni aziendali. Anche per il 2017 l'attività editoriale è stata orientata alla realizzazione di pubblicazioni con il supporto della stamperia interna, diffuse anche con *online*.

Nel 2017 sono state realizzate o aggiornate di 18 pubblicazioni oltre a materiali pubblicitari per i corsi di formazione organizzati dall'Apss per i quali il Servizio ha effettuato la seguito la parte di controllo delle bozze (sia dal punto di vista linguistico sia da quello dell'organicità delle informazioni in riferimento alle strutture aziendali), la fase di impaginazione (interfacendosi con il grafico di riferimento aziendale) e la diffusione alle strutture aziendali o all'esterno del materiale realizzato. Nel corso del 2017 sono state realizzate 4 campagne di comunicazione su: diagnosi precoce del

tumore del collo dell'utero paptest-hpv, percorso nascita vaccinazione antinfluenzale e rinforzo adesione screening oncologici oltre ad una quinta campagna, quella di prevenzione odontoiatrica, per la quale sono stati attuati i passi propedeutici all'avvio della campagna nel 2018.

Il Servizio ha altresì coordinato la pubblicazione delle Pagine bianche edita dalla Seat e la concessione e degli spazi per comunicazioni pubblicitarie nelle varie strutture dell'APSS.

Rapporti con i media

In un'ottica di trasparenza dell'ente pubblico rivestono particolare importanza le attività volte a far conoscere i servizi erogati dall'APSS coinvolgendo i media locali e nazionali nonché i servizi deputati alla comunicazione di altri enti pubblici. Il 2017 è stato un anno caratterizzato da alcuni eventi particolarmente rilevanti dal punto di vista mediatico che hanno richiesto un particolare impegno da parte del Servizio comunicazione interna ed esterna. Nel corso dell'anno il Servizio si è occupato della gestione dei rapporti con i media relazionandosi quotidianamente con i giornalisti, redigendo comunicati stampa (135 comunicati nell'anno) e svariati articoli, organizzando conferenze stampa (10 nel corso dell'anno), coordinando la realizzazione di video e di campagne di comunicazione nonché la partecipazione dei professionisti dell'APSS a trasmissioni televisive e radiofoniche. A novembre è partita la trasmissione televisiva «3 minuti di salute», realizzata dal Servizio in collaborazione con l'ufficio stampa della Pat e diffusa attraverso i social media e le principali emittenti televisive locali (10 puntate).

È inoltre proseguita la collaborazione con l'ufficio stampa della PAT nell'ambito del Tavolo per la comunicazione, che riunisce tutti i servizi deputati alla comunicazione dei maggiori enti pubblici trentini, con l'obiettivo di pianificare le principali azioni informative e promozionali con lo scopo di evitare sovrapposizioni e innescare economie di scala.

Anche nel 2017 è proseguito il progetto «118 informa», attività che vede coinvolto il Servizio a supporto ai giornalisti per fornire ai giornalisti informazioni tempestive sugli eventi traumatici in provincia di Trento. L'attività, svolta nel pieno rispetto della privacy, ha l'obiettivo di prevenire le telefonate dirette dei media al personale della Centrale operativa di Trentino emergenza e del pronto soccorso/reparti ospedalieri, evitando così, soprattutto in momenti di intensa attività, ogni possibile interferenza con il lavoro dei sanitari.

Coordinamento e gestione del sito internet APSS e altri strumenti web 2.0

Il Servizio Comunicazione cura il sito internet aziendale, quale strumento di informazione ed *empowerment* diffuso in cui vengono pubblicati le principali informazioni e i documenti che regolano la vita aziendale che vengono quotidianamente aggiornati dal Servizio. Nel 2017 il sito è stato visitato da 923.705 utenti per un totale di 7.7 milioni di pagine mentre i video del canale Youtube Apss hanno avuto più di 60 mila visualizzazioni. In marzo 2017 è stato altresì realizzata una modifica nel sito APSS sezione news che ha permesso di integrare nel sito i comunicati sulla sanità e salute del sito PAT all'interno del sito APSS creando di fatto un unico centro che gestisce le notizie sulla sanità in Trentino con lanci social (Whatsapp, Twitter, Facebook e Youtube) attraverso l'account della PAT.

Comunicazione interna

Nel corso degli anni l'APSS ha potenziato e consolidato i canali e gli strumenti di comunicazione istituzionale che, nello specifico, si articolano in:

- Coordinamento, realizzazione e diffusione per posta elettronica a tutti gli account email aziendali del notiziario settimanale Fast News, del messaggio «APSS-post.it», di quello mensile InFORMAZIONE nonché del notiziario trimestrale online ApssNotizie.
- Consolidamento delle principali modalità di rilevazione di esigenze e aspettative su tematiche specifiche dei livelli di soddisfazione del personale già sperimentate e strutturate negli anni precedenti (es. gruppi di lavoro, attività di comitati e commissioni, focus group, colloqui individuali).

- Svolgimento regolare di riunioni e incontri individuali e di gruppo a diversi livelli gerarchici con direttori, primari, caposala, operatori sanitari nella logica del miglioramento del clima aziendale.
- Consolidamento dell'utilizzo della Intranet aziendale quale strumento di comunicazione e promozione della condivisione delle prassi e delle conoscenze tra operatori. Nella rete intranet sono presenti e costantemente aggiornate apposite sezioni con i materiali prodotti da tutti i principali gruppi di lavoro aziendali (informatica, privacy, portafoglio progetti, accreditamento, ecc.) e vari materiali attinenti l'attività dell'APSS.
- Realizzazione di convegni, congressi, seminari, incontri considerati occasioni di informazione e aggiornamento per i dipendenti.

PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER L'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

La normativa sulla prevenzione della corruzione risulta arricchita di numerose disposizioni legislative che mirano a integrare il processo di prevenzione dell'illegalità e della corruzione con particolare riferimento alla promozione di forme di controllo diffuso, anche a seguito dell'entrata in vigore del D.lgs. 97/2016 che modifica il D.lgs. 33/2013 e introduce nuovi obblighi di pubblicazione e di accesso da parte dei cittadini ai dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

Anche sul tema della tutela del whistleblower nel 2017 è stata approvata la L. 179/2017.

L'approccio seguito dall'APSS nella prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza non è orientato al mero adempimento formale della normativa; infatti, lo sforzo è diretto all'individuazione di una strategia aziendale che, dal un lato attraverso misure di prevenzione, procedure, certificazioni di qualità dei processi e dall'altro attraverso la formazione sulla diffusione della cultura dell'etica e dell'integrità mira a assicurare un corretto svolgimento dell'attività aziendale.

Risultati dell'anno 2017

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza 2017-2018-2019 rappresenta l'atto con il quale sono individuati in maniera dettagliata l'insieme delle azioni e degli strumenti finalizzati alla prevenzione della corruzione e alla realizzazione della trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa in materia. Il Piano è aggiornato annualmente per scorrimento e quello in vigore nel 2017 è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 51 del 30 gennaio 2017.

L'attività di monitoraggio e riesame costituisce una fase fondamentale nella strategia di prevenzione della corruzione. Considerato che molte misure sono inserite all'interno di linee guida e procedure, il monitoraggio sul loro rispetto è in capo ai Responsabili di struttura. Tutti i dirigenti concorrono al monitoraggio sull'effettiva attuazione del Piano. A questo si aggiunge il monitoraggio di secondo livello dell'ufficio Audit, nonché dai controlli del Collegio sindacale, della Società di revisione del bilancio e dagli audit nelle strutture dotate di certificazioni volontarie.

L'attività di monitoraggio è svolta attraverso verifiche dirette da parte della struttura di supporto del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), principalmente sulle misure che sono da implementare entro l'anno e attraverso incontri di riesame con i referenti del RPC.

Per il riesame è stato richiesto ai referenti del RPC una relazione circa l'attività svolta relativamente alle misure indicate dal PTPCT inviando loro una scheda riassuntiva con lo scopo, altresì, di ottenere informazioni sul grado di efficacia delle misure in relazione ai rischi, le eventuali criticità riscontrate nell'applicazione della misura, eventuali rischi non gestiti dalla misura nonché suggerimenti per il miglioramento del processo e per la gestione del rischio.

Dalle relazioni e dagli incontri è emerso che le misure previste dal Piano sono generalmente applicate ed è stata manifestata la necessità di rivedere alcune misure per adeguarle sia al nuovo assetto organizzativo, sia all'esigenza di renderle più snelle.

Tra i risultati ottenuti dalla strategia di prevenzione della corruzione è stata evidenziata la maggiore sensibilità da parte del personale dei diversi ruoli e livelli aziendali sugli aspetti di etica professionale e trasparenza rilevabile dalle diverse richieste di informazioni circa i comportamenti da assumere in determinate situazioni.

Nel corso del 2017 è stato prodotto con risorse interne, per evitare di acquistare prodotti standardizzati che non considerano le specificità aziendali e le disposizioni contenute nel PTPC dell'Azienda, un corso in modalità FAD sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza. Nel corso dell'anno sono state erogate diverse edizioni sperimentali del corso FAD per un totale di formati di quasi 400 persone. Nel corso del 2018 il corso FAD sarà ulteriormente potenziato.

Nell'ambito del progetto "curiamo la corruzione in sanità" di Transparency International, con ISPE Sanità è stato organizzato a dicembre un corso di formazione in aula sul conflitto di interessi per direttori di Dipartimento, di articolazione organizzative fondamentali e per il personale che

partecipa a commissioni di concorso, di gara, o gruppi tecnici per la predisposizione dei capitolati. Una delle criticità riscontrate ed evidenziate anche nel Piano nazionale anticorruzione (delibera ANAC 831/2016) con riferimento al settore sanitario, riguarda la difficoltà nell'attuazione della misura obbligatoria della rotazione del personale dovuta a fattori diversi e che in ogni caso con la riorganizzazione aziendale in corso si è determinata una significativa rotazione dei dirigenti e direttori delle principali aree di rischio.

Uno degli strumenti fondamentali per la prevenzione della corruzione è la trasparenza. Con riferimento a tale strumento, dalle verifiche effettuate negli ultimi anni è emersa in alcuni casi la necessità di migliorare e rafforzare l'efficacia e il supporto fornito dai diversi applicativi, e dall'altra avere la salvaguardia del patrimonio informativo.

Dal riesame un'altra esigenza emersa riguarda la necessità di trovare soluzioni tecnologiche che consentano di automatizzare il più possibile i processi di raccolta, gestione e pubblicazione dei dati, evitando di duplicare le fasi di *data entry*.

Si fa presente che il quadro normativo in tema di trasparenza è stato profondamente modificato nel corso del 2016 con l'entrata in vigore del d.lgs. 97/2016 ed ha interessato sia gli obblighi di pubblicazione sia l'istituto dell'accesso civico, dove accanto all'accesso civico "semplice" è stata introdotta la nuova tipologia dell'accesso civico "generalizzato".

Le novità normative, in particolare quelle riguardanti gli obblighi di pubblicazione dei dati del personale dirigente (articolo 14 del d.lgs. 33/2013), hanno creato non poche difficoltà applicative in quanto sono state oggetto di diverse interpretazioni da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione dovute ad articoli della legge non coordinati tra di loro (es. art. 41 e art. 14 e 15) e di un ricorso all'autorità giudiziaria che ha interessato da ultimo anche la Corte Costituzionale.

Il riepilogo dell'attività svolta e dei risultati conseguiti nel 2017 è contenuto nella Relazione annuale redatta dal Responsabile della prevenzione della corruzione secondo lo schema indicato dall'ANAC ed è consultabile nella sezione "Amministrazione trasparente", Altri contenuti-corruzione del sito istituzionale dell'APSS.

PIANO DI SICUREZZA DEI LAVORATORI

Il documento illustra le principali attività realizzate ed i principali obiettivi e risultati raggiunti nell'anno 2017 nell'ambito del sistema di gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro dei lavoratori dell'APSS.

Risultati dell'anno 2017

- **Mantenimento della certificazione secondo la normativa BS OHSAS 18001:2007 del sistema aziendale di gestione della sicurezza**

Dal 9 al 13 ottobre 2017 si è svolta l'ultima verifica di mantenimento della certificazione del sistema aziendale per la salute e sicurezza dei lavoratori da parte dell'Ente di certificazione Rina s.p.a.. Il SPP ha programmato e svolto tutte le attività preparatorie alla verifica (es.: 40 audit interni presso le UU.OO./Servizi aziendali facenti parte del campionamento di certificazione; presa in carico delle non conformità e azioni di miglioramento individuate nella verifica precedente del 2016; monitoraggio dell'andamento del sistema).

I siti operativi auditati sono stati in totale 22 (Ospedali di Cles e Tione, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Territoriale ambiti Est e Centro Nord, Fisica Sanitaria e Trentino Emergenza e alcuni servizi di supporto che afferiscono della Direzione Generale). Gli esiti dell'audit si riassumono in: **4 Non conformità e 31 Osservazioni**.

Gli audit si sono rivelati utili per mettere in luce alcune carenze che hanno una valenza trasversale all'azienda, in particolare per ciò che riguarda la redazione dei DVR, la gestione delle comunicazioni sulla manutenzione, la presenza delle schede dati sicurezza aggiornate per i prodotti chimici pericolosi, il controllo sulla manutenzione di alcune attrezzature.

- **Proposta per la nuova organizzazione per la sicurezza, alla luce della riorganizzazione aziendale**

Nell'ambito della riorganizzazione dell'APSS, il SPP è stato coinvolto nella definizione di una proposta sulla nuova organizzazione per la sicurezza al fine di individuare gli ambiti di responsabilità dei datori di lavoro e gli strumenti di gestione delle stesse. Il nuovo assetto organizzativo per la sicurezza si fonda su un sistema di deleghe (ai sensi dell'art. 16 del D. Lgs n. 81/2008) che permette il trasferimento, ad un soggetto delegato, degli obblighi di prevenzione e protezione che gravano sul datore di lavoro.

- **Gestione informatizzata del sistema sicurezza aziendale tramite software**

Il SPP ha contribuito allo sviluppo del nuovo software gestionale, sia per la parte di valutazione dei rischi che per la sorveglianza sanitaria, al fine di permettere una gestione informatizzata e sempre più integrata delle attività del sistema sicurezza aziendale.

- **Collaborazione allo sviluppo delle iniziative di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori**

Nel 2017 il SPP ha collaborato con il Servizio Formazione all'erogazione dei seguenti corsi in modalità di formazione a distanza (FAD) tramite piattaforma informatica aziendale:

- Corso "La comunicazione del pericolo con l'entrata in vigore del Regolamento Europeo CLP" (periodo di erogazione dal 05/06/2017 al 15/09/2017);
- formazione sulla movimentazione dei pazienti presso la Struttura ospedaliera S. Chiara di Trento (FAD + stazioni di addestramento, erogazione dal 02 novembre 2017), estesa anche alle altre strutture ospedaliere dell'APSS.

Sulla formazione relativa alla gestione dell'emergenza incendio, il SPP, ha collaborato con il Servizio Formazione e la Scuola Provinciale Antincendi alla realizzazione dei corsi antincendio per addetti all'interno delle strutture a rischio d'incendio elevato (16 edizioni) e medio (2 edizioni). Inoltre è proseguita la progettazione/realizzazione in modalità FAD della parte di teoria relativa ai corsi per addetti antincendio.

L'APSS ha proposto alla Giunta Provinciale la possibilità di effettuare una sperimentazione tramite modalità e-learning in relazione alla formazione dei lavoratori in materia di salute e sicurezza, mutuando l'esperienza realizzata presso la Regione Lombardia (Decreto Regionale n. 10087 del 6 novembre 2013 "Riconoscimento della formazione specifica in modalità e-learning dei lavori in sanità"). La proposta è stata approvata con deliberazione

PAT n°1680 del 13/10/2017. L'APSS, ora, si sta attivando per una convenzione con TSM per l'organizzazione e gestione di tale formazione, tramite piattaforma FAD provinciale.

- **Somministrazione test antincendio presso le strutture ospedaliere del SOP**

Sono stati somministrati, presso tutti gli ospedali, i questionari on line per la verifica delle conoscenze sulla gestione del rischio incendio, uno rivolto a tutti i lavoratori e uno specifico per i lavoratori formati. Si riportano i risultati ottenuti:

Ospedale	N° iscritti	N° persone che hanno superato il test	% di superamento del test
Trento	2413	2022	83,8
Trento – personale formato	285	260	91,2
Rovereto	670	583	87
Rovereto – personale formato	569	537	94,3
Arco	217	139	64
Arco – personale formato	195	162	83
Tione	141	92	65,2
Tione – personale formato	144	108	75
Borgo	209	200	95,6
Borgo – personale formato	152	151	99,3
Cavalese	143	139	97,2
Cavalese – personale formato	122	121	99,1
Cles	183	161	87,9
Cles – personale formato	247	238	96,3

- **Valutazione dei rischi**

Nel 2017 il Servizio di Prevenzione e Protezione ha elaborato i seguenti documenti:

TIPOLOGIA DI DOCUMENTI DI VALUTAZIONE	NUMERO
DVR Fascicoli di Unità Operativa/Servizio	369
DVR di approfondimento di rischi specifici: - DVR chimico (3) - DVR movimentazione manuale pazienti e carichi inanimati (4) - DVR movimentazione manuale dei carichi inanimati (3)	10
DVR Fascicoli di struttura (vedi anche SIGE)	1
DVR incendio (comprensivi di valutazioni del rischio da atmosfere esplosive ATEX)	6
PEI PEVAC	1
SIGE (documenti di valutazione degli aspetti strutturali, di sicurezza antincendio e di gestione dell'emergenza per strutture ambulatoriali di piccole-medie dimensioni non di proprietà ma dove APSS svolge attività sanitaria)	9

In relazione alla valutazione dell'esposizione a videoterminale, dagli esiti della sperimentazione condotta su un campione rappresentativo di persone, il SPP propone l'utilizzo del software "VDT Meter" per la misura dei tempi di esposizione al VDT.

- **Adeguamento del sistema di gestione antincendio delle strutture ospedaliere relativamente agli aspetti organizzativi di gestione dell'emergenza incendio**

Per quanto riguarda gli aspetti relativi agli adempimenti in materia di formazione antincendio, a seguito della rilevazione del fabbisogno di formazione degli addetti di compartimento negli ospedali, per il 2017 sono state pianificate e realizzate 16 edizioni di corsi base per addetti antincendio in collaborazione con la Scuola Provinciale Antincendi. Il SPP ha collaborato anche all'aggiornamento e modifica dei piani di gestione delle emergenze nelle strutture ospedaliere e agli adempimenti derivanti dalle pratiche SCIA.

- **Collaborazione all'implementazione del sistema di gestione delle schede dati sicurezza dei prodotti e delle sostanze pericolose utilizzate in APSS**

Una delle criticità, che non ha ancora trovato soluzione in questi anni, è la gestione centralizzata delle schede dati di sicurezza dei prodotti chimici che entrano negli ambienti di lavoro dell'APSS, aspetto tra l'altro evidenziato più volte anche nelle verifiche per la certificazione OHSAS del sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori dell'APSS.

PIANO DELLA GESTIONE AMBIENTALE

Riqualificazione energetica degli immobili – riduzione emissioni

A partire dal 2010 si è dato corso ad una serie di interventi straordinari per ridurre l'impatto ambientale di APSS in termini di emissioni e/o di ridurre la spesa corrente sostenuta dall'Azienda per il suo funzionamento.

Si tratta di interventi sugli impianti di riscaldamento e climatizzazione destinati a aumentarne l'efficienza attraverso riqualificazione tecnica o sostituzione della tipologia di combustibile utilizzata o, ancora, mediante l'allacciamento a reti di teleriscaldamento, i cui costi sono stati calcolati in modo da garantire il rientro degli investimenti in tempi relativamente brevi e successivamente permettere il conseguimento di un vantaggio economico per l'Azienda, oppure di interventi aventi come obiettivo primario la riduzione delle emissioni inquinanti senza aumento di costi per APSS, utilizzando come parametro di riferimento principale le emissioni di CO₂.

Spesso gli interventi effettuati hanno permesso di raggiungere contestualmente entrambi gli obiettivi con, quindi, duplice vantaggio per l'Azienda.

Negli anni più recenti si sono aggiunte alcune iniziative tese alla riqualificazione energetica dell'involucro edilizio allo scopo di ridurre le dispersioni migliorando l'isolamento termico attraverso la sostituzione di serramenti vetusti con serramenti caratterizzati da maggior efficienza termica e più significativi interventi di realizzazione di cappotto su interi corpi di fabbrica.

La riqualificazione dell'involucro, quando effettuata su edifici sanitari, si rivela di minor efficacia rispetto agli interventi sugli impianti, in quanto le unità di trattamento aria non prevedono il ricircolo per motivi di igiene, ma espellono all'esterno l'intero volume d'aria trattato.

I margini in termini di risorse economiche e di personale per gli interventi in oggetto, tenuto conto delle diminuite disponibilità finanziarie, del progressivo aumento della componente burocratica, delle risorse assorbite per gli adeguamenti alle richieste certificatorie con particolare riferimento alla rincorsa agli adempimenti antincendio, nonché per l'impegno richiesto sul fronte riparazioni a causa del progressivo deterioramento degli impianti ospedalieri, risultano sempre più ridotti.

Gli interventi tecnicamente completati nel 2017 ed in fase di definizione sotto il profilo contabile ed autorizzativo risultano costituiti da:

- procedura per attingere al "conto termico" per il finanziamento della realizzazione del cappotto del Centro Servizi Sanitari di Trento attualmente in corso;
- Edificio ex C.P.A. di Tione: metanizzazione della centrale termica e sostituzione del gruppo termico esistente con generatore di calore a condensazione dotato di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna. Rimozione della cisterna a gasolio esistente.
- Big Center - Palazzina C Trento - Centro Direzionale Trento Sud: sostituzione del gruppo termico esistente con 1 generatore di calore a condensazione (400 kW) dotato di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.
- Big Center - Palazzina D Trento - Centro Direzionale Trento Sud: sostituzione del bollitore esistente a fiamma diretta con bollitore mono-serpentino collegato al gruppo termico.
- Big Center - Palazzina D Trento - Centro Direzionale Trento Sud: sostituzione del gruppo termico esistente con 1 generatore di calore a condensazione (350 kW) dotato di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.
- Presidio ospedaliero di Ala: sostituzione dei n° 2 gruppi termici esistenti con n° 2 generatori di calore a condensazione (290 + 290 kW) dotati di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.

Gli interventi messi in atto negli anni precedenti consentiranno a regime risparmi quantificabili, al valore attuale delle tariffe di combustibile, elettriche e dell'acqua potabile, in circa 664.124 €/anno ed eviteranno gli oneri derivanti dalle riparazioni e sostituzioni necessarie oggi o in un prossimo

futuro per garantire la piena funzionalità degli impianti preesistenti, progressivamente sempre più obsoleti, per stimati 598.092 €.

Ai risparmi già conseguiti si aggiungono quelli derivanti dagli interventi 2017 indicati nella tabella sottostante:

INTERVENTO	VANTAGGIO ENERGETICO	RISPARMIO IMMEDIATO	RISPARMI A REGIME
"conto termico" del Centro Servizi Sanitari di Trento	Riduzione consumi stimati derivanti dalle minori dispersioni termiche dell'involucro	Minori costi di realizzazione per finanziamento dei lavori per un importo stimato in 353.482 €	Riduzione della tariffa di gestione calore da calcolarsi sulla base dei parametri ricavati dalla revisione della certificazione energetica
Edificio ex C.P.A. di Tione: metanizzazione della centrale termica	Riduzione consumi stimati in medi 10,78 MWh/anno (16,68%), pari a 0,862 Tep ovvero a una riduzione di 2.092,31 Kg di CO ₂	Intervento gratuito nell'ambito del contratto	Riduzione del canone a termine contratto per riduzione consumo di gas metano per un costo stimabile ai prezzi attuali in circa 360 €/anno
Big Center - Palazzina C Trento - Centro Direzionale Trento Sud: sostituzione del gruppo termico	Riduzione consumi stimati in medi 54,60 MWh/anno (17,98%), pari a 4,36 Tep ovvero a una riduzione di 10.496,82 Kg di CO ₂	Intervento gratuito nell'ambito del contratto	Riduzione del canone a termine contratto per riduzione consumo di gas metano per un costo stimabile ai prezzi attuali in circa 1.800 €/anno
Big Center - Palazzina D Trento - Centro Direzionale Trento Sud: sostituzione del bollitore esistente	Riduzione consumi stimati in medi 15,31 MWh/anno (36,26%), pari a 1,23 Tep ovvero a una riduzione di 2.972 Kg di CO ₂	Intervento gratuito nell'ambito del contratto	Risparmio sul consumo di gas metano stimabile ai prezzi attuali in circa 522 €/anno
Big Center - Palazzina D Trento - Centro Direzionale Trento Sud: sostituzione del gruppo termico	Riduzione consumi stimati in medi 47,27 MWh/anno (17,60%), pari a 3,81 Tep ovvero a una riduzione di 9.177,36 Kg di CO ₂	Intervento gratuito nell'ambito del contratto	Riduzione del canone a termine contratto per riduzione consumo di gas metano per un costo stimabile ai prezzi attuali in circa 1.612 €/anno
Presidio ospedaliero di Ala: sostituzione dei n° 2 gruppi termici	Riduzione consumi stimati in medi 155,21 MWh/anno (17,98%), pari a 12,52 Tep ovvero a una riduzione di 30.134,40 Kg di CO ₂	Intervento gratuito nell'ambito del contratto	Riduzione del canone a termine contratto per riduzione consumo di gas metano per un costo stimabile ai prezzi attuali in circa 5.400 €/anno

Ulteriori interventi di riqualificazione attualmente in corso di esecuzione:

- dismissione dei trasformatori delle strutture Archivio ex-TVA, ospedale Le Palme di Arco e Centro Servizi Sanitari di riva del Garda e contestuale passaggio all'utenza in bassa

tensione con un risparmio in primis in termini di costi di manutenzione e verifica periodica, nonché, seppur contenuto, sulle bollette elettriche.

- Edificio Ospedale di Arco di Trento: installazione di sistema cogenerativo da circa 300 kWe e 400 kWt di potenza rispettivamente elettrica e termica (acqua calda) da installare in prossimità dell'attuale centrale termica.
- Edificio Ospedale di Cles: installazione di sistema cogenerativo da circa 300 kWe e 400 kWt di potenza rispettivamente elettrica e termica (acqua calda) da installare in prossimità dell'attuale centrale termica.

Altri interventi saranno avviati nel corso dell'anno. In programma sono previsti i seguenti lavori:

- raffrescamento a pavimento del corpo degenze del P.O. S. Maria del Carmine con riduzione dell'impegno da parte degli impianti di ventilazione ed auspicate migliori condizioni di confort estivo con minor impegno energetico;
- Edificio Crosina Sartori di Trento: sostituzione degli scambiatori di calore vapore-acqua con generatore di calore a condensazione da esterno dotato di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.
- Edificio Ospedale di Pergine di Maso San Pietro: sostituzione dei gruppi termici esistenti con 1 generatore di calore a condensazione (70 kW) dotato di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.
- Ospedale S. Maria del Carmine Rovereto: sostituzione degli estrattori collettivi a servizio delle degenze, per il recupero termico e reintegro nel trattamento dell'aria primaria.
- Ospedale di Pergine - Maso tre castagni: sostituzione del gruppo termico esistente con n° 1 generatore di calore a condensazione (70 kW) dotato di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.
- Poliambulatorio Levico: sostituzione dei n° 2 gruppi termici esistenti con n° 2 generatori di calore a condensazione (90 + 90 kW) dotati di bruciatore modulante integrato con regolazione climatica esterna.

Certificazione energetica degli edifici dell'APSS

Tutti i principali edifici sono stati certificati, rispettando la scadenza di Legge fissata al 31/12/2013.

La Targa Energetica di ciascuna struttura è stata affissa in luogo visibile ed accessibile al pubblico.

La Certificazione ha valenza non tanto riguardo all'individuazione della classe energetica dell'immobile, che resta comunque alta per peculiarità proprie correlate all'attività sanitaria, quanto perché l'iter di certificazione prevede l'individuazione delle misure più significative in termini di risparmio energetico e tempi di ritorno dell'investimento per il miglioramento delle prestazioni, rendendo possibile indirizzare gli investimenti sul patrimonio in funzione della loro efficacia.

Da queste valutazioni trae origine l'elenco degli interventi sopra riportato.

Nel 2018 dovranno essere rinnovati, a seguito delle variate caratteristiche energetiche conseguenti oltre alla posa del cappotto esterno la sostituzione dei generatori di calore, i certificati relativi al Centro Servizi Sanitari di Trento. A seguito dell'emissione del nuovo certificato sarà rivista la tariffa attualmente corrisposta per la gestione calore dell'edificio.

Comunicazione dati agli Enti preposti

Tutti gli anni si provvede agli adempimenti in materia di comunicazione previsti dalle norme.

In particolare:

- Entro 30 aprile comunicazione al Ministero per lo Sviluppo Economico (MISE) del nominativo del tecnico responsabile per la conservazione e l'uso dell'energia (Energy Manager)
- Entro 30 aprile trasmissione delle dichiarazioni al Ministero dell'Industria relative ai consumi di energia dell'anno precedente derivanti dall'utilizzo di gas, gasolio, olio o carbone
- Entro 31 maggio comunicazione all'Ispra della quantità di emissioni totali relative all'anno precedente di biossido di zolfo, ossidi d'azoto e polveri, nonché la quantità annua totale di energia prodotta con le varie tipologie di combustibili disponibili e la caratterizzazione dei sistemi di abbattimento delle emissioni.
- Entro il 31 maggio comunicazione all'Ispra delle informazioni riguardanti le quantità di emissioni in atmosfera di gas fluorurati relative all'anno precedente relative alle applicazioni fisse di refrigerazione, condizionamento dell'aria, pompe di calore, nonché dei sistemi fissi di protezione antincendio contenenti 3 Kg o più di gas fluorurati.

PIANO DELLE ATTIVITA' TRASVERSALI DI GOVERNANCE

Nell'ambito delle attività aziendali trasversali, si riportano di seguito le principali attività realizzate ed i principali obiettivi e risultati raggiunti nell'anno 2017.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

A supporto dei piani di attività e delle azioni di miglioramento sono stati pianificati e realizzati nel 2017 una serie di incontri di **aggiornamento monotematico** riguardanti tematiche dell'integrazione socio sanitaria riconducibili a cinque aree di progetto: applicazione del PDTA per le persone con disturbi dello spettro autistico e delle loro famiglie; gestione integrata del paziente fragile; miglioramento delle competenze degli operatori dei PUA e delle UVM; qualità dell'assistenza in RSA e nei Centri diurni; sviluppo della rete per le persone con demenza.

	Moduli formativi	Ore complessive	Partecipanti	Destinatari
Applicazione del PDTA per le persone con disturbi dello spettro autistico e delle loro famiglie	2	5	62	Professionisti APSS, assistenti sociali, rappresentanti rete provinciale, terzo settore, funzionari PAT
Gestione integrata del paziente fragile	1 (in continuità con 2018)	2	37	Coordinatori UVM, infermieri personale amministrativo dei Distretti
Miglioramento delle competenze degli operatori dei PUA e delle UVM	5	13,15	340	Professionisti APSS, assistenti sociali, rappresentanti rete provinciale, terzo settore, funzionari PAT
Qualità dell'assistenza in RSA e nei Centri diurni	6	15	125	Coordinatori UVM, infermieri personale amministrativo dei Distretti
Sviluppo della rete per le persone con demenza	1	4	53	Coordinatori UVM, infermieri personale amministrativo dei Distretti, specialisti CDCD
Totale	15	39,15	617	

Si riportano nelle pagine seguenti i risultati principali attesi dalla pianificazione nell'area dell'integrazione socio sanitaria

Piano provinciale demenze

a) strutturazione sul territorio delle attività multidisciplinari dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD) secondo tutte le funzioni assegnate dal Piano Demenze.

A fronte di un preciso obiettivo assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento all'APSS per l'anno 2017 (obiettivo 1.G: Demenze), è stato revisionato il PDTA a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari, sociali, amministrativi/organizzativi ed un rappresentante delle Associazioni dei familiari.

La Giunta provinciale con la deliberazione n. 2350 del 28 dicembre 2017 ha approvato, su proposta dell'assessore alla salute e politiche sociali, il PDTA per le persone con demenza e le loro famiglie, elaborato dalla APSS in collaborazione con i soggetti della Rete coinvolta nella realizzazione di tale percorso di cura.

Il Direttore Generale di APSS il 12 dicembre 2017 con provvedimento n. 497 ha deliberato l'istituzione della rete clinica disturbi cognitivi e demenze, che ha la finalità di supportare l'attivazione di un sistema informativo in grado di mappare la situazione epidemiologica, di

monitorare i processi valutativi e i percorsi assistenziali proposti nonché i loro esiti, di promuovere l'integrazione dei servizi e delle funzioni per la continuità delle cure assicurando i necessari collegamenti anzitutto con la medicina generale e con tutti i professionisti, indicati nelle linee di indirizzo nazionali, lungo i diversi nodi della rete. Con una ulteriore deliberazione, n. 529 del 18 dicembre 2017, il Direttore Generale ha affidato l'incarico di coordinare la rete ad un dirigente medico esperto nella organizzazione dei servizi sanitari.

È proseguita l'assunzione di professionisti (medici specialisti, infermieri, neuropsicologhe) finanziata con la deliberazione la Giunta provinciale n. 436/2016 per il Piano provinciale demenze. Le nuove risorse assunte hanno consentito l'incremento dell'offerta delle funzioni proprie del CDCD. Sta proseguendo la territorializzazione dei CDCD e l'attivazione delle équipe multidisciplinari.

Nelle seguenti tabelle sono indicati i dati di attività dei CDCD (numero di visite effettuate e tempi di attesa per la prima visita in regime istituzionale).

Anno 2016 (fonte Controllo di gestione- SIO - SIT)

AMBITI TERRITORIALI	SERVIZI	numero prime visite COD. 89071	numero controlli COD. 89072
CENTRO NORD - CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	GERIATRIA	182	295
OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	GERIATRIA	63	175
OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	NEUROLOGIA	109	170
OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	GERIATRIA	24	221
OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	NEUROLOGIA	48	144
EST BASSA VALSUGANA	PSICHIATRIA 3	75	168
EST Fiemme	PSICHIATRIA 3	40	85
OSPEDALE VALLI DEL NOCE - CLES	GERIATRIA	110	68
TOTALE		651	1326

ANNO 2017 - (fonte Controllo di gestione- SIO - SIT)

AMBITI TERRITORIALI	SERVIZI	numero prime visite COD. 89071	numero controlli COD. 89072
CENTRO NORD - CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	GERIATRIA	161	316
OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	GERIATRIA	129	220
OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	NEUROLOGIA	146	246
OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	GERIATRIA	132	228
POLIAMBULATORIO ROVERETO	GERIATRIA	61	30
POLIAMBULATORIO RIVA	GERIATRIA	35	15
OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	NEUROLOGIA	44	212
EST BASSA VALSUGANA	PSICHIATRIA 3	65	159
EST Fiemme	PSICHIATRIA 3	41	67
OSPEDALE VALLI DEL NOCE - CLES	GERIATRIA	88	68
TOTALE		902	1561

Nella tabella seguente sono riportati i tempi presenti al momento della prenotazione di una prima visita al CDCD nei casi in cui la data proposta sia stata accettata, in particolare:

- tempo medio
- mediana
- numero giorni al di sopra del 75° percentile
- numero giorni al di sopra del 90° percentile.

Nel 2017 sono presenti un numero maggiore di punti di offerta CDCD, ambiti territoriali centro sud e ovest.

Prima visita. N. prenotazioni e tempi di attesa anno 2016 (fonte Sistema informativo prenotazioni APSS)

AMBITO TERRITORIALE	SERVIZIO	RAO	N° Pren.	TdA medio (giorni)	TdA mediana (giorni)	TdA 75° percentile (giorni)	TdA 90° percentile (giorni)
DISTRETTO CENTRO NORD - CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	CURE PRIMARIE	C	2	28	28	28	28
DISTRETTO CENTRO NORD - CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	CURE PRIMARIE	E+NPR	159	48	15	85	159
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	GERIATRIA	C	1	6	6	6	6
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	GERIATRIA	E+NPR	79	77	76	121	152
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	NEUROLOGIA	C	5	13	12	14	17
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	NEUROLOGIA	E+NPR	115	44	36	54	93
DISTRETTO CENTRO SUD - OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	GERIATRIA	C	1	40	40	40	40
DISTRETTO CENTRO SUD - OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	GERIATRIA	E+NPR	35	85	27	94	287
DISTRETTO CENTRO SUD - OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	NEUROLOGIA	E+NPR	68	89	43	180	203
DISTRETTO EST BASSA VALSUGANA	PSICHIATRIA 3	E+NPR	57	29	29	40	42
DISTRETTO EST Fiemme	PSICHIATRIA 3	E+NPR	15	47	38	71	75
DISTRETTO OVEST - OSPEDALE VALLI DEL NOCE - CLES	GERIATRIA	C	4	15	14	19	23
DISTRETTO OVEST - OSPEDALE VALLI DEL NOCE - CLES	GERIATRIA	E+NPR	92	48	54	84	96
TOTALE PRENOTAZIONI 2016			633				

Prima visita - N. prenotazioni e tempi di attesa anno 2017 (fonte Sistema informativo prenotazioni APSS)

AMBITO TERRITORIALE	SERVIZIO	RAO	N° Pren.	TdA medio (giorni)	TdA mediana (giorni)	TdA 75° percentile (giorni)	TdA 90° percentile (giorni)
DISTRETTO CENTRO NORD - CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	CURE PRIMARIE	C	25	20	14	23	35
DISTRETTO CENTRO NORD - CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	CURE PRIMARIE	E+NPR	139	39	13	49	132
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	GERIATRIA	C	39	21	22	26	37
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	GERIATRIA	E+NPR	102	44	27	46	124
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	NEUROLOGIA	C	10	20	19	28	31
DISTRETTO CENTRO NORD - OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	NEUROLOGIA	E+NPR	125	45	29	48	117
DISTRETTO CENTRO SUD - CENTRO SANITARIO DI RIVA DEL GARDA	GERIATRIA	E+NPR	30	33	31	41	50
DISTRETTO CENTRO SUD - OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	GERIATRIA	C	15	30	25	40	53
DISTRETTO CENTRO SUD - OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	GERIATRIA	E+NPR	99	41	26	43	92
DISTRETTO CENTRO SUD - OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	NEUROLOGIA	E+NPR	46	87	31	178	215
DISTRETTO CENTRO SUD - S.G. BOSCO - ROVERETO	GERIATRIA	C	1	36	36	36	36
DISTRETTO CENTRO SUD - S.G. BOSCO - ROVERETO	GERIATRIA	E+NPR	47	42	39	54	72
DISTRETTO EST BASSA VALSUGANA	PSICHIATRIA 3	C	1	21	21	21	21
DISTRETTO EST BASSA VALSUGANA	PSICHIATRIA 3	E+NPR	74	24	25	34	40
DISTRETTO EST Fiemme	PSICHIATRIA 3	C	1	91	91	91	91
DISTRETTO EST Fiemme	PSICHIATRIA 3	E+NPR	31	54	57	68	78
DISTRETTO OVEST - OSPEDALE VALLI DEL NOCE - CLES	GERIATRIA	C	18	16	15	19	25
DISTRETTO OVEST - OSPEDALE VALLI DEL NOCE - CLES	GERIATRIA	E+NPR	37	52	48	83	112
DISTRETTO OVEST - PALAZZINA GERIATRICA DI CLES	CURE PRIMARIE	E+NPR	15	14	9	23	25
TOTALE PRENOTAZIONI 2017			855				

b) Attivazione negli ospedali di Borgo e Tione di modelli assistenziali per l'accoglienza della persona con demenza.

Al fine di avviare azioni concrete, nel corso dell'anno 2017, presso gli Ospedali di Borgo Valsugana e di Tione è stata avviata la definizione di standard assistenziali e organizzativi fondati sui principi delle cure centrate sulla persona e sulla famiglia per rendere le strutture a "misura di Fragilità".

Tale iniziativa, coordinata dal gruppo di progetto, ha visto il coinvolgimento delle equipe di cura (coordinatori infermieristici, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, OSS e medici) delle diverse UU.OO. degli Ospedali coinvolti.

Obiettivo:

- riorganizzare l'assistenza all'interno dell'ospedale sulla base dei principi della Person-centered care e in particolare nel rispetto dell'unicità della persona;
- orientare l'equipe assistenziale verso un'assistenza basata sulla relazione e sulla co-costruzione del percorso di cura (utente, famiglia e equipe di cura);
- promuovere il mantenimento e il recupero delle capacità della persona, che durante la fase di ricovero rischiano di essere compromesse o perse, in previsione della continuità delle cure e del rientro al proprio domicilio.

Standard: sono stati individuati 25 standard assistenziali e un gruppo di standard riferiti all'ambiente e alla struttura sulla base dei principi delle cure centrate sulla persona e sulla famiglia. Gli standard assistenziali sono divisi in 4 dimensioni:

- Trasmettere vicinanza e comunicare efficacemente: la cura è organizzata attorno e nel rispetto della persona, della sua famiglia e della loro dignità. Va posta molta attenzione alle modalità di relazione che devono promuovere ascolto, rispetto reciproco, univocità ed efficacia comunicativa.
- Favorire partecipazione alle cure e continuità: i pazienti e i familiari, identificati dal paziente stesso, vengono coinvolti nelle cure e i professionisti ascoltano e considerano le prospettive e le scelte del paziente e della sua famiglia; valori, credenze e background culturale sono incorporati nella pianificazione e realizzazione delle cure, in tutte le fasi di malattia e nel fine vita. Durante il ricovero in ospedale pazienti e familiari sono incoraggiati e supportati nel partecipare alla cura con la finalità di valorizzare la loro esperienza e di promuovere l'acquisizione di capacità di cura se non ancora presenti.
- Fornire cure personalizzate
- Avere cura della famiglia: la famiglia, che all'interno di questo documento include le persone care che il paziente decide di coinvolgere nel proprio percorso di cura costituisce una risorsa importante.

In entrambi gli ospedali è stata inserita la figura del Terapista occupazionale, al fine di favorire un approccio che tuteli il più possibile le risorse presenti nella persona assistita e nell'ottica della continuità delle cure.

In entrambi gli ospedali le equipe di cura hanno promosso diverse iniziative al fine di migliorare l'applicazione degli standard identificati. In particolare sono state promosse azioni rivolte a migliorare la relazione e il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nelle cure. Di particolare interesse e impegno sono state le iniziative rivolte a migliorare la vicinanza della persona di riferimento durante i momenti importanti come la visita medica.

Le equipe hanno evidenziato come l'essersi impegnati nel definire con chiarezza gli standard e nell'individuare le azioni per raggiungerli abbiano attivato un maggior confronto fra i professionisti e che questo ha influenzato positivamente il clima di lavoro e, di conseguenza, l'attenzione verso la presa in carico del paziente.

I limiti più rilevanti sono riferiti alla possibilità di prevedere delle figure professionali di riferimento per tutta la durata delle degenze, in quanto l'attuale organizzazione dell'assistenza consente di mantenere la continuità all'interno del turno di lavoro ma non su più giornate.

c) operatività dei sistemi informatizzati di collegamento tra CDCD e PUA; alimentazione degli indicatori individuati.

Per la realizzazione di questa azione, la Giunta provinciale, con la citata deliberazione n. 436/2016, ha destinato ad APSS delle risorse (euro 417.500) per costruire una piattaforma informatica aziendale per gestire in mobilità i percorsi assistenziali (geriatrie territoriali, ospedali di distretto, integrazione sociosanitaria, dimissioni e presa in carico territoriali ecc...) e per creare un nucleo di

professionisti esperti per lo sviluppo, analisi e presidio delle banche dati correlate al tema anziano fragile e demenze. Lo sviluppo della piattaforma è collegato ad analoga iniziativa coordinata dal Ministero della Salute, in particolare si fa riferimento al sistema Adjusted Clinical Groups (ACG System®). Ad oggi APSS ha rilasciato, a regime dal 1 gennaio 2018, lo sviluppo del Sistema Informativo Ospedaliero per rendere disponibile su supporti informatici i referti e i test somministrati dai CDCD nel corso della prima visita e delle visite di controllo, con possibilità di visualizzazione da parte degli operatori dei distretti. La visualizzazione dei referti da parte degli MMG è già disponibile su Ampere.

Punto Unico di Accesso e Unità Valutative Multidisciplinari.

Monitoraggio delle attività del PUA e attivazione di azioni organizzative per migliorare l'azione unitaria delle UVM in risposta alle diverse aree di fragilità. Monitoraggio interventi formativi realizzati.

PUA

Dal 1 gennaio 2017 è stato implementato lo sviluppo del sistema informativo Atlante che ha consentito la rilevazione uniforme per tutti i PUA del percorso di segnalazione e di valutazione delle situazioni inviate all'attenzione dei PUA stessi; i dati sono stati elaborati in modo da ottenere informazioni utili ad inquadrare la popolazione intercettata e le azioni messe in atto.

In coerenza con le funzioni e con l'organizzazione dei PUA, si è ritenuto opportuno coinvolgere nell'analisi dei dati e nella redazione della presente relazione rappresentanti dei servizi sociali e degli operatori sanitari e sociali impegnati nei PUA, curando la rappresentatività di diversi ambiti territoriali. Nel 2017 sono state valutate dai PUA 5.371 persone; alcune persone sono state valutate più di una volta nel corso dell'anno, infatti le valutazioni risultano in numero significativamente maggiore (6.183); quindi sono 812 le valutazioni effettuate, successivamente alla prima.

La tabella riporta la distribuzione delle persone valutate, numero e genere, e delle valutazioni tra i diversi PUA. Le persone valutate sono nel 59% dei casi donne.

Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2017 (fonte Atlante)

PUA	F	M	Totale utenti	Totale valutazioni PUA
PUA Borgo Valsugana	216	156	372	437
PUA Cavalese	106	64	170	206
PUA Cembra	46	39	85	98
PUA Cles	183	148	331	353
PUA Folgaria	27	13	40	49
PUA Malè	87	70	157	162
PUA Mezzolombardo (compreso Andalo)	203	151	354	408
PUA Pergine	342	237	579	665
PUA Pozza di Fassa	50	28	78	94
PUA Riva del Garda	227	144	371	378
PUA Rovereto	477	342	819	960
PUA Tione	293	156	449	586
PUA Tonadico	81	60	141	158
PUA Trento	806	543	1349	1537
PUA Valle dei Laghi	44	32	76	92
Totale	3.188	2.183	5.371*	6.183

La tabella successiva riporta la distribuzione per fasce di età delle persone valutate nel 2017. Nell'87,96 % dei casi gli utenti hanno un'età uguale o superiore a 65 anni. Quasi 1 utente su 4 ha un'età uguale o superiore a 90 anni.

Fascia di età	N. utenti PUA	%	Età evolutiva e adulti 12.03%
0-9	24	0,45%	
10-19	88	1,66%	
20-29	38	0,72%	
30-39	38	0,72%	
40-49	81	1,53%	
50-59	211	3,99%	
60-64	156	2,95%	

Fascia di età	N. utenti PUA	%	Anziani 87,96%
65 - 69	253	4,79%	
70-79	1019	19,27%	
80-89	2102	39,76%	
90-99	1251	23,66%	
100-107	26	0,49%	
Totale	5287 (*)	100,00%	

(*) la differenza tra il totale delle persone valutate riportate nella tabella n. ... (5.371) e quelle riportate in questa tabella (5287) è legata al fatto che 84 persone sono state valutate in più di un PUA.

Nell'anno 2017, in n.4.719 situazioni è stata richiesta l'attivazione UVM; ciò significa che rispetto alle 6.183 situazioni valutate, nel 76% dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso UVM. Delle 4.719 richieste attivazione UVM, nell'89,38% dei casi (4.218) si è trattato di persone con età uguale e superiore a 65 anni. La seconda voce più frequente riguarda l'attivazione di piani sanitari di assistenza domiciliare, mentre l'attivazione di piani domiciliari integrati socio-sanitari è successiva ad una valutazione UVM. La terza voce documenta le azioni di informazione ed orientamento, che rappresentano una delle funzioni dei PUA.

Gli interventi di attivazione dei servizi sociali non sono numericamente elevati in quanto il servizio sociale gestisce direttamente le richieste a livello degli sportelli sociali/poli sociali, mentre al PUA sono inviate, anche da parte degli stessi servizi sociali, le situazioni più complesse che richiedono pertanto l'attivazione della UVM.

La tabella seguente indica tutti gli interventi intrapresi dal PUA anche in associazione tra loro; quindi per una singola situazione valutata possono essere stati proposti più interventi.

Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2017 (fonte Atlante)

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (N. 6.183 valutazioni PUA)	Nr.
Attivazione UVM	4719
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare (SIT)	702
Informazioni/Orientamento	453
Attivazione Servizio Sociale	260
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSAO	59
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	32
Attivazione Psichiatria	48
Proposta nomina amministratore di sostegno	22
Attivazione risorse informali	23
Attivazione Neuropsichiatria Infantile	11
Attivazione Alcolologia	9
Attivazione CDCA (Centro disturbi comportamento alimentare)	7
Attivazione SerD	3
Attivazione associazioni di volontariato	6
Attivazione Psicologia Clinica	3
Attivazione SMAC (Serv. Multidisciplinare Adolescenti Complessi)	2
Altro	498

UVM- Area anziani

Numero utenti valutati in UVM (fonte Qlik Atlante)

Ambito	2015	2016	2017
Centro-sud	1.268	1.247	1.381
Est	1.115	1.150	1.146
Centro-Nord	973	993	1.010
Ovest	460	512	596
Fuori Pat	7	2	3
Totale	3.823	3.904	4.136

Numero valutazioni UVM effettuate (comprese rivalutazioni) (fonte Qlik Atlante)

Ambito	2015	2016	2017
Centro-Sud	1.503	1.461	1.707
Est	1.343	1.396	1.399
Centro-Nord	1.076	1.140	1.146
Ovest	701	767	778
Totale	4.623	4.764	5.030

Esito UVM: codifica progetto assistenziale proposto area anziani (fonte Qlik Atlante)

Codifica progetto assistenziale ⁽¹⁾	2015	2016	2017
Accoglienza in residenza (R.S.A.)	2.490	2.452	2.623
Assistenza domiciliare (ADI, ADICP, ADInf, SAD ecc...)	903	863	1067
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	1.009	1.029	1052
Accoglienza in residenza (R.S.A.O.)	644	693	613
Centro Diurno Anziani	427	530	559
Altro (altri interventi, ADPD, ...)	282	364	228
Intervento Servizio Sociale	19	28	13

⁽¹⁾ Per la stessa persona possono essere proposti più progetti assistenziali.

Anche nel 2017 come nel 2016 si registra un incremento delle persone anziane valutate e delle valutazioni effettuate, con una rimodulazione dei progetti assistenziali proposti con un incremento di semiresidenzialità, residenzialità di sollievo, interventi domiciliari. I dati evidenziano sia un aumento dei bisogni delle persone che una conseguente capacità delle UVM di valutare e comporre progettualità su più livelli di intervento. Va considerato che le voci assistenza domiciliare e intervento servizio sociale sono sottodimensionati rispetto alla reale attivazione dei servizi che avviene anche in modo-indipendente rispetto alla valutazione UVM.

Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in residenza

Le Direttive per l'assistenza in RSA per l'anno 2017, approvate dalla Giunta Provinciale con deliberazione n. 2414 del 20 dicembre 2016, hanno introdotto l'utilizzo dello strumento "Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in Residenza", ad integrazione della scheda SVM, ai fini dell'accesso delle persone in RSA.

Il Quadro sinottico è stato introdotto a regime dal 1 aprile 2017 con la finalità di migliorare l'appropriatezza degli inserimenti in RSA valorizzando la presenza dei disturbi comportamentali nelle persone con demenza e rendendo più trasparente il processo decisionale che avviene in UVM sulla valutazione della presenza o meno di alternative reali all'ingresso in RSA.

La diffusione del nuovo strumento ha richiesto un approfondimento formativo per i professionisti sociali e sanitari componenti delle UVM chiamati ad utilizzarlo, per condividere i criteri e le modalità di utilizzo nel processo UVM. Nel corso del 2017 sono stati realizzati due incontri formativi accreditati, il 25 gennaio, precedente l'introduzione dello strumento e il 21 novembre, per monitorare l'andamento di utilizzo. È stato inoltre realizzato in maniera partecipata uno strumento che supporta le UVM nell'applicare in maniera omogenea e condivisa su tutto il territorio il Quadro sinottico nelle situazioni concrete. Tale strumento, che costituisce una sorta di "manuale", contiene la declinazione operativa, attraverso criteri e casi d'uso, degli elementi valutativi della parte di Quadro sinottico riguardanti le *alternative all'istituzionalizzazione e l'assoluta urgenza sociale*, e fornisce quindi una guida alla valutazione.

Dal 1 aprile al 31 dicembre 2017 sono state valutate con quadro sinottico ed accolte in RSA n. 1024 persone, di cui il 68% donne ed il 76% con più di 80 anni. Nel 70% dei casi non esistevano alternative alla istituzionalizzazione; in n. 74 casi (7%) si è trattato di situazioni di assoluta urgenza sociale. Le persone con disturbi comportamentali in diagnosi di demenza accolte in RSA sono state n. 214 (21%).

UVM - Aree età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze

Numero utenti valutati in UVM anni 2015 – 2016 - 2017 (fonte Qlik Atlante)

	Distretto Centro nord			Distretto Centro sud			Distretto Est			Distretto Ovest			Fuori PAT	Totale		
Area di fragilità	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2017	2015	2016	2017
Età Evolutiva	30	25	23	22	26	31	23	15	22	7	7	12	0	82	73	88
Disabilità	13	16	26	19	11	25	67	66	85	9	19	21	0	108	112	157
Salute Mentale Adulti	12	11	14	27	27	36	4	8	11	6	8	18	1	49	54	80
Dipendenze	72	71	60	12	17	41	2	6	22	4	10	27	4	90	104	154

Numero valutazioni UVM anni 2015 – 2016 - 2017 (fonte Qlik Atlante)

	Distretto Centro nord			Distretto Centro sud			Distretto Est			Distretto Ovest			Totale		
Area di fragilità	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Età Evolutiva	41	37	25	33	27	43	24	18	30	6	7	12	104	89	110
Disabilità	13	21	30	18	9	27	76	79	102	14	19	28	121	128	187
Salute Mentale Adulti	12	18	22	33	27	59	2	8	15	11	10	14	58	63	110
Dipendenze	111	110	206	-	1	2	1	4	6	2	8	9	114	123	223

Esito UVM: codifica progetto assistenziale proposto area età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze (fonte Qlik Atlante)

Codifica progetto assistenziale ⁽²⁾	2015	2016	2017
Strutture residenziali	171	176	227
Accoglienza in residenza (R.S.A. e R.S.A.O.)	13	18	16
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	11	3	7
Strutture semiresidenziali	56	36	68
Assistenza domiciliare (ADI, ecc...)	64	60	78
Intervento Servizio Sociale	29	23	26
Intervento Servizio Salute Mentale	26	13	30
Progetto NPI	22	25	18
Intervento Alcologia	8	10	12
Intervento SerD	11	8	9
Progetto di vita indipendente	6	13	24
Altro	61	72	127

⁽²⁾Per la stessa persona possono essere proposti più progetti assistenziali.

I dati relativi alle altre aree di fragilità evidenziano un significativo incremento del numero delle persone valutate in UVM e del numero di valutazioni effettuate. Per quanto riguarda l'area delle dipendenze è stata ridefinita la procedura UVM per migliorare la tempestività e l'appropriatezza dei progetti residenziali. Riguardo l'area età evolutiva è stata attivato il Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC) che ha migliorato la valutazione tempestiva e la presa in carico complessiva da parte della rete dei servizi di minori in situazioni caratterizzate da un alto livello di complessità/gravità/criticità sintomatologica/comportamentale.

Lo strumento UVM è conosciuto dai servizi e ritenuto efficace per la gestione delle situazioni più complesse.

Eventi formativi realizzati nell'area migliorare le competenze degli operatori nei PUA e nelle UVM

Nel 2017 ad implementazione e supporto delle attività PUA ed UVM sono stati organizzati gli incontri monotematici riportati nella tabella seguente.

Titolo	Ore	Partecipanti	Questionario gradimento					
			Efficacia formativa		Pertinenza nello sviluppo professionale		Trasferibilità contenuti	
Atlante PUA – formazione per operatori esperti nell'utilizzo di Atlante	2	28	1 - scarsa	0	1 - poco	0	1 - bassa	0
			2	1	2	1	2	1
			3	14	3	10	3	11
			4 - eccellente	10	4 - molto	14	4 - alta	13
			totale	25	totale	25	totale	25
Quadro sinottico criteri e priorità di accoglienza in residenza: il sistema informativo Atlante	2	48	1 - scarsa	0	1 - poco	0	1 - bassa	0
			2	0	2	0	2	0
			3	21	3	15	3	17
			4 - eccellente	15	4 - molto	21	4 - alta	19
			totale	36	totale	36	totale	36
Atlante PUA – formazione per operatori non esperti nell'utilizzo di Atlante	2,30	35	1 - scarsa	0	1 - poco	0	1 - bassa	0
			2	4	2	5	2	4
			3	16	3	12	3	10
			4 - eccellente	11	4 - molto	14	4 - alta	17
			totale	31	totale	31	totale	31
Quadro sinottico criteri e priorità di accoglienza in residenza. La metodologia della valutazione sociale in UVM	4,15	117 (di cui 50 assistenti sociali)	1 - scarsa	0	1 - poco	0	1 - bassa	0
			2	8	2	7	2	12
			3	75	3	49	3	43
			4 - eccellente	18	4 - molto	45	4 - alta	46
			totale	101	totale	101	totale	101
Quadro sinottico criteri e priorità di accoglienza in residenza. Strumenti per una valutazione omogenea in UVM	2,30	112 (di cui 50 assistenti sociali)	1 - scarsa	0	1 - poco	0	1 - bassa	0
			2	6	2	6	2	3
			3	55	3	34	3	38
			4 - eccellente	26	4 - molto	47	4 - alta	46
			totale	87	totale	87	totale	87
TOTALE	13,15	340						

Ludopatia

È stata data applicazione alla deliberazione della Giunta provinciale n. 266/2017: attività definite all'interno delle direttive annuali della Giunta Provinciale in materia di integrazione socio sanitaria e alla Delibera del Direttore Generale n. 182/2017 "Progetto di prevenzione e contrasto della ludopatia", con i relativi interventi di formazione dei destinatari indicati dalla legge provinciale 13/2015.

Attività svolte in attuazione di direttive annuali della Giunta Provinciale in materia di integrazione socio-sanitariaServizi di assistenza domiciliare

Nell'anno 2017 hanno beneficiato del servizio SAD 964 persone. Le tabelle seguenti descrivono i servizi attivati e le caratteristiche dei pazienti presi in carico. (fonte Atlante)

Servizio	Nr. Utenti 2015	%	Nr. Utenti 2016	%	Nr. Utenti 2017	%
SAD ADI	183	28	253	31	252	31
SAD ADICP	379	59	430	53	440	53
ADPD	85	13	128	16	132	16
Totale	647	100	811	100	824	100

Il numero di pazienti che nell'anno 2017 hanno avuto piani ADI e/o ADI CP e contemporaneamente hanno beneficiato del servizio SAD corrisponde al 31% dei pazienti che complessivamente sono stati in carico con un piano ADI e/o ADI CP (n. 2.227), nel 2015 era stato pari al 26% e nel 2016 al 31%.

Il budget ore previsto per il servizio SAD in ADI e ADI CP per il 2017 era di 81.930 ore, con un utilizzo complessivo al 31/12/2017 di **79.529** ore di assistenza pari al **97,1%** del monte ore complessivo.

Per il servizio SAD ADPD le ore di assistenza complessivamente disponibili su base annua erano 39.082, con un utilizzo complessivo al 31/12/2017 di **36.090** ore pari al **92,4%** del monte ore complessivo. Era inoltre previsto un monte ore di 1.061 per i professionisti psicologi e fisioterapisti, con un utilizzo complessivo al 31/12/2017 di **230** ore pari al **21,7%** del totale. Quest'ultimo risultato è oggetto di analisi per attivare azione correttive.

A queste ore rendicontate vanno aggiunte le **4.366** ore di SAD ADI e ADICP erogate da operatori dipendenti delle Comunità di Valle della Val di Non e della Val di Sole (solo per i mesi di gennaio e febbraio e marzo), del Primiero e della Val di Fassa, nei cui territori non è stato esternalizzato il servizio.

Centri diurni anziani e Alzheimer

Per quanto riguarda i Centri diurni, il 68,4% dell'utenza complessiva è costituito da donne e l'81% degli utenti ha più di 75 anni; di questi il 45,6% ha un'età uguale o superiore a 85 anni. I dati confermano che la popolazione che frequenta i centri diurni è prevalentemente femminile e molto anziana. Anche per alcuni "grandi anziani" il servizio rappresenta un livello di offerta assistenziale a sostegno della domiciliarità.

Analizzando i profili SVM dei nuovi utenti inseriti nel 2017, i profili indicati dalle direttive PAT come appropriati sono il 92,1%, con un incremento rispetto allo scorso anno. All'interno di questi sono diminuiti i profili n.1, indicanti persone prevalentemente autonome nella gestione delle attività di vita, per le quali le direttive PAT prevedono l'inserimento al Centro Diurno se la persona vive in un contesto con grave e prolungato isolamento sociale e non è presente un Centro Servizi nel territorio di residenza.

Profili relativi a utenti con servizio di cento diurno aperto nel 2017	nr.	%
01. Lucido, autonomo	38	16,59%
02. Lucido, in parte dipendente	27	11,79%
03. Lucido, deambula assistito	56	24,45%
05. Lucido, gravemente dipendente	9	3,93%
06. Confuso, deambulante, autonomo	25	10,92%
07. Confuso, deambulante	44	19,21%
08. Confuso, deambula, assistito	21	9,17%
09. Confuso, allettato	1	0,44%
11. Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	3	1,31%
12. Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	1	0,44%
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	3	1,31%
17. Problemi comportamentali, dipendente	1	0,44%
Totale	229	100,00%

Per i centri diurni Alzheimer la percentuale di profili SVM appropriati per i pazienti inseriti raggiunge il 92% con un incremento rispetto allo scorso anno.

Profili relativi a utenti con servizio di cento diurno Alzheimer aperto nel 2017	nr.	%
01. Lucido, autonomo	1	4,00%
02. Lucido, in parte dipendente	1	4,00%
06. Confuso, deambulante, autonomo	6	24,00%
07. Confuso, deambulante	11	44,00%
08. Confuso, deambula, assistito	2	8,00%
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	4	16,00%
Totale	25	100%

Per quanto riguarda le prese in carico diurne continuative per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento il servizio nel 2017 è stato attivato per 5 utenti di cui 4 hanno profili 16 e 17 (previsti dalle direttive PAT) e 1 ha un profilo 9.

La tabella seguente classifica gli utenti del 2017 (n. 693) per durata di frequenza del CD: il 56,7% (n. 393) ha frequentato per un tempo superiore a 12 mesi; il 38,1% (n. 264) per un periodo superiore ad un mese e fino a 12 mesi; il 5,2% (n. 36) per un periodo inferiore a 30 giorni. Questi dati evidenziano l'elevata tenuta nel tempo della proposta di CD.

Durata della frequenza degli utenti dei CD – Fonte Atlante

Durata della frequenza	Utenti frequentanti 2016	Utenti frequentanti 2017
< 1 mese (30 gg)	40	36
Fino a 3 mesi	65	67
Fino a 6 mesi	51	75
Fino a 12 mesi	97	122
Oltre 12 mesi	399	393
Totale	652	693

I dati evidenziano un trend di continuità tra il 2015 e il 2016. L'elevato numero di utenti con una permanenza superiore ai 12 mesi rende conto della capacità di offrire progettualità semiresidenziali rispondenti ai bisogni degli utenti e delle famiglie.

I Centri diurni, come negli anni precedenti sono state oggetto di vigilanza tecnico sanitaria e amministrativa, i risultati della quale verranno elaborati ed analizzati nel dettaglio insieme ai dati di attività in una specifica relazione per assessorato, gestori dei Centri diurni e Cure Primarie.

Compartecipazione ai servizi

Si è già descritta nella parte introduttiva l'azione di supporto e monitoraggio dei dati effettuata per garantire l'invio di flussi informativi necessari a quantificare la compartecipazione degli utenti e il supporto agli operatori dei distretti.

Si riporta di seguito la compartecipazione degli utenti ai servizi socio sanitari relativa al 2016:

Servizi	fatturato anno 2017	di cui da incassare al 27/04/2018
SAD	€ 441.082	€ 28.514
CENTRI DIURNI	€ 1.312.783	€ 434.521
TRASPORTO NEFROPATICI	€ 12.914	€ 8.999
CENTRI RESIDENZIALI DISABILI	€ 44.279	€ 16.471
Totale	€ 1.811.059	€ 488.505

Centri socio-riabilitativi per disabili

I dati relativi ai tre centri socio riabilitativi per disabili sono riportati nella tabella seguente:

		Numero Utenti Previsti		Numero Utenti		Numero Accessi	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
ATSM Centro F. Martini		150	150	377	385	3509	3529
AGSAT		25	25	21	20	1603	1276
ANFFAS Paese di OZ	CentrAvanti	55	55	39	50	3208	2869
	Cresciamo Insieme			23	26	1631	1606

I centri ATSM e ANFFAS (Paese di Oz) hanno raggiunto gli obiettivi minimi di accoglienza degli utenti e di accessi stabiliti dalle direttive PAT, indicando un adeguato grado di utilizzo delle strutture. Ai dati relativi agli utenti presi in carico con progetti socio educativi individualizzati (PSEI) vanno aggiunti gli utenti presi in carico con progetti riabilitativi abilitativi individualizzati (PRAI) rendicontati come prestazioni specialistiche.

Per quanto riguarda AGSAT, nel 2017, è stato accolto un numero di utenti inferiore all'atteso. Emerge ancora una certa difficoltà nel garantire progettualità socio assistenziali per utenti adulti accolti da AGSAT da molti anni. Quindi oltre al basso numero di utenti si è registrato anche un basso turn over degli stessi.

Complessivamente i processi, di integrazione con le strutture aziendali, con i pediatri di libera scelta ed il ricorso alle UVM per la definizione delle progettualità integrate soprattutto per i minori con disabilità cognitive e per i soggetti autistici, sono ben strutturati.

Assegno di cura

Le richieste

Nel 2017 sono state esaminate 1.316 richieste di assegno di cura, relative a 1.281 persone. Le pratiche di riaccertamento per aggravamento sono relative a 201 persone.

Residenza utente	N. utenti	N. utenti rivalutati per aggravamento
CENTRO-SUD	499	81
EST	288	51
OVEST	259	42
CENTRO-NORD	235	27
Totale	1.281	201

Le valutazioni

Non considerando le ineleggibilità, le rinunce e le valutazioni non effettuate (prevalentemente per decesso), sono state effettuate 1.118 valutazioni/verbalì UVM (alcuni utenti sono stati valutati più volte ad esempio per aggravamento, per ricorso, ecc) relative a 1.096 persone, concluse con esito positivo per l'erogazione dell'assegno di cura. La suddivisione per classe d'età è riportata nelle seguente tabella.

Classe età	N. utenti	%
<=5	17	2%
6-17	37	3%
18-64	115	10%
>=65	931	85 %
Totale *	1100	100 %

* un utente può essere presente in più classi d'età se rivalutato per passaggio classe età

La suddivisione per distretto di residenza e per genere sono rappresentate nelle tabelle seguenti.

Distretto di residenza	N. utenti	%
CENTRO-SUD	407	37%
EST	248	23%
OVEST	229	21%
CENTRO-NORD	212	19%
Totale	1.096	100 %
Genere	N. utenti	%
F	740	68%
M	356	32%
Totale	1096	100%

Di seguito è rappresentata la distribuzione per livello di gravità relativa alle 1.118 valutazioni/verbalì UVM.

Livello di gravità	N. valutazioni	%
Livello 1	388	35%
Livello 2	405	36%
Livello 3	208	19%
Livello 4	117	10%
Totale	1118	100 %

Accoglienza in RSA

Nel 2017, gli utenti entrati in RSA in posti base sono stati n. 1.627 (il dato comprende i nuovi ingressi ed i trasferimenti tra strutture). Per quanto riguarda i posti letto di nucleo sanitario gli utenti inseriti sono stati 84, mentre nei posti in nucleo demenze gravi gli utenti sono stati 60 (sono compresi i trasferimenti tra strutture e tra tipologia di posto letto all'interno della stessa struttura). Fonte dei dati Qlik di Atlante. L'indice di rotazione rispetto ai 4.109 posti letto base è pari a 0,39, ciò significa che è entrato un nuovo utente ogni circa 2,5 posti letto. Nei posti per demenze gravi (190) l'indice di

rotazione è 0,31, cioè è entrato un nuovo paziente ogni 3,2 posti; nei posti di nucleo sanitario (152) l'indice di rotazione è 0,55, è entrato un nuovo utente ogni 1,8 posti letto.

Nei 57 posti letto di sollievo sono entrati complessivamente 569 utenti per un totale di 690 ingressi di massimo 60 giorni di accoglienza. Nei 10 posti letto sollievo a bassa intensità sono entrati 107 utenti per un totale di 149 ingressi di massimo 42 giorni di accoglienza. Nei 67 posti letto di RSAO sono stati accolti 283 utenti per un totale di 287 ingressi.

Nel 2017, oltre ai posti letto sopra riportati erano disponibili n. 1.825 giornate di accoglienza in RSA per utenti in situazioni valutate dalle UVM come "urgenze non procrastinabili"; sono state usufruite 916 giornate da 30 utenti. La riduzione evidente rispetto al 2016 di questa tipologia di accoglienza è un dato atteso in quanto l'offerta complessiva di residenzialità nei vari livelli copre adeguatamente il fabbisogno. In prospettiva questa modalità di accoglienza potrà essere superata. Nel 2017, gli utenti presenti nelle RSA in posti letto base, di nucleo e urgenza non procrastinabile, sono stati 5.837. L'età media dei residenti è di 85,2 anni. Gli ospiti di genere femminile costituiscono la quota maggiore rappresentando il 71,6% del totale ospiti, con un'età media di 87 anni. Nelle RSAO gli utenti presenti sono stati 341, l'età media è di 83,5 anni, le donne rappresentano il 62,5% del totale ospiti.

Dal 1 aprile 2017 è a regime l'utilizzo dello strumento "quadro sinottico: criteri e priorità di accoglienza in residenza" (vedere paragrafo UVM).

Per quanto riguarda l'integrazione delle RSA nella rete provinciale di cure palliative, avviata nella seconda metà del 2015, si riportano di seguito i dati relativi alle segnalazioni pervenute dalle RSA/RSAO per ospiti prevalentemente con patologia oncologica attiva o con altra patologia cronico degenerativa in fase avanzata/terminale ed agli interventi effettuati in struttura dai medici palliativi e dagli infermieri del servizio cure domiciliari.

2015		2016		2017	
SEGNALAZIONI	INTERVENTI	SEGNALAZIONI	INTERVENTI	SEGNALAZIONI	INTERVENTI
140	55	131	94	195	163

Il 14 dicembre 2017 è stato realizzato congiuntamente ad UPIPA l'evento formativo "RSA nodo della rete provinciale cure palliative. Risultati, esperienze e prospettive" destinato a professionisti delle RSA e della APSS coinvolti nella cura con le finalità di: presentare i risultati raggiunti, riflettere sulle esperienze di medici ed infermieri delle RSA e di APSS e dei medici della continuità assistenziale, sensibilizzare le RSA a mantenere o migliorare l'adesione al percorso, rilevare criticità da affrontare e delineare le prospettive per il futuro. Attraverso l'apporto dell'esperto esterno è stato trattato il tema "Le cure palliative in RSA: realtà, prospettive e opportunità" con un approfondimento epidemiologico, clinico e di buone pratiche per i residenti con demenza in RSA che affrontano la fase finale della vita. All'evento hanno partecipato complessivamente 79 operatori di cui 35 di APSS, 31 di APSP e UPIPA e 13 di altre strutture/enti.

Il consolidamento dei percorsi integrati tra professionisti delle RSA e medici palliativisti ed infermieri del territorio consentirà di ampliare gradualmente a partire dal 2018 la collaborazione anche ai residenti con patologie cronico degenerative e con demenza in fase avanzata.

Infine, come negli anni precedenti le RSA sono state oggetto di **vigilanza tecnico sanitaria e amministrativa**, i risultati sono in corso di elaborazione e saranno contenuti nella specifica relazione per assessorato, RSA e Cure Primarie. Nel 2017 è stata introdotta una nuova check list per la valutazione del processo "gestione dei farmaci".

Accoglienza nella comunità socio-sanitaria per minori di età

La Comunità APPM di Campotrentino è rivolta ai minori di età, in particolare preadolescenti e adolescenti, che presentano un quadro di gravi difficoltà dello sviluppo o gravi disturbi comportamentali ascrivibili al disagio psichico e che per la loro problematicità non sono inseribili in strutture comunitarie socioeducative. L'accesso alla comunità avviene a seguito di valutazione dell'UVM età evolutiva distrettuale. Anche per il 2017 si è evidenziato un buon grado di utilizzo della struttura sia residenziale che semiresidenziale, in stretta integrazione tra NPI, Cure primarie, servizi sociali. Dal 2° semestre 2017 la struttura è in fase di accreditamento provvisorio con un incremento di due posti residenziali. La disponibilità complessiva è di 9 posti residenziali e 3 semiresidenziali. Nel 2017 sono stati accolti complessivamente n. 15 minori (11 maschi e 4 femmine), 3 in regime

semiresidenziale, 11 in regime residenziale, 1 in entrambi i regimi nel corso dell'anno. L'accesso e le dimissioni sono gestite dalla UVM.

Accoglienza nella comunità per i disturbi del comportamento alimentare

La Comunità di Maso Zancanella, gestita dal Centro Antidroga CAD, è dotata di 10 posti residenziali. Da marzo 2018 la struttura ha ricevuto l'accreditamento istituzionale triennale. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2017 ed il 31 dicembre 2017 sono stati presenti 19 pazienti; 9 delle quali presenti già dal 1 gennaio 2017; 10 sono stati i nuovi ingressi. Al 31 dicembre risultavano 4 i trattamenti ancora in corso. L'età media all'ingresso è di 19,5 anni (range 17-37 anni). Dei 10 pazienti entrati nel 2017, i minorenni sono stati 4. La durata media dei percorsi è di 185 giorni, vanno da un minimo di 9 giorni ad un massimo di 13 mesi.

Il 2017, si è caratterizzato per fasi alterne, con eccessi di drop out durante la primavera, che ha causato una importante riduzione dei tassi di occupazione (1° trimestre 96%; 2° trimestre 66%; 3° trimestre 61%; 4° trimestre 35%). La valutazione psicologica e sociofamiliare ha evidenziato una comorbidità psichiatrica elevata e/o una mancanza di condivisione del percorso terapeutico da parte della famiglia.

L'analisi della situazione ha portato la struttura alla programmazione di una revisione di tutto l'assetto clinico – organizzativo, attivato nella primavera 2018. Il progressivo adeguamento quali quantitativo dei professionisti e degli specialisti, il rispetto dei percorsi di ammissione attraverso UVM e la definizione di progettualità in integrazione con il CDCA inviante stanno consentendo un importante miglioramento della qualità e della appropriatezza di presa in carico e di erogazione di trattamento terapeutico riabilitativo, minimizzando il ricorso a comunità extra PAT. Durante il 2017 si sono intensificati i rapporti e le collaborazioni tra la Comunità e il CDCA, anche attraverso lo strumento UVM.

Accoglienza nelle strutture socio riabilitative per adulti

Sono strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. Fa eccezione la struttura dell'Associazione Valle Aperta che fornisce un servizio di sollievo terapeutico organizzato in soggiorni bisettimanali o per il fine settimana. L'invio avviene previa valutazione dell'unità valutativa multidimensionale (UVM) o, in un numero limitato di casi, da parte del servizio sociale territoriale per persone in situazione di grave marginalità anche se non in carico ai servizi di salute mentale.

Le principali attività realizzate nell'ambito della Residenzialità Psichiatrica e in particolare delle "Strutture socio-riabilitative per adulti" sono rivolte allo sviluppo di una rete assistenziale sempre più integrata dei servizi residenziali (intensivi, estensivi, socio riabilitativi, residenzialità leggera) che consenta una effettiva rispondenza del servizio al bisogno valutato e un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse.

STRUTTURA	Nr. utenti in carico anno 2017		Nr. utenti entrati anno 2017	Nr. utenti Dimessi anno 2017
	residenziali	semi-resid		
ARCOBALENO	6	--	4	1
BUCANEVE	8	18	5	10
COMUNITA' PICCOLO PRINCIPE PRIMIERO	8	0	2	2
GIRASOLE	12	--	5	7
OLTRE - MASO TOFFA	6	19	4	3
VILLA ARGIA	14	2	3	6
Totale	54	39	23	29

(fonte Qlik Ospite)

Consultorio UCIPEM

Dal 2016 le direttive provinciali hanno inserito il consultorio privato UCIPEM tra i servizi che erogano prestazioni socio sanitarie, superando le modalità di finanziamento secondo il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche. La rete dei consultori pubblici della APSS garantisce tutte le funzioni consultoriali previste dalle norme e si è avvalso, come previsto dalle direttive, dell'apporto

del consultorio privato accreditato UCIPEM per aumentare la capacità di risposta dell'offerta consultoriale in particolare rispetto ai seguenti percorsi assistenziali:

- la genitorialità, quando sono presenti problematiche relazionali con i figli, soprattutto adolescenti;
- la persona adulta e/o la coppia che, in un momento specifico della vita, vive un disagio relazionale in assenza di disturbi o sintomatologia conclamata.

Il consultorio UCIPEM ha garantito l'apporto dell'équipe multidisciplinare nella valutazione e nella presa in carico del bisogno. Sono inoltre proseguite le attività di definizione dei percorsi assistenziali secondo criteri di appropriatezza ed equità rispetto a quanto erogato nei consultori pubblici (LEA consultoriali).

Nel 2017 si sono rivolti ad UCIPEM n.801 persone (N. 842 nel 2016). Le prestazioni sono state n. 4.672 (n. 5.131 nel 2016). La riduzione del numero di utenti e delle prestazioni complessive nel 2017 rispetto al 2016 può essere riconducibile all'aumento dell'appropriatezza di presa in carico.

Le prestazioni più frequenti sono state: psicoterapia focale individuale, psicoterapia focale di coppia, colloquio psicologico clinico individuale, colloquio di accettazione che costruiscono il 68% delle prestazioni erogate. La principale motivazione di invio dal consultorio pubblico ad UCIPEM è costituita da problematiche che richiedono competenze sessuologiche. Le prestazioni in questo caso sono state n. 74.

I minori di età sono stati n. 83 (n. 101 nel 2016), prevalentemente figli di genitori/coppie prese in carico. Le prestazioni prevalenti sono state:

- accettazione e orientamento segreteria: n. 39 prestazioni per 35 minori
- colloquio psicologico clinico individuale: n. 261 prestazioni per 66 minori
- psicoterapia focale individuale: n. 60 prestazioni per 20 minori.

Nel corso del 2017 il Consultorio ha cambiato sede. L'ubicazione attuale consente di disporre di spazi più ampi ed adeguati per le attività convenzionate.

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nelle strutture ospedaliere

Nell'anno 2017 è proseguita l'attività di sorveglianza effettuate dai Comitati controllo Infezioni Ospedaliere (CIO) delle strutture nosocomiali aziendali, coordinate dal Comitato aziendale per il controllo delle ICA (CIPASS), essenziale per la realizzazione di programmi indirizzati a promuovere la qualità dell'assistenza e a ridurre il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari.

Il sistema di sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) negli ospedali aziendali si basa sui dati Laboratorio di Microbiologia. È un sistema di sorveglianza continuo e prevede anche l'intervento di personale specializzato per verificare i singoli casi segnalati. La segnalazione rapida di alert organism e cluster epidemici da Laboratorio, permette di attivare e predisporre le misure necessarie di isolamento e prevenzione per i singoli casi, evitando la diffusione intra ospedaliera. Il sistema permette di rilevare inoltre altri due importanti dati sia sul versante epidemiologico che operativo: il tasso delle ICA e i profili di resistenza batterica (antibiotico resistenza). I dati di sorveglianza delle antibiotico resistenze sono correlate ai dati di consumo degli antibiotici.

Un importante fattore di supporto nell'azione di prevenzione e di controllo della diffusione dei microrganismi in ambiente sanitario è la pratica dell'igiene delle mani, promossa a livello mondiale dall'OMS. L'APSS ha aderito fin dall'inizio al programma lanciato dall'OMS promuovendo negli anni diverse iniziative (osservazione sul campo delle pratiche di igiene delle mani e feedback agli operatori, formazione degli operatori, distribuzione di poster, monitoraggio della distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani, utilizzo del documento per l'autovalutazione - Framework per l'autovalutazione dell'igiene mani). Si evidenzia il posizionamento di distributori di soluzione alcolica in punti strategici di diverse strutture ospedaliere, in modo da favorire la pratica dell'igiene delle mani anche da parte dei visitatori.

Dolore

Nel 2017 il Comitato Ospedale Territorio senza dolore (COTSD):

- ha lavorato avvalendosi di uno specifico gruppo di lavoro all'aggiornamento del documento "Linee di indirizzo aziendali per la gestione del dolore" e alla redazione di un opuscolo informativo per il paziente caregiver.

- in occasione della "Giornata Nazionale del Solievo ha promosso e coordinato lo svolgimento di una indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore in tutte le strutture del servizio ospedaliero provinciale e nelle strutture private convenzionate, avvalendosi della collaborazione del Polo Universitario per le Professioni Sanitarie.
Nella stessa giornata sono state condotte indagini conoscitive sul tema del dolore sia sulla popolazione generale che sulle persone che si sono recate in farmacia.
- ha assicurato la partecipazione attiva ai lavori del neo costituito organismo provinciale di Coordinamento della rete per le cure palliative, della rete per la terapia del dolore e della rete per la terapia del dolore e cure palliative pediatriche.

Fornito supporto al monitoraggio delle attività delle Cure Palliative e assicurato il supporto tecnico all'organismo di coordinamento provinciale per la stesura della delibera di definizione delle reti per le cure palliative, terapie del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrica.

Autorizzazione e accreditamento: è stato fornito supporto tecnico alla Provincia per la definizione delle nuove liste di accreditamento istituzionale ed è stato coordinato lo sviluppo del software Taleteweb relativamente ai moduli "gestione documentale", "autorizzazione e accreditamento" e "sistema qualità".

Rischio clinico: è stata coordinata la stesura della procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute in ospedale e tenuto specifici incontri di formazione / informazione. Inoltre è stato supportato lo sviluppo di una specifica scheda di incident reporting per Trentino Emergenza 118 e coordinato il progetto "UFA ONCO EMA" sulla raccomandazione ministeriale n. 14 sulla gestione degli antitumorali.

Ricerca e innovazione

- proseguita l'attività di coordinamento, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali ed internazionali, unitamente al mantenimento dei rapporti con gli enti finanziatori e i partner di progetto, per la corretta gestione delle attività amministrative connesse ai programmi di ricerca.
- predisposta la rendicontazione finale e la chiusura del progetto europeo i-locate; garantito la gestione e la rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali in corso e stipulato le convenzioni per l'avvio dei nuovi progetti.
- avviato il progetto "Captain".

Percorsi e reti cliniche

- avviato il processo di miglioramento della gestione del paziente diabetico definita dai PDTA del diabete in età evolutiva e dell'adulto, anche attraverso una indagine clinica post market della durata di un anno per la valutazione dell'impatto clinico/economico dell'introduzione di un dispositivo medico innovativo per il monitoraggio flash del glucosio.
- implementate le linee di indirizzo provinciale sulla rete riabilitativa provinciale, lungodegenza e cure intermedie, supportando la stesura del percorso per assicurare la continuità assistenziale in caso di trasferimento dei pazienti dalle strutture del SOP a quelle private convenzionate per Lungodegenza.

Appropriatezza

- assicurato l'adeguamento alle direttive provinciali in materia di nuovi LEA, in particolare in tema di malattie croniche, malattie rare, gravidanza e tutela maternità;
- definite le linee guida sulle terapie farmacologiche in RSA e individuati gli indicatori per il monitoraggio della qualità dell'assistenza in tali strutture;
- supportata la raccolta degli indicatori del Network S. Anna di Pisa relativi alle cure domiciliari e alle RSA;
- effettuata la vigilanza sulle attività di ricovero per acuti nelle strutture private accreditate da parte di apposito nucleo di valutazione.

4. L'ATTIVITÀ DEL PERIODO

Relativamente all'attività del periodo, il seguente paragrafo contiene la reportistica gestionale sui dati di produzione, declinata per livello di assistenza. Nelle tabelle vengono proposti i dati di consuntivo relativi alle risorse impiegate per assicurare i livelli essenziali di assistenza ed alcuni dati e indicatori di sintesi per rappresentare l'attività prestazionale dell'Azienda tenuto conto delle indicazioni relative alla "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Tale rappresentazione dei costi e delle attività permette di evidenziare la distribuzione delle risorse sia sul territorio provinciale sia per livelli di assistenza, permettendo un confronto tra "territorio" ed "ospedale", tra "cura" e "prevenzione".

Le tabelle presentano quindi la ripartizione organizzativa per area di erogazione.

- ASSISTENZA OSPEDALIERA
- ASSISTENZA DISTRETTUALE
- ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

I dati riportati sono relativi al Consuntivo 2016, Previsione 2017 e Consuntivo 2017, permettendo una analisi comparativa tra il consuntivo dell'anno T (anno di riferimento), la relativa previsione e il consuntivo dell'anno T-1.

E' inoltre opportuno precisare quanto segue:

Costo del personale: il personale è stato valorizzato utilizzando un costo standard in funzione delle varie qualifiche professionali, al fine di rendere congruenti i raffronti tra i vari anni e fra i diversi centri di costo.

Costo complessivo: è ricavato dalla contabilità analitica per centri di costo, raccordata con la contabilità generale, ed è riferito ai costi annuali di competenza.

Dati demografici: per l'anno 2017, si considerano gli ultimi dati attualmente disponibili del Servizio Statistica della PAT, ovvero la popolazione al 1 gennaio 2017 (analogamente, per i dati 2016, sono stati utilizzati quelli al 1 gennaio 2016).

COSTO COMPLESSIVO *	Consuntivo 2016		Previsione 2017		Consuntivo 2017	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO	35.009.778	2,74%	37.853.285	2,89%	38.610.160	2,92%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	667.776.699	52,30%	678.251.251	51,86%	685.593.228	51,78%
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	137.328.165	10,75%	137.451.622	10,51%	138.298.207	10,45%
ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	26.278.844	2,06%	27.909.697	2,13%	28.349.405	2,14%
ASSISTENZA FARMACEUTICA	66.422.441	5,20%	66.858.112	5,11%	66.111.838	4,99%
DISTRIBUZIONE DIRETTA	31.484.150	2,47%	27.180.529	2,08%	27.279.837	2,06%
ASSISTENZA INTEGRATIVA	5.680.760	0,44%	5.820.228	0,45%	5.657.787	0,43%
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	159.721.016	12,51%	163.402.324	12,49%	168.866.462	12,75%
ASSISTENZA PROTESICA	12.740.807	1,00%	12.738.848	0,97%	13.012.282	0,98%
ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	43.651.226	3,42%	46.156.719	3,53%	48.133.304	3,64%
ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA	180.921.618	14,17%	187.065.225	14,30%	186.413.682	14,08%
ASSISTENZA TERMALE	3.547.672	0,28%	3.667.947	0,28%	3.470.424	0,26%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	574.107.839	44,96%	591.745.321	45,25%	599.739.988	45,30%
PRONTO SOCCORSO	24.892.234	1,95%	25.671.555	1,96%	25.991.895	1,96%
DEGENZA	497.868.477	38,99%	513.479.095	39,26%	519.982.502	39,28%
RIABILITAZIONE	36.003.183	2,82%	36.562.289	2,80%	38.693.251	2,92%
LUNGODEGENZA	15.343.945	1,20%	16.032.382	1,23%	15.072.339	1,14%
TOTALE	1.276.894.315	100,00%	1.307.849.856	100,00%	1.323.943.376	100,00%

I valori inseriti nella tabella sopra indicata e nelle successive, sono stati calcolati utilizzando gli stessi criteri degli anni precedenti e questo garantisce una confrontabilità dei dati in esse contenuti. I costi, complessivamente, rispetto all'anno precedente, hanno subito un aumento di 47.049.061 Euro. Tale incremento ha riguardato tutti e tre i livelli di assistenza considerati: si assiste infatti ad un incremento di 3.578.646 Euro del costo dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (+10,22% rispetto al 2016); un incremento di 17.838.266 Euro per l'assistenza distrettuale (+2,67%) e di 25.632.149 Euro per l'assistenza ospedaliera (+4,46%). La proporzione del costo suddiviso tra i tre LEA si mantiene sostanzialmente sugli stessi livelli dell'anno precedente.

COSTO COMPLESSIVO

		COSTO COMPLESSIVO (in €)			
		ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA	TOTALE (INCLUSO SUPPORTO)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2016			254.953.346	254.953.346
	prev 2017			265.025.878	265.025.878
	2017			269.017.743	269.017.743
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2016			92.992.352	92.992.352
	prev 2017			96.734.345	96.734.345
	2017			97.941.419	97.941.419
AMBITO TERRITORIALE EST	2016	7.857.034	136.251.277		144.108.311
	prev 2017	7.999.710	139.679.399		147.679.109
	2017	8.203.390	138.521.420		146.724.810
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2016			19.337.028	19.337.028
	prev 2017			19.255.070	19.255.070
	2017			19.782.728	19.782.728
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGIO VALSUGANA	2016			22.470.027	22.470.027
	prev 2017			22.732.585	22.732.585
	2017			23.284.209	23.284.209
AMBITO TERRITORIALE CENTRO - NORD	2016	9.748.351	235.206.336		244.954.687
	prev 2017	10.537.863	242.190.556		252.728.419
	2017	10.813.177	249.634.110		260.447.286
AMBITO TERRITORIALE OVEST	2016	4.452.788	73.473.564		77.926.352
	prev 2017	5.161.453	75.009.844		80.171.297
	2017	5.262.930	75.740.678		81.003.609
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2016			29.640.247	29.640.247
	prev 2017			30.416.261	30.416.261
	2017			31.165.862	31.165.862
AMBITO TERRITORIALE CENTRO - SUD	2016	12.951.604	207.330.359		220.281.963
	prev 2017	14.154.259	206.191.017		220.345.276
	2017	14.330.663	206.696.860		221.027.523
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2016			31.179.096	31.179.096
	prev 2017			31.567.352	31.567.352
	2017			32.637.281	32.637.281
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2016			18.736.733	18.736.733
	prev 2017			19.060.441	19.060.441
	2017			19.570.038	19.570.038
STRUTTURE ACCREDITATE	2016			56.567.795	56.567.795
	prev 2017			58.722.173	58.722.173
	2017			58.403.167	58.403.167
RICOVERI IN ISTITUTI EXTRAPAT	2016		15.515.163	48.231.215	63.746.378
	prev 2017		15.180.435	48.231.215	63.411.650
	2017		15.000.161	47.937.541	62.937.702
TOTALE	2016	35.009.778	667.776.699	574.107.839	1.276.894.315
	prev 2017	37.853.285	678.251.251	591.745.321	1.307.849.856
	2017	38.610.160	685.593.228	599.739.988	1.323.943.376

4.1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'**Assistenza ospedaliera** si articola nei seguenti macro gruppi di attività:

- degenza (ordinaria e day hospital)
- riabilitazione
- lungodegenza (solo accreditate)
- pronto soccorso

A questo livello assistenziale vengono attribuiti tutti i costi connessi allo svolgimento dell'attività di ricovero, compreso il costo delle convenzioni con le strutture accreditate. Le prestazioni rese e gli indicatori di attività sono invece riferiti esclusivamente alle attività svolte dalle strutture aziendali.

Nelle tabelle sono riportati i costi relativi all'assistenza sanitaria in regime di degenza (ordinaria e DH) ed i costi riferiti alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale per la quota destinata ai pazienti ricoverati.

L'attività di Pronto soccorso comprende anche i costi relativi all'area di Osservazione breve presente nei PS aziendali.

L'attività di Lungodegenza è demandata dal 2014 alle strutture accreditate, non vi sono infatti in Azienda posti letto dedicati esclusivamente alla lungodegenza, i pazienti vengono trasferiti presso le Strutture Accreditate dislocate sul territorio provinciale.

La voce Ricoveri in istituti Extra-PAT si riferisce ai costi sostenuti per i ricoveri fuori provincia per pazienti residenti ovvero rappresenta la voce mobilità passiva per prestazioni di ricovero (tale voce è stata inserita dal 2015 nel bilancio APSS in ottemperanza al D.LGS 118/2011).

COSTO COMPLESSIVO – ASSISTENZA OSPEDALIERA

		COSTO COMPLESSIVO (in €)				
		PRONTO SOCCORSO	DEGENZA	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA (INCLUSO SUPPORTO)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2016	11.427.759	234.456.076	9.069.511		254.953.346
	prev 2017	11.428.823	244.339.862	9.257.192		265.025.878
	2017	11.568.376	248.035.028	9.414.339		269.017.743
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2016	3.564.399	87.888.560	1.539.393		92.992.352
	prev 2017	3.777.834	91.462.944	1.493.567		96.734.345
	2017	3.796.147	92.649.575	1.495.697		97.941.419
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2016	2.361.108	16.975.919			19.337.028
	prev 2017	2.385.819	16.869.252			19.255.070
	2017	2.412.300	17.370.428			19.782.728
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2016	1.461.093	21.008.935			22.470.027
	prev 2017	1.516.706	21.215.880			22.732.585
	2017	1.590.815	21.693.394			23.284.209
STRUTTURA OSPEDALIERA DICES	2016	1.815.964	27.824.283			29.640.247
	prev 2017	2.138.283	28.277.978			30.416.261
	2017	2.150.473	29.015.389			31.165.862
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2016	2.412.126	26.677.706	2.089.264		31.179.096
	prev 2017	2.550.678	27.029.900	1.986.773		31.567.352
	2017	2.581.533	27.968.802	2.086.946		32.637.281
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2016	1.849.785	16.886.948			18.736.733
	prev 2017	1.873.412	17.187.029			19.060.441
	2017	1.892.252	17.677.785			19.570.038
STRUTTURE ACCREDITATE	2016		22.423.800	20.146.258	13.997.737	56.567.795
	prev 2017		23.370.000	20.666.000	14.686.173	58.722.173
	2017		22.088.499	22.600.019	13.714.649	58.403.167
RICOVERI IN ISTITUTI EXTRAPAT	2016		43.726.249	3.158.757	1.346.209	48.231.215
	prev 2017		43.726.249	3.158.757	1.346.209	48.231.215
	2017		43.483.600	3.096.251	1.357.690	47.937.541
TOTALE	2016	24.892.234	497.868.477	36.003.183	15.343.945	574.107.839
	prev 2017	25.671.555	513.479.095	36.562.289	16.032.382	591.745.321
	2017	25.991.895	519.982.502	38.693.251	15.072.339	599.739.988

L'Assistenza Ospedaliera rappresenta il 45,30% dei costi totali e rispetto al 2016 si rileva un incremento del costo di 25.632.149 Euro (+4,46%). Tale incremento si è particolarmente concentrato sulle strutture hub (Trento in particolare, ma anche Rovereto).

DEGENZA

		PRESTAZIONI E SERVIZI					INDICATORI					
		N° GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	N° GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG (IN €)	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2016	178.383	30.747	24.615	9.826	146.717.544	28.434	7.826	1,16	0,80	85,89%	146,00%
	prev 2017	179.344	14.577	25.677	7.332	142.386.482	29.425	5.528	1,15	0,75	85,16%	69,22%
	2017	178.795	32.760	25.411	9.545	151.115.204	29.561	7.565	1,16	0,79	83,88%	144,83%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2016	78.547	6.451	12.047	3.234	53.125.205	12.028	2.429	1,00	0,75	83,73%	118,15%
	prev 2017	78.155	3.844	11.305	2.992	50.738.810	11.597	2.247	1,03	0,75	83,32%	70,40%
	2017	78.937	5.897	11.447	3.217	53.179.491	12.002	2.455	1,05	0,76	83,82%	108,00%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2016	15.338	3.270	2.402	1.345	10.616.591	2.527	1.260	1,05	0,94	68,89%	139,74%
	prev 2017	15.312	1.981	2.396	1.175	10.627.543	2.658	1.113	1,11	0,95	68,77%	84,67%
	2017	14.835	3.013	2.257	1.250	10.576.754	2.520	1.160	1,12	0,93	67,74%	115,88%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2016	18.376	2.145	2.248	1.108	9.670.114	2.348	895	1,04	0,81	74,04%	103,13%
	prev 2017	17.957	1.524	2.067	1.132	9.022.147	2.157	920	1,04	0,81	72,35%	73,27%
	2017	18.215	2.137	2.046	1.130	9.231.885	2.142	912	1,05	0,81	75,61%	102,74%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2016	23.664	3.829	3.804	1.545	14.391.697	3.572	1.296	0,94	0,84	88,81%	92,04%
	prev 2017	22.871	2.093	3.647	1.224	13.338.065	3.516	1.016	0,96	0,83	85,83%	50,32%
	2017	22.975	3.714	3.649	1.270	13.976.648	3.515	1.055	0,96	0,83	77,71%	89,28%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2016	23.756	4.072	2.207	1.554	10.278.702	2.211	1.362	1,00	0,88	81,36%	92,13%
	prev 2017	23.069	2.521	2.043	1.637	9.474.673	2.077	1.527	1,02	0,93	79,00%	57,04%
	2017	23.154	3.301	2.126	1.479	9.708.034	2.153	1.303	1,01	0,88	79,29%	115,42%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2016	15.334	1.852	2.172	712	8.771.323	2.289	640	1,05	0,90	79,27%	89,04%
	prev 2017	15.347	1.187	2.259	649	9.245.947	2.482	554	1,10	0,85	79,33%	57,05%
	2017	15.335	2.179	2.228	718	9.761.755	2.496	640	1,12	0,89	84,03%	83,81%
TOTALE	2016	353.398	52.366	49.495	19.324	253.571.177	53.410	15.708	1,08	0,81	83,39%	125,88%
	prev 2017	352.055	27.728	49.393	16.141	244.833.668	53.913	12.905	1,09	0,80	82,51%	66,65%
	2017	352.246	53.001	49.164	18.609	257.549.772	54.388	15.089	1,11	0,81	81,85%	125,06%

RIABILITAZIONE

		PRESTAZIONI E SERVIZI					INDICATORI					
		N° GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	N° GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG (IN €)	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2016	15.743	4.301	498	320	4.593.404	414	245	0,83	0,77	79,87%	68,93%
	prev 2017	14.000	3.281	443	239	4.350.617	377	178	0,85	0,74	71,03%	52,59%
	2017	15.162	3.770	454	294	4.732.892	383	212	0,84	0,72	76,93%	60,42%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2016	5.700		174		1.397.789	207		1,19		78,08%	
	prev 2017	5.165		125		1.309.574	139		1,11		70,76%	
	2017	4.881		119		1.246.972	128		1,08		133,73%	
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2016											
	prev 2017											
	2017											
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGIO VALSUGANA	2016											
	prev 2017											
	2017											
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2016											
	prev 2017											
	2017											
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2016	2.206	4	167	1	523.483	143	1	0,86	0,76	100,73%	0,51%
	prev 2017	745		61		176.976	48		0,78		34,03%	
	2017	559		46		132.732	36		0,78		38,29%	
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2016											
	prev 2017											
	2017											
TOTALE	2016	23.649	4.305	839	321	6.514.676	764	246	0,91	0,77	80,99%	61,32%
	prev 2017	19.911	3.281	629	239	5.837.167	564	178	0,90	0,74	68,19%	46,74%
	2017	20.602	3.770	619	294	6.112.596	547	212	0,88	0,72	83,01%	60,42%

PRONTO SOCCORSO

		PRONTO SOCCORSO		
		N° ACCESSI AL P.S.	N° RICOVERI DA P.S.	N° RICOVERI DA P.S. / N° ACCESSI AL P.S.
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2016	94.224	10.511	11,16%
	prev 2017	95.656	11.557	12,08%
	2017	95.112	11.384	11,97%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2016	40.401	5.607	13,88%
	prev 2017	42.277	5.227	12,36%
	2017	41.983	5.235	12,47%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2016	16.761	1.352	8,07%
	prev 2017	18.963	1.420	7,49%
	2017	17.696	1.328	7,50%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2016	11.971	1.458	12,18%
	prev 2017	12.152	1.359	11,18%
	2017	11.780	1.342	11,39%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2016	22.663	2.082	9,19%
	prev 2017	24.964	2.123	8,50%
	2017	24.062	2.122	8,82%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2016	17.935	1.274	7,10%
	prev 2017	18.715	1.211	6,47%
	2017	18.018	1.240	6,88%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2016	11.977	1.676	13,99%
	prev 2017	13.364	1.751	13,10%
	2017	12.876	1.696	13,17%
TOTALE	2016	215.932	23.960	11,10%
	prev 2017	226.091	24.647	10,90%
	2017	221.527	24.347	10,99%

Per l'attività di PS si registra un lieve incremento degli accessi in PS – seppur più contenuto di quanto preventivato. Il numero di ricoveri da PS è leggermente aumentato, ma si è concentrato sull'Ospedale di Trento (hub) ed ha comunque fatto registrare una leggera riduzione della percentuale di ricoveri sugli accessi realizzati.

4.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'**Assistenza distrettuale** comprende le attività, i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:

- assistenza sanitaria di base
- emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica
- distribuzione diretta farmaci
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza termale
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- assistenza sociosanitaria

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Comprende:

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica

ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

I valori indicati in tabella riguardano il 118 Trentino Emergenza in tutte le sue sedi dislocate sul territorio e le convenzioni con i servizi di volontariato

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E AGGIUNTIVA PROVINCIALE

Comprende:

- assistenza farmaceutica convenzionata (fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A e farmaci in classe C a favore degli invalidi di guerra)
- assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale (fornitura di specialità medicinali in classe C)

Il dato relativo alla spesa netta e al numero di ricette per l'assistenza farmaceutica convenzionata e per l'assistenza farmaceutica aggiuntiva è al netto delle quote di compartecipazione dell'assistito, delle ritenute di legge e degli addebiti/accrediti.

DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI

Comprende:

- distribuzione diretta e per conto

ASSISTENZA INTEGRATIVA

Comprende:

- fornitura di prodotti dietetici a particolari categorie di soggetti
- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Comprende:

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative rese a pazienti non ricoverati
- diagnostica strumentale e di laboratorio resa a pazienti non ricoverati

Sono stati imputati i costi delle strutture che erogano prevalentemente prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche se non in via esclusiva. Vi rientrano pertanto laboratori e radiologie, servizi clinici ospedalieri (ad esempio medicina nucleare, dietetica, ecc.), poliambulatori, servizi specialistici territoriali (psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, ecc.). Per ottenere il costo

totale dell'assistenza specialistica ambulatoriale si è provveduto quindi ad attribuire in percentuale rispetto al valore delle prestazioni anche il costo sostenuto dai reparti di degenza, e quindi afferenti al raggruppamento dell'assistenza ospedaliera, a favore dei pazienti non ricoverati; stornando contemporaneamente il costo sostenuto dai servizi sopra indicati a favore di ricoverati.

ASSISTENZA PROTESICA

Comprende:

- la fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- appalto servizi assist. protesica – attività di manutenzione

ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Comprende

- tutti i Servizi e Reparti dell'Area Territoriale Psichiatrica: Servizio Psichiatrico, Neuropsichiatria infantile, Psicologia clinica
- rimborsi spese per soggetti affetti da fibrosi cistica;
- rimborsi per effettuazione parto a domicilio
- forn.prod.med./disp.med.cura/riabilit.domic.sogg.aff.gr.pat.

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

Comprende tutta l'assistenza territoriale ambulatoriale, domiciliare e residenziale socio-sanitaria:

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale;
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- attività ed interventi socio-sanitari
- progetti di vita indipendente

ASSISTENZA TERMALE

Attiene ai cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie, sia presso stabilimenti pubblici che privati.

COSTO COMPLESSIVO – ASSISTENZA DISTRETTUALE

		COSTO COMPLESSIVO (in €)										
		ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E AGGIUNTIVA PROVINCIALE	DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI	ASSISTENZA INTEGRATIVA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ASSISTENZA PROTESICA	ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA	ASSISTENZA TERMAL E	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE (INCLUSO SUPPORTO)
AREA TERRITORIALE EST	2016	34.051.555	5.937.476	14.846.789	5.832.436	1.300.720	15.769.442	1.271.673	9.028.201	47.002.858	1.210.129	136.251.277
	prev 2017	35.411.000	7.241.581	14.955.389	4.892.270	1.332.653	16.266.721	1.271.478	9.301.088	47.745.986	1.261.232	139.679.399
	2017	35.430.180	7.114.566	14.783.058	4.474.025	1.311.548	16.072.995	1.264.240	9.664.341	47.227.197	1.179.271	138.521.420
AREA TERRITORIALE CENTRO - NORD	2016	42.921.318	11.625.491	16.374.892	9.031.820	1.363.405	83.182.434	8.268.395	16.510.255	45.927.956	369	235.206.336
	prev 2017	45.668.893	10.657.029	16.462.869	7.575.927	1.396.878	84.903.594	8.267.124	17.849.972	49.407.887	384	242.190.556
	2017	45.879.819	10.936.978	16.154.049	7.184.722	1.365.590	89.814.484	8.491.657	18.869.021	50.937.790		249.634.110
AREA TERRITORIALE OVEST	2016	18.255.821	2.430.435	11.430.127	2.756.905	1.129.294	9.986.484	1.155.852	4.991.442	20.847.293	489.911	73.473.564
	prev 2017	19.381.244	2.427.628	11.516.883	2.312.503	1.157.019	10.076.458	1.155.674	5.280.813	21.191.022	510.600	75.009.844
	2017	19.471.239	2.585.260	11.419.167	2.175.581	1.102.464	10.158.832	1.178.903	5.517.440	21.639.775	492.017	75.740.678
AREA TERRITORIALE CENTRO - SUD	2016	41.878.290	5.801.691	23.233.309	9.076.903	1.887.341	41.995.441	2.044.887	13.121.329	67.143.510	1.147.658	207.330.359
	prev 2017	36.769.303	7.099.709	23.385.648	7.613.743	1.933.677	43.703.066	2.044.572	13.724.846	68.720.330	1.196.124	206.191.017
	2017	37.283.417	6.939.339	23.246.137	8.393.581	1.878.184	45.022.191	2.077.482	14.082.502	66.608.921	1.165.106	206.696.860
RICOVERI IN ISTITUTI EXTRAPAT	2016	221.182	483.750	537.324	4.786.086		8.787.215				699.606	15.515.163
	prev 2017	221.182	483.750	537.324	4.786.086		8.452.487				699.606	15.180.435
	2017	233.553	773.262	509.427	5.051.929		7.797.960				634.031	15.000.161
TOTALE	2016	137.328.165	26.278.844	66.422.441	31.484.150	5.680.760	159.721.016	12.740.807	43.651.226	180.921.618	3.547.672	667.776.699
	prev 2017	137.451.622	27.909.697	66.858.112	27.180.529	5.820.228	163.402.324	12.738.848	46.156.719	187.065.225	3.667.947	678.251.251
	2017	138.298.207	28.349.405	66.111.838	27.279.837	5.657.787	168.866.462	13.012.282	48.133.304	186.413.682	3.470.424	685.593.228

Il Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale è una componente molto rilevante del costo aziendale infatti è pari al **51,78%** dei costi totali. L'incremento di costi nel 2017 rispetto all'anno precedente è dovuto in particolare:

- all'incremento dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale: incremento legato soprattutto all'aumento del saldo dell'attività specialistica;
- all'aumento della spesa per assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, che registra un incremento del costo per il personale dedicato;
- all'incremento rilevato con riferimento alla spesa per assistenza socio sanitaria, in particolare nell'area territoriale Centro/Nord, prevalentemente per spese per RSA e assistenza residenziale e semiresidenziale.

Si registra invece un decremento della spesa per assistenza farmaceutica, dovuta al decremento del costo per la distribuzione diretta dei farmaci.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

		ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
		N° PRESTAZIONI PER ESTERNI	VALORE DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI (IN €)	VALORE MEDIO DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI (IN €)
AREA TERRITORIALE EST	2016	1.050.634	11.361.828	10,81
	prev 2017	1.094.072	12.687.256	11,60
	2017	1.079.077	12.785.215	11,85
AREA TERRITORIALE CENTRO - NORD	2016	4.369.223	55.711.895	12,75
	prev 2017	4.471.809	59.165.336	13,23
	2017	4.527.938	60.935.025	13,46
AREA TERRITORIALE OVEST	2016	765.873	8.082.857	10,55
	prev 2017	807.136	9.471.923	11,74
	2017	797.803	9.298.919	11,66
AREA TERRITORIALE CENTRO - SUD	2016	2.749.734	28.956.332	10,53
	prev 2017	2.844.345	32.185.533	11,32
	2017	2.837.914	31.714.942	11,18
TOTALE	2016	8.935.464	104.112.912	11,65
	prev 2017	9.217.363	113.510.047	12,31
	2017	9.242.732	114.734.101	12,41

Come si può vedere dalla tabella precedente, si è registrato un incremento delle prestazioni erogate, sia nel numero, sia nel valore.

4.3. PREVENZIONE

COSTO COMPLESSIVO – ASSISTENZA COLLETTIVA

I settori di attività previsti dal 1° macrolivello assistenziale svolti dal Dipartimento di Prevenzione tramite le unità operative direttamente afferenti ad esso, oppure attraverso i singoli settori igiene afferenti ai distretti, il medico competente e il servizio di prevenzione e protezione sono le seguenti:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- sanità pubblica veterinaria
- tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce)
- attività di valutazione e di certificazione medico-legale

		COSTO COMPLESSIVO (in €)
		COSTO COMPLESSIVO IN € (INCLUSO SUPPORTO)
AREA TERRITORIALE EST	2016	7.857.034
	prev 2017	7.999.710
	2017	8.203.390
AREA TERRITORIALE CENTRO - NORD	2016	9.748.351
	prev 2017	10.537.863
	2017	10.813.177
AREA TERRITORIALE OVEST	2016	4.452.788
	prev 2017	5.161.453
	2017	5.262.930
AREA TERRITORIALE CENTRO - SUD	2016	12.951.604
	prev 2017	14.154.259
	2017	14.330.663
TOTALE	2016	35.009.778
	prev 2017	37.853.285
	2017	38.610.160

L'Assistenza Collettiva in Ambienti di Vita e di Lavoro incide sul totale dei costi per il **2,92%** in leggero incremento rispetto all'anno precedente. I costi relativi alle campagne di Screening sono in parte già compresi nel livello dell'Assistenza Sanitaria Collettiva in ambienti di vita e di lavoro, inoltre a questi sono stati aggiunti anche i costi relativi agli screening associati ai CDR degli altri due livelli, stornandoli dagli stessi. I costi degli screening stornati dagli altri livelli sono quelli relativi a:

- Screening mammografico
- Screening al colon

- Screening alla cervice
- Screening odontoiatrico
- Screening ortottico
- Screening neonatale
- Screening malattie metaboliche ed ipertiroidismo
- Screening per la fibrosi cistica

Tali costi sono legati ai CDR che li sostengono per effettuarli, tuttavia in alcuni casi sono ancora di difficile individuazione in quanto molto spesso l'attività sostenuta per effettuare gli esami in screening non è tenuta distinta in maniera chiara e precisa rispetto all'attività istituzionale dei reparti.

IGIENE PUBBLICA	2016	prev 2017	2017
NUMERO TOTALE DI VACCINAZIONI	164.095	175.000	216.053
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEI SOGGETTI >= 65 ANNI (IN %)	54,1	54,1	53,5
COPERTURA VACCINALE ANTIMORBILLO AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	87,5	87,5	91,6
COPERTURA VACCINALE ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE B AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	92,4	92,4	93,3
TOTALE ATTIVITA' CERTIFICATIVA	23.805	23.872	18.500
TOTALE ATTIVITA' NECROSCOPICA	3.450	3.457	3.480
TOTALE ATTIVITA' EDILIZIA	893	987	893
TOTALE ATTIVITA' IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLE BEVANDE*	28.885	7.500	7.770
TOTALE ALTRE ATTIVITA' ALTRI PARERI, SOPRALLUOGHI, AUTORIZZAZIONI	3.342	3.602	3.582

*Nel calcolo dell'attività svolta nel 2016 è compresa l'importazione nell'anagrafe delle imprese alimentari dei produttori primari (n. 13.931 imprese alimentari).

U.O. IGIENE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	2016	prev 2017	2017
AREA SANITA' ANIMALE			
NUMERO REGISTRI CARICO/SCARICO CONTROLLATI	1.316	1.133	1.245
NUMERO DI CAPI CONTROLLATI CON PROVE UFFICIALI PER BRUCELLOSI BOVINA	6.958	4.063	4.130
AREA IGIENE DEGLI ALIMENTI			
NUMERO COMPLESSIVO DI CARCASSE SOTTOPOSTE A ISPEZIONE POST-MORTEM	92.951	85.000	88.156
NUMERO COMPLESSIVO DI DETERMINAZIONI PIANO RESIDUI E FITOSANITARI *	240	256	233
CAMPIONI DI MIDOLLO ALLUNGATO PER TEST RAPIDO ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI**	1.052	800	1.363
NUMERO DI AZIENDE/STRUTTURE RICONOSCIUTE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE AI SENSI DEL REG.	160	155	155

* Nel 2017 le direttive provinciali hanno introdotto l'esecuzione del test BRC su latte di massa negli allevamenti con almeno il 30% dei capi in lattazione; l'esame sierologico individuale è stato eseguito pertanto solo nelle aziende dove non era possibile eseguire il prelievo di latte (es. aziende di manze o con capi vaccinati);

** Il numero di test finalizzati alla diagnosi di TSE su bovini, ovini e caprini macellati e sulle carcasse è spesso oggetto di revisione in relazione all'andamento epidemiologico nazionale, nei vari Paesi della UE o Paesi Terzi di provenienza degli animali e questo può essere all'origine degli scarti tra un anno e l'altro.

U.O. LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	2016	prev 2017	2017
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE POTABILI	5.598	5.900	6.059
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE DI BALNEAZIONE	542	542	542
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE SUPERFICIALI	609	600	511
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ALIMENTI UFFICIALI	1.244	1.700	1.766
TOTALE DETERMINAZIONI TOSSICOLOGIA UMANA	63.631	67.000	71.783
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE DI TOSSICOLOGIA AMBIENTALE	70	70	70

*Nel totale delle "determinazioni analitiche alimenti ufficiali" sono ricompresi anche i controlli microbiologici ambientali nei luoghi di produzione e preparazione degli alimenti, come indicato nel Piano della Sicurezza Alimentare della Provincia Autonoma di Trento. I numeri indicati sono quelli effettuati per l'attuazione di tale piano.

Il numero "Totale determinazioni analitiche Acque superficiali" fa riferimento ai campioni conferiti al Laboratorio da parte dell'Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente.

Le determinazioni analitiche di Acque di balneazione e Tossicologia ambientale sono quelle previste dalla normativa in tema di controllo sanitario delle acque di balneazione.

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

U.O. MEDICINA LEGALE	2016	prev 2017	2017
NUMERO COMPLESSIVO DI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI DELLE MINORAZIONI DIPENDENTI DA CAUSE CIVILI	11.866	12.000	11.793
NUMERO COMPLESSIVO DI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI IN CAPO ALLA COMMISSIONE MEDICO LEGALE PER LE	7.655	7.500	7.946
ALTRI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI	1.262	1.300	1.271

U.O. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	2016	prev 2017	2017
NUMERO COMPLESSIVO DI VERIFICHE PERIODICHE DA COMPETENZE EX ENPI	886	750	736
NUMERO COMPLESSIVO DI VERIFICHE PERIODICHE DA COMPETENZE EX ANCC	396	450	292
NUMERO DI INCHIESTE INFORTUNI SU DELEGA DELLE PROCURE DELLA REPUBBLICA	241	220	240
VIGILANZA SUI CANTIERI EDILI (SOPRALLUOGHI ESEGUITI)	560	550	534
NUMERO DI SOPRALLUOGHI A CARATTERE ISPETTIVO IN AMBIENTE DI LAVORO	2.060	2.000	2.100
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI	248	250	220
NUMERO COMPLESSIVO DI VISITE MEDICHE	57	40	123
NUMERO DI INIZIATIVE DI INFORMAZIONE	20	25	20

4.4. INDICATORI

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

		2016	prev. 2017	2017
COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	costo Assistenza sanitaria collettiva	35.009.778	37.853.285	38.610.160
	costo totale dei livelli di assistenza	1.276.894.315	1.307.849.856	1.323.943.376
	risultato	2,74%	2,89%	2,92%
COSTO PRO CAPITE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	costo Assistenza sanitaria collettiva	35.009.778	37.853.285	38.610.160
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	euro	65,05	70,28	71,69
MEDICI DI PREVENZIONE OGNI 1000 RESIDENTI	nr. medici Assistenza sanitaria collettiva	40,60	50,91	51,40
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	0,08	0,09	0,10
OPERATORI DI PREVENZIONE OGNI 1000 RESIDENTI	operatori Assistenza sanitaria collettiva	269,67	289,67	290,00
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	0,50	0,54	0,54

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

		2016	prev. 2017	2017
NUMERO ASSISTIBILI DI ETÀ' >= 14 ANNI PER MEDICO	nr. residenti di età >= 14 anni	463.833	464.976	464.976
	nr. medici di medicina generale	362	352	351
	risultato	1.281	1.321	1.325
NUMERO ASSISTIBILI DI ETÀ' < 14 ANNI PER PEDIATRA	nr. residenti di età < 14 anni	74.390	73.628	73.628
	nr. pediatri libera scelta	75	73	73
	risultato	992	1.009	1.009
DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (OGNI 1000 RESIDENTI)	nr. medici di medicina generale	362	352	351
	nr. residenti di età >= 14 anni	463.833	464.976	464.976
	risultato	0,78	0,76	0,75
DISPONIBILITA' DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (OGNI 1000 RESIDENTI)	nr. pediatri libera scelta	75	73	73
	nr. residenti di età < 14 anni	74.390	73.628	73.628
	risultato	1,01	0,99	0,99
DISPONIBILITA' MEDICI DI CONTINUITA' ASS. (OGNI 10.000 RESIDENTI)	nr. medici di continuità ass.*	124	123	126
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	2,30	2,28	2,34
PUNTI DI GUARDIA MEDICA OGNI 10.000 RESIDENTI	numero punti guardia medica*	19	20	20
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	0,35	0,37	0,37

* Il dato è inclusivo degli incarichi stagionali.

* dal 2/11/2016 con delibera del Direttore generale n.409/2016 i punti di Guardia Medica sono 19.

COSTO % DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE SUL COSTO TOTALE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	costo Assistenza sanitaria di base	137.328.165	137.451.622	138.298.207
	costo totale dei livelli di assistenza	1.276.894.315	1.307.849.856	1.323.943.376
	risultato	10,75%	10,51%	10,45%
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	costo Assistenza sanitaria di base	137.328.165	137.451.622	138.298.207
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	euro	255,15	255,20	256,77

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA FARMACEUTICA

SPESA LORDA ⁽¹⁾ PER MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	spesa lorda	76.661.209	77.164.000	76.650.218
	nr. medici di base	437	425	424
	risultato	175,426	181,562	180,779
SPESA LORDA ⁽¹⁾ PRO CAPITE	spesa lorda	76.661.209	77.164.000	76.650.218
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	142	143	142

⁽¹⁾ spesa lorda riferita all'assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate (AFC)

NUMERO MEDIO DI RICETTE PRESCRITTE DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	nr. di ricette farmaceutiche	4.424.721	4.474.000	4.457.609
	nr. medici di base	437	425	424
	risultato	10,125	10,527	10,513

NUMERO DI RICETTE ⁽²⁾ FARMACEUTICHE PRO CAPITE	nr. di ricette farmaceutiche	4.424.721	4.474.000	4.457.609
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	8,22	8,31	8,28

INCIDENZA % DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ⁽³⁾ SULL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	costo Assistenza farmaceutica	97.906.590	94.038.642	93.391.675
	costo assistenza distrettuale	667.776.699	678.251.251	685.593.228
	risultato	14,66%	13,86%	13,62%

⁽²⁾ comprensiva di assistenza farmaceutica convenzionata (AFC), distribuzione per conto (DPC) e alla dimissione ex L. 405/2001, e mobilità**ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SPECIALISTICA**

		2016	prev. 2017	2017
NUMERO POLIAMBULATORI OGNI 10.000 RESIDENTI	nr. poliambulatori	20	20	20
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	0,37	0,37	0,37
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA	costo Assistenza specialistica ambulatoriale	159.721.016	163.402.324	168.866.462
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	euro	296,76	303,38	313,53
COSTO % DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	costo Assistenza specialistica ambulatoriale	159.721.016	163.402.324	168.866.462
	costo assistenza distrettuale	667.776.699	678.251.251	685.593.228
	risultato	23,92%	24,09%	24,63%

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

		2016	prev. 2017	2017
CONSULTORI FAMILIARI OGNI 1000 APPARTENENTI ALLA CLASSE	nr. consultori familiari	11	11	11
	donne residenti tra 15 e 49 anni	115.547	113.855	113.855
	risultato	0,10	0,10	0,10
CURE DOMICILIARI - NUMERO UTENTI IN CARICO OGNI 1000 RESIDENTI	nr. complessivo utenti	16.949	16.762	16.304
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	31,49	31,12	30,27
CURE DOMICILIARI - NUMERO UTENTI IN CARICO OVER 65 OGNI 1000 RESIDENTI	nr. complessivo utenti over 65 anni	14.878	14.799	14.384
	popolazione residente over 65 anni	113.496	115.370	115.370
	risultato	131,09	128,27	124,68

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

		2016	prev. 2017	2017
POSTI LETTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI OGNI 1.000 ANZIANI	nr. posti letto finanziati in strutture residenziali	4.525	4.590	4.590
	popolazione residente over 65 anni	113.496	115.370	115.370
	risultato	39,87	39,79	39,79
COSTO % DEI SERVIZI AGLI ANZIANI SUL COSTO TOTALE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	costo Assistenza R.S.A.	126.670.791	128.350.000	128.426.028
	costo totale dei livelli di assistenza	1.276.894.315	1.307.849.856	1.323.943.376
	risultato	9,92%	9,81%	9,70%
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI	costo assistenza R.S.A.	126.670.791	128.350.000	128.426.028
	popolazione residente >= 65 anni	113.496	115.370	115.370
	euro	1.116,08	1.112,51	1.113,17

ASSISTENZA OSPEDALIERA

		2016	prev. 2017	2017
POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI	nr. complessivo di posti letto pubblici e privati	2.098	2.098	2.096
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	3,90	3,90	3,89
DIMISSIONI OGNI 1.000 ABITANTI (4)	nr. totale dimissioni in e fuori PAT dei residenti	86.206	78.509	83.899
	popolazione residente	538.223	538.604	538.604
	risultato	160,17	145,76	155,77

(4) comprensive dei dimessi con drg 391 - NEONATO NORMALE

% POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL	nr. posti letto D.H.	226	226	226
	nr. complessivo di posti letto pubblici e privati	2.098	2.098	2.096
	risultato	10,77%	10,77%	10,78%
% POSTI LETTO PRIVATI	nr. posti letto strutture private	662	662	662
	nr. complessivo di posti letto pubblici e privati	2.098	2.098	2.096
	risultato	31,55%	31,55%	31,58%
INDICE DI ATTRAZIONE	nr. dimissioni non residenti	11.029	14.384	11.450
	nr. totale dimissioni presidi pubblici e privati	85.033	80.660	83.116
	risultato	12,97%	17,83%	13,78%
TASSO DI UTILIZZO POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA	acuti	83,4%	82,5%	81,9%
	riabilitazione	81,0%	68,2%	83,0%
DURATA MEDIA DEGENZA ORDINARIA	acuti	7,14	7,13	7,16
	riabilitazione	28,19	31,64	33,28
% ACCESSI ESITANTI IN RICOVERO	nr. accessi in P.S. seguiti da ricovero	23.960	24.647	24.347
	nr. accessi in P.S.	215.932	226.091	221.527
	risultato	11,10%	10,90%	10,99%

4.5. MODELLO MINISTERIALE PER I LIVELLI ASSISTENZIALI (LA)

L'elaborazione del modello ministeriale per livelli assistenziali avviene secondo i medesimi criteri di calcolo utilizzati per le tabelle appena esposte; il totale, però, esclude la voce *Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)*, come da quadro di raccordo modelli LA-CE del Ministero della Salute.

Tabella LA 2017

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	5.446	42	882	243	1.563	8.477	-	498	1.543	148	15	335	19.192
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	-	-	-	58	1.946	-	-	-	-	-	5	2.009
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	7	15	-	11	410	2.713	368	-	604	3	4	94	4.229
10400	Sanità pubblica veterinaria	124	26	-	66	530	3.945	-	103	881	12	11	249	5.947
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1	5	-	17	456	3.052	184	191	629	2	9	198	4.744
10600	Servizio medico legale	-	6	-	-	320	892	-	28	917	1	3	63	2.230
19999	Totale	5.578	94	882	337	3.337	21.025	552	820	4.574	166	42	944	38.351
	Assistenza Distrettuale													
20100	Guardia medica	-	-	7.022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.022
20200	Medicina generale	-	-	61.729	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61.729
20201	-- Medicina generica	-	-	48.722	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48.722
20202	--Pediatria di libera scelta	-	-	13.007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.007
20300	Emergenza sanitaria territoriale	300	259	-	8.903	2.710	3.797	-	6.428	110	159	5	306	22.977
20400	Assistenza farmaceutica	19.424	-	64.531	23	2.489	-	-	-	-	-	-	-	86.467
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	-	63.556	23	-	-	-	-	-	-	-	-	63.579
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	19.424	-	975	-	2.489	-	-	-	-	-	-	-	22.888
20500	Assistenza Integrativa	-	-	6.526	5	-	-	-	-	-	-	-	-	6.531

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
20600	Assistenza specialistica	20.962	324	33.936	1.089	31.042	34.442	-	5.322	4.135	2.869	34	2.054	136.209
20601	--Attività clinica	7.284	197	14.983	1.014	18.367	13.850	-	2.149	876	1.038	20	1.208	60.986
20602	--Attività di laboratorio	11.688	69	10.600	43	5.968	10.744	-	909	1.649	380	7	398	42.455
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	1.990	58	8.353	32	6.707	9.848	-	2.264	1.610	1.451	7	448	32.768
20700	Assistenza protesica	-	-	13.261	441	1.108	-	-	-	-	-	6	389	15.205
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	2.243	572	7.716	5.913	15.332	28.015	-	3.337	10.860	5.533	623	37.997	118.141
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	308	1	6.011	65	148	-	-	-	-	-	-	-	6.533
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	295	46	234	672	1.113	1.977	-	62	-	1.052	61	3.752	9.264
20803	--Assistenza psichiatrica	646	401	-	123	7.205	18.149	-	1.210	5.989	1.347	250	15.237	50.557
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	34	60	1.471	5.020	3.831	4.184	-	650	2.939	268	194	11.832	30.483
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	396	16	-	33	1.695	1.359	-	990	1.932	2.628	76	4.642	13.767
20806	--Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20807	--Assistenza ai malati terminali	564	48	-	-	1.336	2.346	-	425	-	237	42	2.534	7.532
20808	--Assistenza a persone affette da tumori	-	-	-	-	4	-	-	-	-	1	-	-	5
20900	Assistenza territoriale	-	-	8.902	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.902
20901	--Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	1.816	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.816
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20904	--Assistenza agli anziani	-	-	7.086	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.086
20905	--Assistenza a persone affette da tumori	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20906	--Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21000	Assistenza territoriale residenziale	8.577	380	149.387	1.022	3.377	2.110	-	3.610	122	2.443	85	5.161	176.274
21001	--Assistenza psichiatrica	149	356	6.006	-	2.560	2.110	-	3.610	122	2.255	85	5.161	22.414
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	417	1	17.357	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.775
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	2.578	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.578
21004	--Assistenza agli anziani	8.011	23	121.028	1.022	817	-	-	-	-	188	-	-	131.089
21005	--Assistenza a persone affette da tumori	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21006	--Assistenza ai malati terminali	-	-	2.418	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.418
21100	Assistenza Idrotermale	-	-	3.275	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.275
29999	Totale	51.506	1.535	356.285	17.396	56.058	68.364	-	18.697	15.227	11.004	753	45.907	642.732

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	1.488	110	-	29	2.509	22.022	-	2.447	140	281	23	333	29.382
30200	Ass. ospedaliera per acuti	89.530	3.007	39.838	730	58.352	233.575	815	43.302	16.598	19.328	569	8.205	513.849
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	11.709	393	5.210	95	7.632	30.549	107	5.663	2.171	2.528	74	1.073	67.204
30202	--in degenza ordinaria	77.821	2.614	34.628	635	50.720	203.026	708	37.639	14.427	16.800	495	7.132	446.645
30300	Interventi ospedalieri a domicilio													-
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	-	-	25.079	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.079
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	543	54	41.098	59	1.857	8.515	-	2.117	231	405	18	261	55.158
30600	Emocomponenti e servizi	4.887	63	-	3	601	4.440	-	127	162	101	7	96	10.487
30700	Trapianto organi e tessuti													-
39999	Totale	96.448	3.234	106.015	821	63.319	268.552	815	47.993	17.131	20.115	617	8.895	633.955
49999	TOTALE	153.532	4.863	463.182	18.554	122.714	357.941	1.367	67.510	36.932	31.285	1.412	55.746	1.315.038

Tabella LA 2016

Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
Igiene e sanità pubblica	5.227	47	926	277	1.513	7.735	-	560	1.601	180	12	163	18.241
Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	-	-	-	58	1.944	-	-	-	-	-	2	2.004
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	4	13	-	14	398	2.451	362	-	542	3	3	44	3.834
Sanità pubblica veterinaria	265	20	-	63	524	3.724	-	106	888	13	7	91	5.701
Attività di prevenzione rivolte alle persone	-	3	-	25	330	1.654	161	196	464	1	4	49	2.887
Servizio medico legale	-	6	-	13	303	854	-	25	864	2	2	33	2.102
Totale	5.496	89	926	392	3.126	18.362	523	887	4.359	199	28	382	34.769
Assistenza distrettuale													
Guardia medica	-	-	8.577	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.577
Medicina generale	-	-	61.916	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61.916
-- Medicina generica	-	-	49.123	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49.123
--Pediatria di libera scelta	-	-	12.793	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.793
Emergenza sanitaria territoriale	487	262	-	8.862	2.588	3.960	-	5.810	157	294	4	150	22.574
Assistenza farmaceutica	37.149	-	64.847	25	2.271	-	-	-	-	-	-	-	104.292
--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	-	63.910	25	-	-	-	-	-	-	-	-	63.935
--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	37.149	-	937	-	2.271	-	-	-	-	-	-	-	40.357
Assistenza Integrativa	-	-	6.579	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6.581
Assistenza specialistica	11.999	367	34.320	972	30.975	35.589	-	4.590	4.130	4.564	30	1.118	128.654
--Attività clinica	8.115	227	16.178	904	18.234	13.994	-	1.912	734	2.060	18	663	63.039
--Attività di laboratorio	1.809	73	8.776	33	6.006	11.184	-	830	1.744	512	6	212	31.185
--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	2.075	67	9.366	35	6.735	10.411	-	1.848	1.652	1.992	6	243	34.430
Assistenza Protesica	-	-	13.145	439	1.027	-	-	-	-	-	5	190	14.806
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	1.012	564	7.378	5.673	16.068	28.073	-	3.167	11.352	6.923	456	17.103	97.769
--assistenza programmata a domicilio (ADI)	161	7	5.739	65	120	-	-	-	-	-	-	-	6.092
--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	178	53	187	767	1.572	1.665	-	-	443	1.187	82	3.076	9.210
--Assistenza psichiatrica	72	372	-	97	7.890	18.760	-	1.291	6.128	3.065	175	6.559	44.409
--Assistenza riabilitativa ai disabili	40	58	1.452	4.710	3.437	4.302	-	432	2.656	227	118	4.412	21.844
--Assistenza ai tossicodipendenti	149	21	-	34	1.842	1.341	-	981	2.125	2.207	63	2.377	11.140
--Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
--Assistenza ai malati terminali	412	53	-	-	1.169	2.005	-	463	-	235	18	679	5.034
--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	38	-	-	-	-	2	-	-	40

Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di	servizi non sanitari								
Assistenza territoriale semiresidenziale	-	-	8.181	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.181
-- Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-
-- Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	1.786	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.786
-- Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-- Assistenza agli anziani	-	-	6.395	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.395
-- Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-- Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza territoriale residenziale	7.846	401	144.533	981	3.484	2.010	-	3.776	151	2.297	68	2.546	168.093
-- Assistenza psichiatrica	172	367	5.713	-	2.752	2.010	-	3.776	151	1.919	68	2.546	19.474
-- Assistenza riabilitativa ai disabili	287	1	17.421	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.709
-- Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	2.525	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.525
-- Assistenza agli anziani	7.387	33	117.732	981	732	-	-	-	-	378	-	-	127.243
-- Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-- Assistenza ai malati terminali	-	-	1.142	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.142
Assistenza Idrotermale	-	-	3.299	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.299
Totale	58.493	1.594	352.775	16.954	56.413	69.632	-	17.343	15.790	14.078	563	21.107	624.742
Assistenza ospedaliera													
Attività di pronto soccorso	1.718	110	-	12	2.518	21.141	-	2.551	137	321	18	165	28.691
Ass. ospedaliera per acuti	79.001	3.309	41.207	573	57.438	225.947	693	43.987	16.277	20.492	402	3.625	492.951
-- in Day Hospital e Day Surgery	10.195	427	5.318	74	7.413	29.160	89	5.677	2.101	2.645	52	468	63.619
-- in degenza ordinaria	68.806	2.882	35.889	499	50.025	196.787	604	38.310	14.176	17.847	350	3.157	429.332
Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ass. ospedaliera per lungodegenti	-	-	26.052	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.052
Ass. ospedaliera per riabilitazione	628	73	37.204	31	1.988	7.746	-	1.853	226	473	9	86	50.317
Emocomponenti e servizi trasfusionali	5.040	30	-	2	680	4.307	-	104	192	133	8	77	10.573
Trapianto organi e tessuti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	86.387	3.522	104.463	618	62.624	259.141	693	48.495	16.832	21.419	437	3.953	608.584
TOTALE	150.376	5.205	458.164	17.964	122.163	347.135	1.216	66.725	36.981	35.696	1.028	25.442	1.268.095

5. LA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA / ANDAMENTO DELLA GESTIONE

5.1. DINAMICA COMPLESSIVA DEI PRINCIPALI AGGREGATI ECONOMICI: TENDENZA NAZIONALE E CONFRONTO LOCALE

Nel 2017 il PIL nazionale è stato influenzato positivamente dalla favorevole congiuntura mondiale, dalla politica monetaria dell'Eurozona, da una politica di bilancio moderatamente espansiva e dagli interventi di riforma strutturale adottati negli ultimi anni in molti settori, quali la scuola, il mercato del lavoro, la Pubblica Amministrazione e la giustizia civile.

La gestione delle finanze pubbliche ha tenuto conto dell'esigenza di riduzione del disavanzo che alimenta il già elevato debito pubblico; l'indebitamento netto, pari al 3 per cento del PIL nel 2014, si è progressivamente ridotto negli anni, raggiungendo il 2,3% nel 2017 (1,9 al netto degli interventi straordinari per il settore bancario e la tutela del risparmio). Parallelamente, dopo sette anni di aumenti consecutivi, il rapporto debito/PIL si è stabilizzato, registrando nel 2017 delle riduzioni sull'anno precedente.

Nel dettaglio, in occasione del comunicato stampa del 4 aprile 2018, riferito alla c.d. Notifica di marzo, l'ISTAT ha rivisto significativamente i dati relativi all'indebitamento netto delle Amministrazioni Pubbliche (AP) per l'anno 2017 diffusi in via provvisoria il 1 marzo. Il risultato per l'anno 2017 è di un **rapporto indebitamento netto/PIL pari al 2,3%**, superiore di due decimi di punto al valore indicato nella Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2017 e riconfermato nella Nota tecnico illustrativa alla Legge di Bilancio 2018-2020 (NTI 2018). **Rispetto al valore registrato nel 2016 (2,5%) il rapporto segna un miglioramento di due decimi di punto.**

Nel 2017 la spesa sanitaria corrente del Conto economico consolidato della sanità relativo alle istituzioni delle Amministrazioni pubbliche è risultata, nelle stime di Contabilità nazionale in sede di presentazione del **D.E.F. di data 26.04.2018**, pari a 113.599 milioni di euro, con un tasso di incremento dell'1,1% rispetto al 2016. Si evidenzia, in proposito, che la stima di Contabilità nazionale per il 2017 tiene conto dei dati del Conto Economico (CE) degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) relativi al IV trimestre 2017.

Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue:

- la spesa per i redditi da lavoro dipendente risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2016, in ragione degli strumenti di governance del settore sanitario introdotti dagli Accordi Stato Regioni intervenuti in materia. L'invarianza osservata nel 2017 è influenzata dai seguenti fattori:
 - 1) il blocco del turnover in vigore nelle regioni sotto piano di rientro, sia nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa, sia a seguito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e ss.mm.;
 - 2) le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro;
 - 3) gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.

Peraltro, la previsione nazionale per l'esercizio 2018 considera l'applicazione delle disposizioni previste dalla Legge di bilancio 2018 in materia di rinnovi contrattuali, nonché la riduzione permanente delle risorse destinate al trattamento accessorio definita dalla legislazione vigente, con un impatto incrementale del costo del personale dipendente stimato di +4,35% rispetto al 2017;

- la spesa per i consumi intermedi è in crescita rispetto al 2016 del 4,2%. La dinamica complessiva dell'aggregato è determinata sia dal tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici (+4,4%), sia dall'aumento della restante componente dei consumi intermedi (+4,1%). La dinamica della spesa registrata nei consumi intermedi al netto della

componente farmaceutica, risulta quindi solo in parte aver beneficiato delle vigenti misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, fra le quali:

- a) lo sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dalle centrali di committenza regionali/provinciali;
 - b) la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
 - c) la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard;
- la spesa per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi acquisiti da produttori market è sostanzialmente stabile rispetto al 2016. Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:
- 1) la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.605 milioni, in riduzione del 6,1% rispetto al 2016. Tale risultato conferma la tendenza in riduzione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento previste dalla legislazione vigente e, in particolare, della fissazione di un tetto di spesa, con attivazione del meccanismo del pay-back;
 - 2) la spesa per l'assistenza medico-generica è pari a 6.695 milioni, di poco superiore al valore del 2016 (+0,1%);
 - 3) la spesa per le altre prestazioni sociali in natura (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 25.261 milioni, in aumento del 2%, rispetto all'anno precedente. La dinamica di tale componente di spesa risente di una migliore regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale, nonché dell'effetto delle disposizioni previste dalla normativa vigente sugli importi e sui volumi di acquisto di prestazioni, erogate da soggetti privati accreditati, per l'assistenza specialistica e ospedaliera.

Per quanto riguarda la realtà trentina è noto che il Servizio Sanitario Provinciale risulta fin dal 1994 finanziato direttamente con le risorse del bilancio provinciale e quindi al di fuori del Fondo sanitario nazionale. La Giunta Provinciale ha formulato le direttive all'Azienda per l'esercizio 2017 in materia di assunzioni e di spesa per il personale, di spese per l'acquisto di beni e servizi, di spesa per l'assistenza farmaceutica ed altre convenzioni sanitarie, automazione dei processi e semplificazione amministrativa, fissando alcuni interventi di riduzione della spesa di cui si dà conto nel paragrafo del "Rispetto delle direttive provinciali in materia di razionalizzazione della spesa". I tetti di spesa indicati nella deliberazione di G.P. n. 2.413 di data 20/12/2016, poi assestati in via definitiva con successivo provvedimento dell'esecutivo provinciale n. 1.775 di data 27/10/2017, rappresentano indirizzi operativi finalizzati ad assicurare il mantenimento dell'equilibrio complessivo di bilancio dell'Azienda. Il dato di chiusura del bilancio di esercizio APSS 2017 evidenzia un incremento annuo del 4,28%, analizzato nel successivo paragrafo denominato "I risultati finali della gestione economica 2017: valutazioni di sintesi".

Il raffronto con il dato nazionale va effettuato con molta cautela, in quanto non omogenei sono i valori di spesa considerati a livello nazionale, rispetto a quelli locali (si citano principalmente: dati di pre-consuntivo rispetto a dati di consuntivo, tenuto conto della significatività delle operazioni di assestamento e rettifica in chiusura del bilancio di esercizio; diversi criteri di imputazione dei costi anche con riferimento al maggiore assorbimento provinciale nel settore dell'integrazione socio-sanitaria). Si conferma comunque il differenziale storico legato al c.d. deficit di area correlato alle caratteristiche geomorfologiche montane del territorio locale, e comunque in un contesto di potenziamento dei servizi offerti a garanzia di livelli di assistenza sanitari superiori rispetto a quelli essenziali indicati dalla disciplina nazionale.

Ciò in un complessivo quadro d'offerta del Servizio Sanitario Provinciale caratterizzato da un progressivo ampliamento dei servizi e dei livelli di prestazione che garantiscono volumi e standard superiori a quelli nazionali, come ad esempio l'assistenza sanitaria agli ospiti delle RSA, l'assistenza

odontoiatrica, l'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni c.d. "aggiuntive" rispetto ai LEA in forma diretta o a rimborso, il Centro di Protonterapia.

Contrariamente a quanto è accaduto in Provincia di Trento, a livello nazionale in questi ultimi anni è stata data maggior enfasi ai problemi della razionalizzazione e del contenimento dei servizi (attraverso anche il ridimensionamento o addirittura la chiusura di strutture) per conseguire obiettivi di controllo della spesa, anche attraverso l'accorpamento delle ASL o mediante la costituzione di organismi di gestione di servizi centralizzati funzionali a più aziende (area vasta, consorzi).

Ulteriori iniziative di riduzione della spesa non possono che passare attraverso una ridefinizione del quadro di offerta dei servizi.

5.2. I RISULTATI FINALI DELLA GESTIONE ECONOMICA 2017: VALUTAZIONI DI SINTESI

Il Bilancio 2017 si è chiuso in sostanziale equilibrio, con un utile di € 87.377= e con un ammontare complessivo di costi (calcolato al netto delle quote di ammortamento sterilizzate) pari ad € **1.291,07 milioni**, con incremento annuo percentuale del 4,28%.

La crescita in termini nominali dei costi 2017 ha riguardato principalmente:

- i maggiori costi per gli **accantonamenti (+ 28,3 milioni)**, tra cui - per significatività - si evidenziano l'iscrizione del fondo accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione), per € 19.242.503=, in applicazione di quanto disposto dall'intervenuta Legge 08.03.2017, n. 24 (c.d. Legge Gelli) e la contabilizzazione in appositi fondi delle quote di finanziamento vincolate, ma non utilizzate nel corso dell'esercizio, per € 13.343.054=;
- dai maggiori costi delle retribuzioni del **personale (+ 10,9 milioni)**, in ragione dell'applicazione del rinnovo del contratto provinciale di lavoro, dell'incremento della dotazione di personale per il rispetto delle disposizioni sul riposo giornaliero, dell'effetto trascinarsi delle assunzioni attivate in corso d'anno 2016, a regime per l'intero esercizio 2017, nonché per l'adeguamento agli standard di sicurezza del quadro d'offerta del Servizio Sanitario Provinciale;
- i maggiori oneri della voce degli **acquisti di beni sanitari, (+ 5,4 milioni, pari al 3,48%)**, derivanti essenzialmente dall'incremento dei prodotti sanitari ed in particolare dei farmaci oncologici e reumatologici, dell'utilizzo di farmaci e medicinali ad alta innovazione tecnologica ed all'applicazione del nuovo piano vaccinale 2017-2019 definito a livello nazionale secondo le disposizioni di realizzazione in ambito provinciale;
- i maggiori costi per i **servizi sanitari (+ 4,8 milioni, pari a +1%)**, in particolare per l'incremento delle risorse ripartite all'assistenza a soggetti non autosufficienti nelle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona; all'attivazione del nuovo hospice "Cima Verde" di Trento Sud; all'aumento degli oneri per assistenza ospedaliera con iscrizione del dato di mobilità passiva interregionale, secondo i valori dell'Intesa definita in Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome; nonché alle prestazioni di trasporto sanitario, anche in ragione del modello organizzativo delle alte specialità, secondo il principio delle reti cliniche integrate.

Al contrario, si evidenziano, in modo sintetico, le seguenti dinamiche in diminuzione rispetto al dato di consuntivo 2016:

- la riduzione delle voci di manifestazione non direttamente numeraria, quali gli **ammortamenti (- 4,4 milioni)**, tenuto conto che - per completezza d'informazione - ai sensi del D. Lgs. n. 118/2011 le minusvalenze da alienazioni patrimoniali sono iscritte negli oneri straordinari e la **variazione delle rimanenze (- 2,1 milioni)**, anche attraverso un processo di miglioramento organizzativo nella rilevazione delle scorte di reparto, anch'essa introdotta dalle disposizioni nazionali di armonizzazione dei bilanci pubblici e degli schemi di bilancio;
- la contrazione delle macrovoci "**manutenzione e riparazione**" e "**oneri diversi di gestione**", **nel complesso con riduzione di € 672.718=**, evidenziando le azioni di razionalizzazione della spesa secondo criteri di essenzialità e di autorizzazione di quelle strettamente necessarie per il mantenimento in efficienza e sicurezza del patrimonio immobiliare e dei processi di erogazione delle prestazioni istituzionali assicurate ai cittadini ed alle altre parti interessate del Servizio Sanitario Provinciale.

In tema di **razionalizzazione della spesa**, l'Azienda ha posto in essere azioni di monitoraggio finalizzate al raggiungimento degli obiettivi "strategici" di essenzialità della spesa corrente nell'ambito della manovra provinciale di bilancio per l'anno 2017.

In proposito, a carattere generale, si evidenzia che la Giunta Provinciale nei provvedimenti di finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'esercizio 2017 e per il triennio 2017-2019, nel definire i tetti di spesa, ha affermato il vincolo assoluto per l'APSS di non superare la quota complessiva di spesa netta posta a carico del Fondo sanitario provinciale e del Fondo per l'Assistenza Integrata e quindi **viene confermato l'obbligo per la stessa Azienda di garantire l'equilibrio economico del proprio bilancio con i finanziamenti determinati con i provvedimenti provinciali**, realizzato puntualmente a consuntivo 2017 attraverso un risultato di esercizio che registra un utile tecnico di € 87.377=.

In relazione, infine, ai tetti di spesa previsti dalle direttive provinciali, si rimanda la trattazione allo specifico paragrafo della presente Relazione sulla gestione.

5.3. LA GESTIONE ECONOMICA: I RICAVI DI ESERCIZIO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA

Il valore della produzione identifica i componenti positivi di reddito che riguardano la gestione caratteristica. Nella tabella seguente sono riepilogati, per voce aggregata, i valori relativi al 2017, confrontati con i corrispondenti valori dell'anno precedente:

VOCI	Importi in €uro		Variazione 2017/2016	
	2017	2016	Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	1.155.020.075	1.121.685.219	33.334.856	2,97%
a) Contributi in c/esercizio - da Reg. o Prov. Aut. per quota FSR	966.668.799	933.790.022	32.878.777	3,52%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	188.202.046	187.380.189	821.857	0,44%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	0	0	0	
2) Contributi da Pat (extra fondo)	168.023.693	165.325.7170	2.697.976	1,63%
3) Contributi da Pat (extra fondo) - Ris. agg. da bil. copertura extra LEA	19.793.000	19.421.968	371.032	1,91%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	0	0		
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	0	0		
6) Contributi da altri soggetti pubblici	385.353	2.632.504	-2.247.151	-85,36%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	149.231	509.008	-359.778	-70,68%
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	0	0		
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0	0		
3) da Regione ad altri soggetti pubblici	149.231	509.008	-359.778	-70,68%
4) da privati	0	0		
d) Contributi in c/esercizio - da privati	0	6.000	-6.000	-100,00%
2) RETTIFICA CONTRIBUTI C/ESERCIZIO PER DESTINAZIONE AD INVESTIMENTI	-100.000	0		
3) UTILIZZO FONDI PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI VINC. DI ES. PRECED.	1.755.596	0		
4) RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANIT. A RILEVANZA SANIT.	77.045.073	66.746.291	10.298.782	15,43%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad az. sanitarie pubbl.	56.614.121	46.800.740	9.813.381	20,97%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	11.144.779	10.976.664	168.115	1,53%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	9.286.172	8.968.887	317.286	3,54%
5) CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI	8.633.879	6.841.583	1.792.295	26,20%
6) COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	21.049.963	21.148.298	-98.334	-0,46%
7) QUOTA CONTRIBUTI IN C/CAPITALE IMPUTATA NELL'ESERCIZIO	37.306.897	38.768.547	-1.461.650	-3,77%
8) INCREMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI PER LAVORI INTERNI	0	736	-736	-100,00%
9) ALTRI RICAVI E PROVENTI	4.639.527	7.408.596	-2.769.069	-37,38%
TOTALE A)	1.305.351.009	1.262.599.270	42.751.740	3,39%

Il Valore della Produzione comprende i seguenti aggregati funzionali che verranno successivamente analizzati:

1. i contributi erogati a vario titolo dalla Provincia per il funzionamento dei servizi sia a carattere indistinto che vincolato: fondo sanitario di parte corrente, fondo assistenza integrata, fondi per progetti finalizzati;
2. i ricavi derivanti dall'erogazione delle prestazioni e dallo svolgimento delle attività tipiche dell'Azienda: ticket, prestazioni a enti e imprese, rimborsi, attività libero-professionale, ecc.;
3. alcune voci contabili rettificative di costi d'esercizio: la rettifica dei contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti, l'utilizzo dei fondi per quote inutilizzate dei contributi vincolati relativi all'esercizio precedente 2016 ed i costi capitalizzati (quota dei contributi in c/capitale imputata nell'esercizio 2017).

1. I contributi

Nella voce contributi e ricavi delle vendite e delle prestazioni la componente più rilevante è rappresentata dai contributi provinciali in conto esercizio (assegnazioni correnti).

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario provinciale di parte corrente è stato assestato, da ultimo, con integrazione ex deliberazione di Giunta Provinciale n. 2.346 di data 28/12/2017 in € 1.159.073.049,25=. Si segnala che con nota PAT prot. n. 214834 di data 11/04/2018, l'Assessorato alla Salute e Politiche sociali ha precisato la necessità di contabilizzazione delle voci di provento da pay - back per € 4.939.009,61=, con storno dalla voce dei contributi indistinti da Provincia Autonoma di Trento per quota del F.S.P.

Nei finanziamenti a destinazione vincolata è ricompresa la quota per la copertura del canone per il funzionamento del Centro di Protonterapia; la quota relativa all'anno 2018 è stata riscontata per un importo pari a 9,3 milioni, come previsto dalla deliberazione di Giunta Provinciale n. 2398/2015.

CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO DA PAT QUOTA FONDO SANITARIO	966.668.799	933.790.022	32.878.777	3,52%
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO EXTRA FONDO	188.202.046	187.380.189	821.857	0,44%
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO PER RICERCA	149.230	509.008	-359.778	-70,68%
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO DA PRIVATI	0	6.000	-6.000	-100,00%
TOTALE	1.155.020.075	1.121.685.219	33.334.856	2,97%

2. I ricavi propri

Oltre alle assegnazioni provinciali di cui si è detto, nell'ambito dei ricavi complessivi sono compresi anche quelli «propri» che sono esposti dettagliatamente nelle tabelle di seguito riportate e commentate.

ARTICOLAZIONE RICAVI PROPRI

	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
RICAVI PER PRESTAZ. SANITARIE E SOCIO SANITARIE AD AZ. PUBBL.	56.614.121	46.800.740	9.813.381	20,97%
RICAVI PER PRESTAZIONI LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA	11.144.779	10.976.664	168.115	1,53%
RICAVI PER PRESTAZIONI SANIT. E SOCIO SANITARIE ALTRO	9.286.172	8.968.887	317.285	3,54%
CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI	8.633.879	6.841.583	1.792.296	26,20%
COMPARTECIPAZIONI ALLA SPESA PER PRESTAZI. SANITARIE	21.049.963	21.148.298	-98.335	-0,46%
ALTRI RICAVI E PROVENTI	4.639.527	7.408.596	-2.769.069	-37,38%
TOTALE (escluse sopravvenienze attive)	111.368.441	102.144.768	9.223.673	9,03%

- Nella voce «proventi per prestazioni sanitarie» si segnala, per significatività, il valore delle prestazioni rese a residenti fuori Provincia nell'ambito dell'istituto della mobilità sanitaria interregionale (mobilità attiva) che per l'anno 2017 sono quantificati in € 55.218.878=, secondo quanto indicato nella tabella di riparto del F.S.N. approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 184/CSR dd. 26.10.2017).

RICAVI PRESTAZIONI SANITARIE e SOCIO SAN. - AD AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
MOBILITA' ATTIVA: PRESTAZIONI DI RICOVERO	40.720.947	34.539.837	6.181.110
MOBILITA' ATTIVA: PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA	6.150.249	4.638.549	1.511.700
MOBILITA' ATTIVA: SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI - FILE F	1.307.503	806.398	501.105
MOBILITA' ATTIVA: PRESTAZIONI SERVIZI MMG e PLS	211.419	201.073	10.346
MOBILITA' ATTIVA: PRESTAZIONI ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	758.303	660.209	98.094
MOBILITA' ATTIVA: PRESTAZIONI TERMALI	1.954.629	1.822.159	132.470
MOBILITA' ATTIVA: PRESTAZIONI TRASPORTO AMBULANZE ED ELISOCORSO	3.033.972	2.312.574	721.398
MOBILITA' ATTIVA: PLASMADERIVAZIONE, EMOCOMPONENTI, RICERCA E REPERIMENTO CELLULE	1.081.856	86.838	995.018
PRESTAZIONI EROGATE AI DEGENTI EX RESIDUI MANICOMIALI	963.600	1.044.120	-80.520
PRESTAZIONI EROGATE AI DEGENTI REMS EXTRA P.A.T.	431.643	688.983	-257.340
TOTALE	56.614.121	46.800.740	9.813.381

- i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione rilevano un incremento complessivo di 0,17 milioni di euro;

RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE e SOCIO SANITARIE - Intramoenia

	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
PROVENTI PER CONSULENZE AD ENTI del S.P.A.	34.465	57.265	-22.800
PROVENTI PER CONSULENZE AD IMPRESE E PRIVATI	153.397	247.923	-94.526
RICAVI DA ATTIVITA' DI RICOVERO	219.072	152.816	66.256
RICAVI da DRG ADDEBITATI PER ATTIVITA' di RICOVERO	86.796	59.754	27.042
RICAVI DA PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN AMBULATORI PUBBLICI	10.568.727	10.326.137	242.590
RICAVI DA PRESTAZIONI VETERINARIE	169	1.762	-1.593
RICAVI DA PRESTAZIONI VETERINARIE IN AMBULATORI PRIVATI (L.P. allargata)	39.678	44.204	-4.526
PROVENTI PER CERTIFICAZIONI MEDICO-LEGALI PRESSO INAIL	42.475	86.804	-44.329
TOTALE	11.144.779	10.976.664	168.115

- i ricavi per prestazioni socio-sanitarie - altro - che registrano una crescita di 0,317 milioni di euro. All'interno di tale voce trovano collocazione le prestazioni rese dal Dipartimento di Prevenzione e tutte le altre prestazioni rese a pagamento ad enti esterni e privati;

RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE e SOCIO SANITARIE - Altro

	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
PROVENTI PER PRESTAZIONI DI TRASPORTO A MEZZO ELICOTTERO PRIMO INTERVENTO	293.510	375.400	-81.890
PROVENTI PER SERVIZI VARI RESI AD ALTRI ENTI PUBBLICI	2.950.669	2.297.773	652.896
PROVENTI PER SERVIZI VARI RESI AD IMPRESE E PRIVATI	738.457	845.491	-107.034
RICAVI DA ATTIVITA' DI RICOVERO A PAGANTI IN PROPRIO	891.097	1.280.207	-389.110
RICAVI DA PRESTAZIONI SPECIALISTICHE A PAGANTI IN PROPRIO	570.369	692.711	-122.342
RICAVI DA ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE	143.048	0	143.048
PROVENTI PER PRESTAZIONI DI IGIENE PUBBLICA	1.808.404	1.504.269	304.135
PROVENTI PRESTAZIONI DI IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO	328.459	330.124	-1.665
PROVENTI PER PRESTAZIONI DI IGIENE DEGLI ALIMENTI, BEVANDE ED ALTRE SOSTANZE	24.808	21.111	3.697
PROVENTI PER PRESTAZIONI DI MEDICINA LEGALE	240.337	266.927	-26.590
PROVENTI PER ANALISI SU CAMPIONI BIOLOGICI RESE DA LABORATORIO IGIENE E SANITA' PUB.	115.107	132.822	-17.715
PROVENTI PER PRESTAZIONI RESE DAL SERVIZIO DI PREVENZIONE AMBIENTALE	28.055	29.385	-1.330
PROVENTI IGIENE PUBBLICA EX D. LGS. N. 194/2008	610.019	603.047	6.972
ALTRI PROVENTI DE LSERVIZIO VETERINARIO (compreso elenco 6 del tariffario)	285.077	260.856	24.221
PROVENTI PER PRESTAZIONI DI TRASPORTO INFERMI A MEZZO AMBULANZA	131.174	102.973	28.201
PROVENTI PER SERVIZI VARI AD ENTI DEL S.P.A.	0	26.663	-26.663
PROVENTI PER CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI C/INAIL	9.413	18.275	-8.862
PROVENTI DA PRESTAZIONI EX ART. 21 L.P. N. 4/94 A PRIVATI	118.169	180.853	-62.684
ALTRI PROVENTI	0	0	0
TOTALE	9.286.172	8.968.887	317.285

- i concorsi, recuperi e rimborsi sono incrementati, rispetto al 2016, di euro 1,79 milioni, attestandosi a quota 8,63 milioni di euro, principalmente per i maggiori rimborsi da aziende farmaceutiche per il pay back (nel complesso, circa per € 2 milioni);

CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
CONCORSO ONERI MENSA DEL PERSONALE DIPENDENTE	575.379	567.479	7.900
CONCORSO ONERI MENSA DI ALTRI SOGGETTI	66.429	52.689	13.740
CONCORSO SPESE ALLOGGIO	4.836	6.216	-1.380
CONCORSO SPESE VESTIARIO	4	0	4
ALTRI CONCORSI SPESE	85	88	-3
RECUPERI PER AZIONI DI RIVALSA E DI REGRESSO PER PRESTAZIONI SANITARIE	48.632	104.952	-56.320
RECUPERI PER AZIONI DI RIVALSA E DI REGRESSO PER ALTRE ATTIVITA'	25.319	18.776	6.543
RECUPERI COMPENSI ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA DEI DIPENDENTI NON AUTORIZZATA	5.667	2.638	3.029
RIFUSIONI PER MANCATA FRUIZIONE PRESTAZIONI PRENOTATE	128.484	0	128.484
ALTRE RIFUSIONI	507.292	818.664	-311.372
RIMBORSO DA INAIL PER DIPENDENTI INFORTUNATI	179.169	204.889	-25.720
RIMBORSO DA INPS PER DONAZIONI SANGUE	37.230	31.293	5.937
RIMBORSO DA ALTRE P.A. PER PERSONALE COMANDATO, IN ASPETTATIVA O IN PERMESSO	1.568.588	1.498.588	70.000
RIMBORSO SPESE TELEFONICHE	1.257	1.910	-653
RIMBORSI SPESE DI RISCALDAMENTO, UTENZE, CONDOMINIALI ED ALTRO	26.282	86.129	-59.847
RIMBORSO BOLLI	218.437	224.764	-6.327
RIMBORSO COMPETENZE INDEBITAMENTE CORRISPOSTE A PERSONALE DIPENDENTE	28.822	10.042	18.780
PAY_BACK PER IL SUPERAMENTO DEL TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	0	1.559.257	-1.559.257
PAY BACK PER SUPERAMENTO DE LTETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	0	168.588	-168.588
ULTERIORE PAY-BACK	4.939.010	1.215.133	3.723.877
ALTRI RIMBORSI SPESE	272.957	269.487	3.470
TOTALE	8.633.879	6.841.583	1.792.296

- la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti, significativa nel suo valore assoluto (oltre 21 mil. di Euro) è rimasta sostanzialmente invariata rispetto all'esercizio precedente (-0,46%), pur con delle variazioni interne tra prestazioni di specialistica ambulatoriale (-2,36%) e prestazioni di Pronto soccorso (+2,48%);

COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI ALLA SPESA SANITARIA

	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
A) COMPARTECIPAZIONE DA UTENTI PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	17.117.394	17.532.556	-415.162
B) COMPARTECIPAZIONI E PROVENTI PRESTAZ. DI ASSISTENZA MEDICO-GENERICA A TURISTI	0	0	0
C) COMPARTECIPAZIONI TRASPORTO IN ELISOCORSO	67.424	70.177	-2.753
D) COMPARTECIPAZIONE PER MANCATA FRUIZIONE DI PRESTAZIONI PRENOTATE	62.396	99.972	-37.576
E) COMPARTECIPAZIONE UTENTI PRESTAZIONI PS	1.794.866	1.437.904	356.962
F) COMPARTECIPAZIONI UTENTI PRESTAZIONI DI ASSIST. ODONTOIATRICA L.P. 22/2007	87.458	85.998	1.460
G) COMPARTECIPAZIONI UTENTI PER SERVIZIO SAD IN ADI E ADI/CP	1.811.059	1.798.749	12.310
H) COMPARTECIPAZIONI DA UTENTI PER TRASPORTO IN AMBULANZA	79.887	89.350	-9.463
I) ALTRE COMPARTECIPAZIONI	29.479	33.591	-4.112
TOTALE	21.049.963	21.148.298	-98.335

- la voce residuale degli altri ricavi e proventi denota un decremento di circa 2,77 milioni di euro (-37,38%) all'interno della quale si rileva la riduzione della voce delle sanzioni per le attività di controllo sulle dichiarazioni di esenzione che nel precedente esercizio contabilizzavano il periodo pluriennale di maturazione a seguito degli esiti dei controlli resi disponibili da SOGEI (-0,89 milioni di euro), nonché la contrazione delle voci di ricavo relative al Fondo unico per il miglioramento della qualità dei servizi e delle donazioni, che nel precedente esercizio 2016 risentivano della diversa modalità di contabilizzazione delle quote da utilizzare non più con la tecnica del risconto, ma attraverso la costituzione di un fondo del passivo.

ALTRI RICAVI E PROVENTI

	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
PROVENTI PER LA GESTIONE DEL FONDO UNICO PER IL MIGLIORAMENTO QUALITÀ DEI SERVIZI	292.561	1.718.843	-1.426.282
RICAVI DA RETTE DI DEGENZA A CONFORT ALBERGHIERO	7.749	6.727	1.022
PROVENTI PER PRESTAZIONI DEL SERVIZIO PREVENZIONI INFORTUNI	122.505	160.642	-38.137
CESSIONE DI SANGUE ED EMODERIVATI	129.984	131.019	-1.035
CESSIONE DI MEDICINALI E MATERIALE SANITARIO	13.168	45.500	-32.332
CESSIONE DI ALTRI PRODOTTI SANITARI	4.410	91	4.319
VENDITE DI MATERIALE FUORI USO (NON IMMOBILIZZATO)	1.714	1.100	614
CESSIONI DI PASTI IN CONVENZIONE PER OSPITI DI ENTI ASSISTENZIALI	142.514	162.627	-20.113
CESSIONE DI PASTI IN CONVENZIONE PER MENSA DIPENDENTI ENTI VARI	104.427	114.337	-9.910
CESSIONE DI PASTI A SINGOLI SOGGETTI ASSISTENTI DI RICOVERATI	20.440	19.253	1.187
CESSIONE DI ENERGIA ELETTRICA PRODOTTA DA IMPIANTI FOTOVOLTAICI	0	911	-911
ALTRE CESSIONI	41	0	41
FITTI ATTIVI ED ALTRI PROVENTI DEL PATRIMONIO	88.090	94.537	-6.447

ALTRI RICAVI E PROVENTI	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
PROVENTI DA DONAZIONI, LASCITI ED OBLAZIONI	0	0	0
PROVENTI DA GESTIONE BAR E SIMILARI	533.216	533.581	-365
PROVENTI DA DISTRIBUTORI AUTOMATICI BEVANDE	646.386	635.833	10.553
PROVENTI DA RILASCIO DI COPIA CARTELLE CLINICHE, CERTIFICAZIONI SANITARIE, FOTOTIPI	212.215	226.498	-14.283
PROVENTI DA RILASCIO DI ALTRE FOTOCOPIE	24.492	2.961	21.531
PROVENTI DA SANZIONI AMMINISTRATIVE	912.189	674.703	237.486
PROVENTI DA SANZIONI SU AUTOCERTIFICAZIONI TICKET MENDACI	500.324	1.387.671	-887.347
SANZIONE PECUNIARIA EX COMMA 2-BIS ART. 38 D.LGS. N.163/2006 (DA D.L. 90/2014)	0	0	0
PROVENTI DALLE SCUOLE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE	72.552	92.493	-19.941
PROVENTI DA TASSE AMMISSIONE CONCORSI	68.738	109.653	-40.915
PROVENTI DA SPERIMENTAZIONE FARMACI	211.100	769.276	-558.176
PROVENTI DA RETTE ALBERGHIERE RESEIN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	306.036	293.162	12.874
PROVENTI DA PRESTAZIONI NON SANITARIE EROGATE AD ALTRI SOGGETTI	3.085	3.304	-219
PROVENTI COLLABORAZIONI CON SOGGETTI ESTERNI (SVILUPPO DI TECNOLOGIE, KNOW HOW)	8.139	4.408	3.731
PLUSVALENZE DA CESSIONE DI IMMOBILIZZAZIONI	3.504	0	3.504
SOPRAVVVENIENZE ATTIVE ORDinarie	13.827	12.483	1.344
PROVENTI PER RETTE ASILO NIDO AZIENDALE	186.944	194.467	-7.523
ABBUONI E SCONTI SU CESSIONI DI BENI E PRESTAZIONI DI SERVIZI (-)	-765	-785	20
ALTRI PROVENTI E RICAVI	9.942	13.300	-3.358
	4.639.527	7.408.596	-2.769.069

3. Le poste rettificative

Le *rettifiche dei contributi in c/esercizio* destinate ad investimenti ammontano ad Euro 100.000 destinati, con Delibera Direttore Generale n. 259 del 22.06.2017, alla copertura degli oneri relativi agli interventi di manutenzione straordinaria da capitalizzare nel patrimonio aziendale (attrezzature sanitarie e scientifiche).

Relativamente agli *utilizzi fondi* per quote inutilizzate dei contributi vincolati, gli stessi rilevano un incremento rispetto al precedente esercizio in quanto il 2017 è il primo esercizio da cui si evince la piena applicazione delle nuove modalità di rappresentazione contabile previste dal D.Lgs. 118/2011 per tale fattispecie. Il precedente esercizio scontava gli utilizzi economici delle progettualità pregresse secondo la precedente modalità di rappresentazione contabile.

Per le contribuzioni in conto capitale, rispetto alle precedenti disposizioni provinciali, con l'applicazione del D.Lgs. 118/2011 anche i finanziamenti in conto capitale vengono contabilizzati al momento dell'assegnazione. In tal modo vi è ora la corrispondenza tra assegnazioni di fondi previste nel bilancio provinciale e iscrizione di contributo nel bilancio dell'Azienda.

Una quota parte dei contributi in conto capitale contabilizzati nell'anno (con il criterio di cui si è detto) viene utilizzata per la neutralizzazione degli ammortamenti degli interventi edilizi realizzati (e capitalizzati) e degli acquisti dei beni che costituiscono immobilizzazioni. Tale operazione in termine tecnico consente di ottenere la «sterilizzazione» degli ammortamenti, rendendoli ininfluenti sul

risultato economico. Nella voce della "quota dei contributi in c/capitale imputata nell'esercizio" al 31.12.2017 per € 37.306.897= sono comprese infatti le "sterilizzazioni" delle quote d'ammortamento dei beni finanziati con contributi provinciali e non.

In particolare, la sterilizzazione degli ammortamenti effettuata sui finanziamenti in conto capitale indistinti della P.A.T. è stata pari a €uro 22.236.144=, compresa la sterilizzazione dei canoni di leasing per €uro 1.801.158=.

La quota imputata all'esercizio dei finanziamenti destinati alla copertura degli ammortamenti dei beni di prima dotazione ammonta, nel complesso, ad € 12.530.468=, rilevati nel precedente esercizio a seguito dell'introduzione del D. Lgs. 23/06/2011, n. 118.

Per quanto concerne la quota utilizzo contributi da P.A.T. per immobilizzazioni in conto investimenti diretti, risulta pari a €uro 2.327.952=, di cui: €uro 2.269.000= per fabbricati a destinazione sanitaria, €uro 44.267= per mobili ed arredi, €uro 10.800= per attrezzature sanitarie, €uro 2.850= per attrezzature di cucina e mensa ed €uro 1.035= per attrezzature tecnico-economali, secondo quanto disposto con delibera di Giunta Provinciale n. 819 di data 04.04.2008.

Inoltre, sono stati sterilizzati gli ammortamenti per l'utilizzo dei contributi in c/capitale indistinti da altri Enti per €uro 91.659= (quota utilizzo donazioni indistinte), rispettivamente: €uro 55.579= per manutenzioni beni di terzi (immobilizzazioni immateriali) ed €uro 36.080= per fabbricati a destinazione sanitaria, e anche le minusvalenze generate dalle alienazioni o dismissioni di beni in precedenza acquisiti con contributi in c/capitale (€ 4.428.828)

La contabilizzazione delle sterilizzazioni per l'utilizzo delle donazioni in conto capitale vincolate rileva un importo di €uro 120.674= di cui: €uro 107.308= per attrezzature sanitarie; €uro 7.488= per attrezzature tecnico economali; €uro 3.343= per attrezzature informatiche hardware ed €uro 2.535= per mobili ed arredi.

Nel corso dell'esercizio 2017, non sono stati contabilizzati costi incrementativi delle immobilizzazioni materiali per lavori interni.

5.4. LA GESTIONE ECONOMICA: I COSTI DI ESERCIZIO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA

Nella tabella seguente sono riepilogati, per voce aggregata, i valori relativi ai componenti negativi di reddito che riguardano la gestione caratteristica 2017, confrontati con i corrispondenti valori dell'anno precedente.

B) COSTI DELLA PRODUZIONE	Importi in Euro		Variazione 2017/2016	
	2017	2016	Importo	%
1) ACQUISTI DI BENI	160.458.919	155.060.010	5.398.909	3,48%
a) Acquisti di beni sanitari	155.557.871	149.806.170	5.751.702	3,84%
b) Acquisti di beni non sanitari	4.901.048	5.253.840	-352.792	-6,71%
2) ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	487.112.321	482.300.767	4.811.554	1,00%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	58.371.884	59.609.515	-1.237.630	-2,08%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	63.556.310	63.910.443	-354.134	-0,55%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	33.937.191	34.320.293	-383.103	-1,12%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	271.654	329.032	-57.379	-17,44%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	8.736.751	8.727.770	8.981	0,10%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	11.212.217	11.073.822	138.395	1,25%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	106.015.158	104.462.939	1.552.218	1,49%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	5.078.607	4.813.207	265.401	5,51%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	5.051.929	4.786.086	265.843	5,55%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	3.403.095	3.478.933	-75.838	-2,18%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	9.857.224	9.188.749	668.475	7,27%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	156.838.699	153.411.312	3.427.387	2,23%
m) Compartecipazione al personale per attività Libero-prof. (intramoenia)	8.906.416	8.798.713	107.703	1,22%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	7.215.340	6.846.327	369.012	5,39%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestaz. di lavoro san. e sociosan.	6.317.754	6.575.571	-257.817	-3,92%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2.342.093	1.968.053	374.040	19,01%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0	#DIV/0!
3) ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	93.457.042	92.516.183	940.859	1,02%
a) Servizi non sanitari	90.590.646	89.807.616	783.030	0,87%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	187.867	134.518	53.348	39,66%
c) Formazione	2.678.529	2.574.049	104.481	4,06%
4) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	15.452.650	15.818.230	-365.580	-2,31%
5) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	16.484.389	16.402.503	81.886	0,50%
6) COSTI DEL PERSONALE	434.667.236	423.758.206	10.909.031	2,57%
a) Personale dirigente medico	151.702.384	146.448.284	5.254.101	3,59%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	14.669.717	14.130.325	539.392	3,82%
c) Personale comparto ruolo sanitario	169.122.363	164.825.373	4.296.989	2,61%
d) Personale dirigente altri ruoli	4.513.416	4.561.052	-47.636	-1,04%
e) Personale comparto altri ruoli	94.659.356	93.793.172	866.185	0,92%
7) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	6.797.173	7.104.311	-307.138	-4,32%
8) AMMORTAMENTI	31.285.414	35.696.139	-4.410.725	-12,36%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	896.291	2.933.324	-2.037.033	-69,44%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	21.380.386	21.400.104	-19.718	-0,09%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	9.008.737	11.362.711	-2.353.975	-20,72%
9) SVALUTAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI E DEI CREDITI	832.808	1.008.812	-176.004	-17,45%
10) VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-2.065.284	521.393	-2.586.677	-496,11%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-2.026.635	569.914	-2.596.550	-455,60%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-38.649	-48.522	9.872	-20,35%
11) ACCANTONAMENTI	42.314.935	14.024.893	28.290.043	201,71%
a) Accantonamenti per rischi	21.449.510	2.859.210	18.590.299	650,19%
b) Accantonamenti per premio operosità	337.261	331.749	5.512	1,66%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	13.343.055	8.203.120	5.139.934	62,66%
d) Altri Accantonamenti	7.185.110	2.630.813	4.554.297	173,11%
TOTALE B)	1.286.797.603	1.244.211.445	42.586.157	3,42%

COSTI DELLA PRODUZIONE

ANNO

VARIAZIONE

	2017	2016	in v.a.	in %
ACQUISTO DI BENI	160.458.919	155.060.010	5.398.909	3,48%
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI	487.112.321	482.300.767	4.811.554	1,00%
ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI	93.457.042	92.516.183	940.859	1,02%
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	15.452.650	15.818.230	-365.580	-2,31%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	16.484.389	16.402.503	81.886	0,50%
COSTI DEL PERSONALE	434.667.236	423.758.206	10.909.030	2,57%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	6.797.173	7.104.311	-307.138	-4,32%
AMMORTAMENTI	31.285.414	35.696.139	-4.410.725	-12,36%
SVALUTAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI E DEI CREDITI	832.808	1.008.812	-176.004	-17,45%
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-2.065.284	521.393	-2.586.677	-496,11%
ACCANTONAMENTI	42.314.935	14.024.893	28.290.042	201,71%
TOTALE	1.286.797.603	1.244.211.445	42.586.157	3,42%

A seguire l'analisi dei principali aggregati funzionali del costo della produzione.

B.1) ACQUISTI DI BENI

La voce degli **acquisti di beni** (sanitari e non sanitari) rileva complessivamente un incremento di circa 5,4 milioni, pari in termini percentuali a +3,48%.

La voce dei **prodotti sanitari** indica un incremento dell'esercizio 2017 in termini nominali di circa 5,75 milioni di Euro rispetto al 2016, con un aumento percentuale del 3,84%, allineato al tendenziale incremento annuo storicamente assestato. L'incidenza maggiore nell'incremento di spesa è relativa all'approvvigionamento di farmaci oncologici e reumatologici, mediamente aventi costo maggiore, ma con maggior efficacia di cura, nonché all'aumento in ragione dell'utilizzo di farmaci e medicinali ad alta innovazione tecnologica. Inoltre, si registra un incremento di circa 1,94 milioni della voce "materiali per la profilassi igienico-sanitaria e vaccini", dovuto all'applicazione del nuovo piano vaccinale 2017-2019 definito a livello nazionale secondo le disposizioni di realizzazione su scala ed ambito provinciale.

I **prodotti non sanitari**, il cui tetto di spesa è fissato in € 6 milioni, rilevano un dato di consuntivo 2017 pari ad € 4.901.048=, con economia di circa € 0,35 milioni rispetto al valore di chiusura del bilancio di esercizio 2016.

Le due voci che concorrono a determinare la contrazione su base annua dei costi rispetto al corrispondente valore 2016 sono, rispettivamente:

a) per € 218.243=, gli oneri necessari per i materiali per manutenzioni e riparazioni di attrezzature sanitarie, tenuto conto delle attività di manutenzione non in contratto (lavori e materiali) e delle revisioni delle coperture assicurate dai contratti di manutenzione;

b) per € 116.361=, i costi per l'approvvigionamento di prodotti alimentari, a cui si contrappone tuttavia l'incremento di scorte economiche ed altro materiale d'uso (+ € 126.205=), in cui rientrano anche le forniture di prodotti economici per uso alimentare.

Ulteriormente, con determinazione del Dirigente del Servizio Programmazione, Acquisti e Logistica n. 1.550 di data 02.12.2016, a regime per l'intera annualità 2017, è stata rinnovata la procedura negoziata con sistema telematico CONSIP per la fornitura annuale di materiale vario di cancelleria occorrente all'APSS. L'esperimento della procedura negoziata con sistema telematico CONSIP ha comportato un risparmio sulla base d'asta che si è concretizzato annualmente in una riduzione di € 46.568=, in termini percentuali equivalente a -6,12%.

ACQUISTO DI BENI SANITARI	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
MEDICINALI E PRODOTTI FARMACEUTICI AIC	61.280.367	58.706.740	2.573.627	4,38%
DISPOSITIVI	67.714.569	67.537.072	177.497	0,26%
PRODOTTI E SERVIZI ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	14.055.147	13.034.204	1.020.943	7,83%
SANGUE ED EMOCOMPONENTI	0	0	0	
EMODERIVATI	494.857	620.811	-125.954	-20,29%
MATERIALE E PRODOTTI PER USO VETERINARIO	144.511	162.277	-17.766	-10,95%
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	5.462.418	3.522.144	1.940.274	55,09%
RADIOFARMACI	980.235	906.666	73.569	8,11%
OSSIGENO MEDICINALE	1.062.565	1.087.712	-25.147	-2,31%
MEDICINALI E PRODOTTI FARMACEUTICI SENZA AIC	901.025	1.466.381	-565.356	-38,55%
PRODOTTI DIETETICI	1.853.933	1.799.729	54.204	3,01%
PRODOTTI CHIMICI	78.638	90.263	-11.625	-12,88%
ALTRI PRODOTTI SANITARI	1.529.606	872.170	657.436	75,38%
TOTALE	155.557.871	149.806.170	5.751.702	3,84%

La voce dei medicinali e dei prodotti farmaceutici, (con o senza autorizzazione all'immissione in commercio) ad esclusione dell'ossigeno medicinale pari ad € 1.062.565= è suddivisa secondo la classificazione prevista dal Decreto Legislativo n. 118/2011 ed è riepilogata nella tabella sottostante, per classe e canale distributivo.

RIPARTIZIONE MEDICINALI E PRODOTTI FARMACEUTICI (deliberazione di G.P. n. 2.755 di data 14.12.2011)				
VOCE	CONTO			% RIPARTO
Medicinali e prodotti farmaceutici	051	1	010.0	61.280.366,61
Medicinali e prodotti farmaceutici per l'assistenza farmaceutica ospedaliera	051	1	010.1	32.009.206,92 52,23%
Medicinali e prodotti farmaceutici per l'assistenza farmaceutica in dimissione, di cui:	051	1	010.2	0
Medicinali e prodotti farmaceutici per l'assistenza farmaceutica domiciliare (classe A)	051	1	010.3	11.273.760,89 18,40%
Medicinali e prodotti farmaceutici per l'assistenza farmaceutica domiciliare (classe H)	051	1	010.4	14.750.516,66 24,07%
Medicinali e prodotti farmaceutici per l'assistenza farmaceutica in strutture socio-assistenziali	051	1	010.5	3.246.882,14 5,30%

La spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica territoriale, sia in regime di convenzione con le farmacie pubbliche e private del territorio (AFC), sia "per conto di APSS" (DPC) è aumentata solo dello 0,91% passando dai € 76.382.572,97 del 2016 ai 77.078.384,15 del 2017. L'incidenza di ciascuna voce di spesa è stata molto diversa, per la AFC si è avuta una riduzione complessiva dello 0,5% mentre per la DPC una crescita del 7,83%.

Al contenimento della spesa in AFC hanno contribuito le misure di ripiano, già in vigore a carico dei farmacisti e delle aziende, specificatamente dettagliate nel commento dell'assistenza farmaceutica convenzionata.

Inoltre non ha subito alcune modifiche, il provvedimento adottato da AIFA ad Aprile 2011 che allinea il prezzo dei farmaci inseriti nelle liste di trasparenza alla media dei prezzi della UE e sono sopravvenute ulteriori scadenze brevettuali di principi attivi ad elevato consumo e ad alto costo.

A livello provinciale il provvedimento, che a giugno 2015 introdusse il pagamento di una quota fissa a carico dei cittadini per ogni ricetta prescritta, con esclusione, secondo apposito elenco, di tutte le prescrizioni di farmaci correlati alle esenzioni per patologia, ha inciso sulla spesa lorda in AFC solo per il 4,3 % (4,2 % del 2016) senza rappresentare un evidente disagio di natura economica per le categorie di assistiti più fragili.

L'accordo di "distribuzione per conto" stipulato tra le farmacie convenzionate pubbliche e private della provincia e APSS oltre ad assicurare la consegna capillare di farmaci innovativi e di alto costo senza alcun aggravio per i cittadini, è stato costantemente monitorato sia aggiornando l'elenco delle specialità sotto soglia di convenienza sia rinnovando la gara unica di acquisto per i farmaci utilizzati in ospedale e sul territorio.

Nonostante le misure adottate, la maggiore spesa di € 1.020.942,67 in DPC è scaturita per il 24% dall'aumento del 10% delle confezioni distribuite e per la restante parte al mix prescrittivo positivo, ossia l'utilizzo di farmaci caratterizzati da elevata innovatività terapeutica che non hanno consentito alcun scelta in fase di acquisto.

Si specifica che il conto "acquisto prodotti farmaceutici per assistenza farmaceutica territoriale" non comprende i medicinali di classe A acquistati a gara nel 2012 ed erogati direttamente dalle strutture ospedaliere alla dimissione per la continuità terapeutica ospedale territorio.

ACQUISTO DI BENI NON SANITARI	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
PRODOTTI ALIMENTARI	1.887.188	2.003.549	-116.361	-5,81%
MATERIALE DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA	96.675	146.594	-49.919	-34,05%
SCORTE ECONOMICHE ED ALTRO MATERIALE D'USO	851.060	724.856	126.204	17,41%
COMBUSTIBILI	0	0	0	
CARBURANTI E LUBRIFICANTI	440.037	387.074	52.963	13,68%
MATERIALI PER MANUTENZIONI E RIPARAZIONI DI IMMOBILI	459.882	543.490	-83.608	-15,38%
MATERIALI PER MANUTENZIONI E RIP. DI ATTREZZATURE SANITARIE	253.188	471.431	-218.243	-46,29%
MATERIALI PER MANUTENZIONI E RIP. ATTREZZATURE TEC. - ECONOMICHE	97.469	116.666	-19.197	-16,45%
MATERIALI PER MANUTENZIONI E RIPARAZIONI MEZZI DI TRASPORTO	0	1.623	-1.623	-100,00%
CANCELLERIA, STAMPATI E SUPPORTI MECCANOGRAFICI	713.754	760.322	-46.568	-6,12%
MATERIALE DIDATTICO ED AUDIOVISIVI	18.340	12.700	5.640	44,41%
MATERIALI E PUBBLICAZIONI PER PUBBLICITA'	0	0	0	
ALTRO MATERIALE DI CONSUMO	83.455	85.536	-2.081	-2,43%
TOTALE	4.901.048	5.253.840	-352.792	-6,71%

B.2) ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI

Nell'esercizio 2017, gli acquisti di servizi sanitari ammontano, nel complesso, ad € **487.112.321** ed indicano, nel complesso, un incremento di circa 4,8 milioni di Euro, rispetto al dato di consuntivo 2016 (in termini percentuali +1%).

Di seguito, per significatività si indicano le principali dinamiche delle voci che hanno evidenziato uno scostamento rispetto al dato dell'esercizio precedente.

La voce della **medicina di base** comprende i costi del personale convenzionato, rispettivamente per i medici di medicina generale, per i pediatri di libera scelta, per i medici addetti al servizio turistico e per i medici di continuità assistenziale.

Il dato di consuntivo 2017 ammonta, nel complesso, ad € 58.371.884=, mostrando una riduzione percentuale annua di € 1.237.630= (in termini percentuali, -2,08%).

La contrazione segnalata in premessa è legata alla riorganizzazione del Servizio di Continuità assistenziale, come da deliberazione del Direttore Generale n. 409/2016, successivamente integrata con analogo provvedimento n. 84/2017.

In particolare, a far data dall'ultimo bimestre 2016 e con effetto a regime sull'intero esercizio 2017, il servizio di continuità assistenziale ha previsto la riduzione del numero di sedi e, contestualmente, la riduzione del numero di sanitari operanti.

Le sedi di continuità assistenziale sono state ridotte da 32 a 20 sedi ed i sanitari incaricabili a tempo indeterminato sulle sedi sono passati da 150 a 108; inoltre, anche gli incarichi di potenziamento stagionale (estate/inverno) ed il numero di incarichi temporanei conferibili, in attesa di copertura definitiva delle sedi, sono diminuiti, essendo ridotte le sedi permanenti.

L'**assistenza farmaceutica convenzionata** indica una contrazione su base annua di circa € 0,35 milioni (-0,55%) rispetto al dato di consuntivo 2016, in ragione delle misure di ripiano già in vigore a carico dei farmacisti e delle aziende. Nel dettaglio, per le aziende farmaceutiche, l'applicazione del meccanismo del pay-back alternativo al taglio dei listini del 5% e il versamento dello sconto dello 0,6% e del 1,83% sul prezzo dei farmaci, mentre per le farmacie lo sconto progressivo sul prezzo dei farmaci, il prelievo dello 0,74 % e la trattenuta del 1,82% su tutti i farmaci dispensati.

L'**assistenza specialistica ambulatoriale interna (SUMAI)** registra una riduzione rispetto all'esercizio precedente di 0,383 milioni di Euro (- 1,12%), originata dal fatto che, rispetto al valore dell'esercizio 2016, sono cessati alcuni degli incarichi a tempo determinato, in luogo di affidamenti a tempo indeterminato, con conseguente riconoscimento di un compenso lordo orario inferiore, come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica convenzionata ed altre professionalità.

L'**assistenza ospedaliera** indica un incremento rispetto al 2016 per € 1,55 milioni. Il dato di mobilità passiva sanitaria interregionale viene iscritto secondo i valori dell'Intesa definita in Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome declinata nella tabella di finanziamento provinciale in € 47.937.541.

Nel dettaglio, l'assistenza ospedaliera convenzionata fuori P.A.T. fa riferimento a due convenzioni che alimentano questa voce di spesa:

- l'accordo con il Land Tirolo, per l'effettuazione di trapianti di organi e tessuti, da parte dell'Ospedale Regionale di Innsbruck (Clinica Universitaria), in favore di assistiti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale;
- l'accordo con l'ULSS n. 2 di Feltre, per l'erogazione delle seguenti attività: a) prestazioni specialistiche a maggiore domanda (quali, ad esempio, la chirurgia generale, la fisiatria e l'ortopedia); b) prestazioni specialistiche presso le RSA del Distretto Est; c) la consulenza per l'assistenza domiciliare integrata, presso il domicilio del paziente (cure palliative).

Nel dettaglio, gli oneri derivanti dagli accessi alla Clinica Universitaria di Innsbruck ammontano ad Euro 190.685=, mentre gli oneri sostenuti per la convenzione con l'ULSS n. 2 di Feltre sono risultati pari ad Euro 620.006=.

Gli **acquisti delle prestazioni di trasporto sanitario** registrano un aumento di circa 0,67 milioni di Euro, anche in ragione del modello organizzativo delle alte specialità, che fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle **reti cliniche integrate** attraverso la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri, con attività degli HUB fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).

Le **compartecipazioni al personale per attività libero - professionale (intramoenia)** evidenziano una crescita su base annua di circa € 0,11 milioni (+1,22%), in ragione proporzionale all'incremento dei ricavi da attività intramoenia iscritti nella macrovoce dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie rilevanza sanitaria.

Al contrario, le **consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie** registrano un decremento di € 0,26 milioni (- 3,92 punti percentuali): in proposito, si segnala che il ricorso ai contratti di somministrazione di personale sanitario indica una quota di € 235.168= (coerente anche al tetto di spesa fissato dall'esecutivo provinciale).

Gli oneri sostenuti per l'**assistenza sanitaria** garantita nelle **case di riposo**, rilevano un valore di consuntivo 2017 pari ad € 127.535.972= (+ € 1.782.057= rispetto al dato del bilancio di esercizio 2016).

I provvedimenti dell'esecutivo provinciale hanno, tra l'altro, previsto che le RSA che avevano nel precedente esercizio 2016 una retta inferiore alla media ponderata 2016 potevano aumentarla fino al massimo di € 1,00, ma comunque in misura tale da non superare tale soglia. Quanto al quadro complessivo d'offerta, sono stati previsti aumenti 55 posti letto convenzionati presso la RSA Beato de Tschiderer di Trento, per le motivazioni espresse nella deliberazione provinciale n. 1601/2016. I nuovi posti letto sono stati negoziati subordinatamente al possesso dell'autorizzazione e accreditamento sanitario. Ulteriormente, sono stati autorizzati l'aumento ad € 100.000= dell'accantonamento per attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni e l'estensione della destinazione dell'accantonamento per il finanziamento dei centri di ascolto Alzheimer ad altre progettualità in materia di demenze con aumento di € 55.000=.

Altra voce che concorre a determinare l'aumento degli "altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria" è l'attivazione del nuovo **hospice** da privati "Cima Verde" di Trento Sud, inaugurato nel mese di gennaio 2017, con iscrizione dei relativi oneri per circa € 1,2 milioni.

ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI - MEDICINA DI BASE	58.371.884	59.609.515	-1.237.631	-2,08%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI - FARMACEUTICA	63.556.310	63.910.443	-354.133	-0,55%
ACQUISTI SERV. SAN. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	33.937.191	34.320.293	-383.102	-1,12%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA RIABILITATIVA	271.653	329.032	-57.379	-17,44%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA INTEGRATIVA	8.736.751	8.727.770	8.981	0,10%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA PROTESICA	11.212.217	11.073.822	138.395	1,25%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA	106.015.158	104.462.939	1.552.219	1,49%
ACQUISTI DI SERVIZI PSICHIATRICI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALE	5.078.607	4.813.207	265.400	5,51%
ACQUISTI PRESTAZIONI DI DISTRIBUZIONE FARMACI FILE F	5.051.929	4.786.086	265.843	5,55%
ACQUISTI PRESTAZIONI TERMALI IN CONVENZIONE	3.403.095	3.478.933	-75.838	-2,18%
ACQUISTO PRESTAZIONI DI TRASPORTO SANITARIO	9.857.224	9.188.749	668.475	7,27%
ACQUISTO PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A RILEVANZA SANITARIA	156.838.699	153.411.312	3.427.387	2,23%
COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE PER L.P. (INTRAMOENIA)	8.906.416	8.798.713	107.703	1,22%
RIMBORSI ASSEGNI E CONTRIBUTI SANITARIE	7.215.340	6.846.327	369.013	5,39%
CONSULENZE, COLLABORAZIONI, INTERINALI SANITARI	6.317.754	6.575.571	-257.817	-3,92%
ALTRI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI A RILEVANZA SANITARIA	2.342.093	1.968.053	374.040	19,01%
TOTALE	487.112.321	482.300.767	4.811.554	1,00%

All'interno della categoria dei Servizi Sanitari sono compresi anche i servizi addebitati in mobilità passiva; ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettera h) del D. Lgs. n. 118/2011 in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici e degli schemi contabili, la rilevazione della mobilità attiva e passiva è conforme ai dati inseriti nell'intesa sul riparto SSN (ex Rep. n. 184 CSR di data 26/10/2017).

COSTI PER PRESTAZIONI SANITARIE e SOCIO SAN. - AD AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE	SALDO		VARIAZIONE
	al 31.12.2017	al 31.12.2016	
MOBILITA' PASSIVA: PRESTAZIONI DI RICOVERO	47.937.541,09	47.667.795,00	269.746,09
MOBILITA' PASSIVA: PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA	7.797.960,31	8.452.487,00	-654.526,69
MOBILITA' PASSIVA: SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI - FILE F	5.051.928,53	4.786.086,00	265.842,53
MOBILITA' PASSIVA: PRESTAZIONI SERVIZI MMG e PLS	233.552,77	221.182,00	12.370,77
MOBILITA' PASSIVA: PRESTAZIONI ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	509.426,86	537.324,00	-27.897,14
MOBILITA' PASSIVA: PRESTAZIONI TERMALI	634.030,82	699.606,00	-65.575,18
MOBILITA' PASSIVA: PRESTAZIONI TRASPORTO AMBULANZE ED ELISOCORSO	773.261,62	483.750,00	289.511,62
MOBILITA' PASSIVA: PLASMA DERIVAZIONE, EMOCOMPONENTI, RICERCA E REPERIMENTO CELLULE	0	334.728,00	-334.728,00
TOTALE	62.937.702,00	63.182.958,00	-245.256,00

Per completezza espositiva, si segnala che l'esecutivo provinciale con propria deliberazione di G.P. n. 2.346 di data 28/12/2017 ha previsto, tra l'altro quanto segue in materia di regolazione e compensazione del debito di mobilità sanitaria interregionale, in maniera ulteriore rispetto ai dati nazionali riportati nei prospetti tabellari su esposti:

a) in relazione alla regolazione dei debiti pregressi di mobilità sanitaria interregionale, a norma dell'art. 12 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm., la Provincia autonoma di Trento ha assegnato sull'annualità 2017 l'importo di € 500.000 con l'indicazione di accantonarle in apposito fondo, nell'attesa di successive direttive sulle modalità di liquidazione allo Stato;

b) in relazione all'intervenuta disponibilità dei dati effettivi come iscritti nella Tabella C allegata al Riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2017 (rettificati in base all'accordo finanziario del 29.09.2016), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 184/CSR), dai quali risulta che il saldo negativo finale 2017 a carico della PAT è pari ad euro 7.718.824, la PAT ha definito la necessità di costituire un accantonamento sul bilancio dell'Azienda per € 4 milioni, destinato alla copertura dei futuri saldi negativi di mobilità sanitaria.

Parimenti, nel precedente esercizio 2016, la rilevazione della mobilità indicata in tabella è conforme ai dati inseriti nell'intesa del Riparto del Fondo Sanitario Nazionale, di cui al rep. atti n. 62/CSR di data 14.04.2016. Oltre ai saldi previsti nel documento nazionale sopra indicato, nel 2016 è stata accantonata anche la quota di € 563.420=, ai sensi del punto 8 del dispositivo della deliberazione di Giunta Provinciale n. 2.534 di data 29.12.2016.

B.3) ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI

ACQUISTO SERVIZI NON SANITARI	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
SERVIZI NON SANITARI	90.590.646	89.807.616	783.030	0,87%
CONSULENZE, COLLABORAZIONI, INTERINALI NON SANITARIE	187.867	134.518	53.349	39,66%
FORMAZIONE	2.678.529	2.574.049	104.480	4,06%
TOTALE	93.457.042	92.516.183	940.859	1,02%

La **posta dei servizi non sanitari** fa riferimento ai servizi esternalizzati (servizi in appalto ed altri servizi esterni), alle consulenze ed incarichi di natura tecnico – amministrativa e agli oneri per la formazione. Al 31/12/2017 la voce evidenzia, nel complesso, un saldo pari ad € 93.457.042= con incremento su base annua di circa € 0,94 milioni rispetto al dato di consuntivo 2016 (+1,02%).

Nel dettaglio, si dà evidenza delle sole voci che concorrono a determinare il trend di aumento segnalato in premessa:

- per l'appalto del servizio di lavanderia, l'aumento su base annua (+ € 570.158=, pari a 7,9 punti percentuali), è ripartito essenzialmente all'incremento a regime dei costi legati al lavaggio e noleggio delle divise del Servizio Trasporto Infermi, della gestione dei dispositivi di protezione individuale radioprotettivi e di alcuni pacchi procedurali ibridi. Su quest'ultimo punto, la fornitura di pacchi procedurali con sistema ibrido, composto da dispositivi sterili riutilizzabili (TTR) e monouso (TNT), a seguito della positiva sperimentazione effettuata della fornitura alla sala operatoria della struttura ospedaliera di Cavalese, è stata estesa progressivamente a regime per le esigenze di APSS. Ulteriormente, con determinazione del Direttore del Servizio Ospedaliero Provinciale n. 463 di data 03/04/2017 si è proceduto al riconoscimento della revisione prezzi per l'affidamento pluriennale del contratto avente ad oggetto il servizio di gestione della biancheria piana, confezionata e della materasseria ospedaliera (per il periodo 1 febbraio 2017 – 31 gennaio 2018).

L'appalto gestione calore multiservice evidenzia un costo annuo di competenza economica 2017 pari a € 16,42 milioni (riduzione su base annua di -0,833 milioni di €, ovvero -4,83% in termini percentuali) e l'importo è stato determinato dal competente Dipartimento Infrastrutture, considerando le tariffe dovute per il 2017 e le condizioni di contesto con andamento climatico e differenza dei gradi giorno da garantire nelle strutture aziendali, il recupero del differenziale delle accise (anche in funzione dei consumi effettivi) e nessuna attivazione importante di nuovi spazi, sulla base dell'attuale programmazione dei lavori sul patrimonio immobiliare.

Gli appalti legati alla spesa per l'informatica (manutenzione del patrimonio hardware e software, servizi di elaborazione dati) registrano - nel complesso – una riduzione su base annua di circa € 0,77 milioni, in ragione del riconoscimento degli interventi di manutenzione evolutiva strettamente necessari per l'adeguamento delle soluzioni informatiche alle funzionalità di gestione, nonché agli obblighi di de materializzazione dei flussi informativi. Le principali azioni razionalizzazione della spesa ed internalizzazione di attività, con il mancato rinnovo di servizi di manutenzione ed assistenza

riguardano nel 2017, come indicato nel dettaglio con la determinazione del Dirigente del Servizio Programmazione Acquisti e Logistica n. 1725 di data 29/12/2016:

- i sistemi Oracle SUN Solaris, quasi totalmente dismessi nel corso del 2016 (ed effetto a regime sull'annualità 2017) in uso nel Data Center aziendale;
- la cartella clinica informatizzata Gepadial, in uso presso l'U.O. Complessa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Trento, sostituita nel corso del 2016 con il SI TDMS per il trattamento di dialisi extracorporea e peritoneale;
- il contratto non rinnovato per il software Data Insight, in uso nel Data Center e non compatibile con le soluzione storage di recente acquisizione.

Ulteriormente, si segnala che alcune voci della spesa informatica sono state riallocate per natura sulla pertinente voce di costo rispetto all'imputazione dell'anno precedente, rispettivamente per le manutenzioni hardware, software e per il servizio di elaborazione dati.

L'appalto servizi CUP evidenzia un incremento di circa € 1,28 milioni (+ 20,8%), a seguito delle condizioni definite con determinazione del Direttore dell'Area Tecnica n. 1094 di data 26.08.2016, avente ad oggetto il rinnovo del contratto di affidamento del servizio di gestione integrata multicanale delle interazioni con gli utenti e, in particolare, a seguito di nuove richieste di estensione (sportelli supplementari) necessari per l'attività dell'APSS. Il canone mensile, a partire dal 01.09.2016 e quindi a regime nell'annualità 2017, è comprensivo delle seguenti implementazioni del servizio:

- la realizzazione del nuovo sistema di richiamata che consente ai cittadini un notevole risparmio di tempo nelle chiamate al numero CUP;
- la sostituzione dei sistemi elimina code, che permette ad APSS di attivare servizi ulteriori per il cittadino (ad esempio la possibilità di accedere ai prelievi presso i Laboratori Analisi tramite prenotazione);
- l'introduzione del c.d. numero nero;
- l'estensione del numero di SMS per l'intera durata del rinnovo contrattuale.

Con successiva determinazione del Direttore dell'Area Tecnica n. 1656 di data 20/12/2016, inoltre, è stata definita un'ulteriore estensione; in particolare l'integrazione delle componenti software del "Canone Tecnologia" per i moduli dell'ecosistema CUP già attivi, in quanto i servizi informatici già attivati non sono separabili dall'intero e complesso sistema gestionale, anche perché nei corrispettivi sono ricompresi costi non solo delle componenti software, ma anche quelli pertinenti all'infrastruttura tecnologica e ai meccanismi di integrazione tra i sistemi telefonici e informatici, oltre al costi del personale informatico dell'aggiudicatario per garantire il presidio di tutte le componenti del sistema CUP che per alcuni servizi come la parte web o gli SMS abbisognano di servizi H24 e di costi aggiuntivi per gli ambienti di test e aggiornamento dei sistemi più complesso dei normali software usati in modalità con orario da ufficio.

Tra i servizi esternalizzati, si segnala la diminuzione degli oneri per l'energia elettrica (- € 165.142=, pari a -2,60%), sulla base della puntuale definizione dei debiti per fatture da ricevere a conguaglio e secondo il criterio storico per la definizione delle stime dell'ultimo bimestre dei consumi di competenza economica 2017. Si evidenzia, in particolare, una diminuzione del costo energia da 0.173 a 0.16 kWh (i consumi principali riguardano l'ospedale S. Chiara di Trento ed il Centro di Protonterapia, mentre gli altri presidi ospedalieri usufruiscono dell'energia agevolata a 0,05 kWh).

Gli oneri assicurativi indicano un dato, al 31.12.2017, pari ad € 8,53 milioni, in sostanziale invarianza rispetto al valore di consuntivo 2016, tenuto conto del premio aggiuntivo sulla polizza infortuni e le regolazioni dei premi sulle polizze all risk ed infortuni.

Le **consulenze, collaborazioni, interinale ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie** rilevano un dato di consuntivo 2017 pari ad € 187.867.

Con Deliberazione di Giunta provinciale n. 2.346 di data 28.12.2017 (allegato A), la P.A.T. ha emanato specifiche direttive in tema di contenimento della spesa corrente per l'esercizio 2017. Tra le misure di razionalizzazione, è stato - tra l'altro - stabilito il limite per i costi inerenti agli incarichi e consulenze non sanitarie (tecniche, amministrative, giuridiche e contabili) pari ad €uro 200.000= escluse quelle relative ad iniziative cofinanziate.

A tal riguardo, si evidenzia che il tetto è stato puntualmente rispettato, in quanto – come indicato in premessa, i costi delle **consulenze non sanitarie di competenza 2017**, escluse quelle cofinanziate, ammontano complessivamente ad **€uro 187.867=** (come da tabella analitica), rispetto al dato di consuntivo 2016 pari ad €uro 134.518=. Nello specifico, gli incarichi attivati nella forma di collaborazione coordinata e continuativa ammontano ad €uro 19.814= (di cui: €uro 16.258= a titolo di compensi ed €uro 3.556= per oneri riflessi contributivi ed assicurativi). Per il ricorso a tale tipologia di rapporto di lavoro, che presenta requisiti tali da renderlo fiscalmente assimilabile al lavoro dipendente (la continuità, il coordinamento e la collaborazione rispetto all'attività del committente), si evidenzia che il collegamento funzionale con l'attività dell'APSS è avvenuto senza alcun vincolo di subordinazione del prestatore nei confronti dell'Azienda e vi è stata prevalenza dell'apporto personale del collaboratore. Le collaborazioni coordinate e continuative hanno riguardato i seguenti settori: a) amministratrice di basi dati in ambito oncologico per lo svolgimento dell'attività in Oncologia Medica di Data Manager nella conduzione del progetto: "CHEIRON Trial - CHemotherapy plus Enzalutamide In first line therapy for castration Resistant prOstate canNcer"; b) ingegnere biomedico nell'ambito del progetto europeo "i-locate" -"Indoor/outdoor LOcation and Asset management Through open gEodata", presso il presidio ospedaliero Villa Rosa di Pergine Valsugana.

Tra gli incarichi più significativi, in questo esercizio si segnalano:

- l'affidamento di **incarichi tecnici per l'attività di responsabile tecnico della sicurezza antincendio**, come previsto dal D.M.19 marzo 2015;
- gli interventi per la **prevenzione e la cura delle dipendenze da gioco**;
- gli oneri correlati alla **certificazione del sistema gestione salute e sicurezza dei lavoratori**.

Per gli oneri legati alla formazione, pari nel complesso ad **€ 2.678.529=** (circa + 0,1 milioni di €uro, in termini percentuali +4,06%), rilevano i costi per la formazione interna ed esterna (in coerenza rispetto al budget complessivamente assegnato) e quelli del Polo per le Professioni Universitarie rispetto a cui si segnala l'attivazione della nuova sede formativa di Cles per il corso di Operatore Socio-Sanitario per 25 posti, come previsto dal Piano provinciale triennale della formazione 2014-2017, compensato solo parzialmente dalla mancata previsione delle sedi formative di Tione di Trento e Ziano di Fiemme.

Gli **oneri incentivanti derivanti da proventi da Enti statali, settore pubblico allargato, imprese e privati**, che risultano pari ad €uro 102.493= sono alimentati dai corrispondenti proventi contabilizzati nel valore della produzione e fanno riferimento a quote ripartite al personale dipendente, in ragione di specifiche convenzioni con strutture accreditate con il Servizio Sanitario Provinciale, con particolare riferimento a favorire il puntuale rispetto delle direttive provinciali per garantire l'omogeneità dell'informatizzazione delle soluzioni software gestionali.

ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI

ANNO

VARIAZIONE

	2017	2016	in v.a.	in %
APPALTO SERVIZI ASSISTENZA PROTESICA	1.067.875	974.334	93.541	9,60%
APPALTO SERVIZI MANUTENZIONI SISTEMI INFORMATICI HARDWARE	4.964.692	1.651.839	3.312.853	200,56%
APPALTO SERVIZI MANUTENZIONI SISTEMI INFORMATICI SOFTWARE	5.629.091	6.843.207	-1.214.116	-17,74%
APPALTO SERVIZI DI CUCINA	6.159.758	5.963.210	196.548	3,30%
APPALTO SERVIZI DI MENSA	3.167.405	2.986.923	180.482	6,04%
APPALTO SERVIZI DI PULIZIA	12.755.089	12.668.418	86.671	0,68%
APPALTO SERVIZI DI LAVANDERIA	7.791.674	7.221.516	570.158	7,90%
APPALTO SERVIZI DI TRASPORTO	378.111	391.154	-13.043	-3,33%
APPALTO CENTRALE TERMICA E RISCALDAMENTO	16.416.543	17.250.160	-833.617	-4,83%
APPALTO SMALTIMENTO RIFIUTI E SCORIE	1.279.077	1.267.013	12.064	0,95%
APPALTO SERVIZI ELABORAZIONE DATI	293.406	3.159.410	-2.866.004	-90,71%
APPALTO SERVIZIO VIGILANZA NOTTURNA E DIURNA	1.315.557	1.290.323	25.234	1,96%
APPALTO SERVIZI CUP, CAPIRR, ecc.	7.455.126	6.171.506	1.283.620	20,80%
APPALTO SERVIZIO STAMPA	259.359	345.600	-86.241	-24,95%
APPALTO SERVIZIO ASILO NIDO AZIENDALE	581.997	593.992	-11.995	-2,02%
ALTRI SERVIZI IN APPALTO	1.111.622	874.441	237.181	27,12%
SPESE E CANONI TELEFONICI	1.327.088	1.122.432	204.656	18,23%
ENERGIA ELETTRICA E FORZA MOTRICE	6.188.393	6.353.536	-165.143	-2,60%
ACQUA	1.199.171	1.175.423	23.748	2,02%
GAS	174.930	183.354	-8.424	-4,59%
ASSICURAZIONI	8.532.206	8.590.070	-57.864	-0,67%
SERVIZI BANCARI	12.923	12.749	174	1,36%
SERVIZIO LAVORAZIONE PLASMA	1.082.418	1.326.881	-244.463	-18,42%
SERVIZI PER IL CULTO ED ASSISTENZA RELIGIOSA	322.937	366.826	-43.889	-11,96%
UTENZE AMBULATORI NON DI PROPRIETA'	67.392	94.852	-27.460	-28,95%
ALTRE UTENZE	198.794	108.056	90.738	83,97%
ALTRI SERVIZI ESTERNI	833.781	784.601	49.180	6,27%
ONERI PERSONALE BORSISTA E TIROCINANTE - NON SANITARIO	24.231	35.792	-11.561	-32,30%
TOTALE	90.590.646	89.807.616	783.030	0,87%

B.4) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE

La voce delle “**manutenzioni e riparazioni in appalto**” presenta un saldo, al 31.12.2017, di €uro **15.452.650=**, registrando una diminuzione, rispetto al dato di consuntivo 2016 di €uro 365.580=, pari a 2,31% in meno.

MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
MANUTENZIONI IN APPALTO IMMOBILI E LORO PERTINENZE	1.737.452	2.025.842	-288.390	-14,24%
MANUTENZIONI IN APPALTO IMPIANTI E MACCHINARI	1.931.831	2.001.442	-69.611	-3,48%
MANUTENZIONI IN APPALTO ATTREZZATURE SANITARIE	10.780.028	10.921.506	-141.478	-1,30%
MANUTENZIONI IN APPALTO ATTREZZATURE TECNICO-ECONOMALI	329.434	295.896	33.538	11,33%
MANUTENZIONI IN APPALTO MEZZI DI TRASPORTO	510.268	451.813	58.455	12,94%
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI IN APPALTO MOBILI ED ARREDI	0	0	0	
ALTRE MANUTENZIONI IN APPALTO	163.637	121.730	41.907	34,43%
TOTALE	15.452.650	15.818.230	-365.580	-2,31%

Di seguito, si evidenziano le dinamiche di costo delle voci appartenenti a tale aggregato di bilancio. In particolare, le poste caratterizzanti il trend in calo sopra evidenziato sono, per significatività, le manutenzioni e riparazioni in appalto degli immobili e delle attrezzature sanitarie.

Le manutenzioni in appalto degli immobili e loro pertinenze indicano un dato nel complesso pari ad € 1.737.452=, in riduzione rispetto al 2016 (contrazione di € 288.390=) e fanno riferimento alla manutenzione ordinaria “generale”, con particolare riguardo alle opere edili comprensive di oneri per la sicurezza e salute nel cantiere e oneri fiscali, per spese tecniche per progettazioni e collaudi. La contrazione deriva dalla diminuzione del budget assegnato e al contingentamento ai soli interventi ritenuti necessari per il mantenimento in sicurezza del patrimonio immobiliare.

Il mantenimento in efficienza, a salvaguardia della sicurezza degli immobili, ivi comprese le loro pertinenze, si è sviluppato in attività programmata, a richiesta, e non programmabile: tra gli interventi più significativi, in termini di impatto economico, si segnalano le opere di verniciatura e gli oneri per la sicurezza del reparto di ortopedia del p.o. Santa Chiara di Trento, nonché le opere di lattoniere per lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in edifici del servizio territoriale ambito est Alta Valsugana e Tesino e Primiero.

Le manutenzioni in appalto degli impianti e macchinari mostrano un trend in lieve diminuzione di circa 0,07 milioni di €uro rispetto al dato di consuntivo 2016; il dato più significativo è rappresentato dagli oneri di manutenzione full risk degli impianti dei gas medicinali.

Le manutenzioni e riparazioni in appalto delle attrezzature sanitarie, registrano un saldo 2017 di €uro 10.780.028=, con contrazione su base annua di € 141.478= rispetto al valore di chiusura del bilancio di esercizio 2016. Le movimentazioni più significative riguardano gli interventi necessari per le verifiche di funzionalità e sicurezza dei beni, anche in ragione di oneri straordinari, non prevedibili,

derivanti dalla necessità di sostituire parti di apparecchiature fuori dal periodo di garanzia, oltre al mantenimento di apparecchiature ancora funzionali ma con manutenzione più onerosa.

Le manutenzioni in appalto delle attrezzature tecnico economiche registrano un dato di consuntivo 2017 in crescita di € 33.538=, rispetto al valore del bilancio di esercizio 2016. Tra gli interventi più significativi si rappresentano lo smontaggio e smaltimento delle celle e dei compressori del magazzino del presidio ospedaliero San Lorenzo di Borgo Valsugana e l'intervento presso la cucina interna dell'ospedale di Cles.

Le manutenzioni in appalto dei mezzi di trasporto evidenziano un incremento annuo di € 58.455= (+12,94%), mentre la voce residuale delle altre manutenzioni in appalto indica un valore dei costi di competenza 2017 pari ad € 163.637= e contabilizza gli interventi per la pulizia delle aree di accesso alle strutture aziendali (gestione aree verdi), nonché azioni accessorie al mantenimento in sicurezza del patrimonio immobiliare, ai sensi degli obblighi derivanti dalla normativa vigente, affidati secondo criteri di essenzialità della spesa relativamente ai livelli di decoro e sicurezza del patrimonio immobiliare aziendale.

B.5) GODIMENTO BENI DI TERZI

La voce "godimento dei beni di terzi" indica un dato di consuntivo, al 31.12.2017, pari ad € 16.484.389,16=, evidenziando un dato in sostanziale invarianza rispetto al valore di chiusura del bilancio di esercizio 2016 (+ €uro 81.886=, pari a +0,50%).

Si evidenzia, in proposito, che la voce principale dei "canoni di noleggio delle altre apparecchiature", pari nel complesso ad € 12.686.329,48 ha quale voce principale di costo gli oneri dovuti per il canone ed il rifinanziamento dell'investimento per la gestione ed il mantenimento in funzione del Centro di **Protonterapia**. Complessivamente, i canoni di protonterapia rilevano la contabilizzazione di un costo di competenza 2017 pari ad €uro 8.023.229,89 anche per effetto della puntuale applicazione delle clausole contrattuali previste nell'accordo con il raggruppamento temporaneo di imprese aggiudicatario dell'appalto.

Tra le altre voci dell'aggregato di spesa "godimento dei beni di terzi", si registra un dato 2017 in allineamento al valore del 2016 per i **canoni di leasing operativo** (-€ 50.172=, ovvero -2,71% in termini assoluti), evidenziando un valore di competenza economica di circa 1,8 milioni di €uro. Tali oneri si riferiscono alla fornitura dei servizi di PC – Fleet Management, da parte di Informatica Trentina S.p.A., relativi al noleggio operativo che assicura il processo di acquisizione degli apparati hardware, comprensivo dell'assistenza delle postazioni di lavoro (hardware e sistema operativo). Il valore complessivo di questa voce è dipendente dal numero complessivo di postazioni gestite, nonché dall'attivazione di quelle relative all'attribuzione del telelavoro domiciliare. Si evidenzia, che alla luce delle vigenti direttive provinciali per la tenuta della contabilità economico-patrimoniale ed in coerenza ai principi ex D. Lgs. 118/2011, la copertura degli oneri connessi alla fornitura in noleggio operativo è sterilizzata dall'utilizzo dei contributi in conto capitale, assegnati all'APSS per il finanziamento dei programmi di acquisto delle attrezzature, in quanto tale servizio rappresenta una forma di leasing operativo.

Gli oneri sostenuti per gli **affitti passivi**, relativi alla locazione di immobili di proprietà di terzi destinati all'espletamento dell'attività istituzionale, presentano un dato 2017 pari ad € 1.685.397 (con una diminuzione annua di €uro 114.514), rispetto al valore di consuntivo 2016 originato dalla dismissione della struttura immobiliare di Gardolo adibita ai malati di HIV e degli uffici amministrativi dell'ex Distretto Ovest ubicati a Cles, ora dislocati presso la struttura ospedaliera, nonché per l'effetto a regime di alcune rinegoziazioni del canone di locazione vigente.

Infine, si rappresenta la voce residuale degli **altri costi per godimento di beni di terzi** (pari al 31.12.2017, nel complesso, ad € 311.505=), che rileva gli oneri per le locazioni di beni immobili e oneri accessori, diversi dagli affitti passivi, quali le spese condominiali e le quote a carico del locatario dell'imposta di registro e, più in generale, ad oneri per utilizzo di beni non di proprietà.

B.6) COSTI DEL PERSONALE

Per l'anno 2017 la Giunta Provinciale ha autorizzato, la copertura del turn-over del personale sanitario e degli operatori socio-sanitari in misura del 100%, con specifico riferimento alle necessità di organico derivanti dall'applicazione della L. 161/2014 sul riposo obbligatorio e alla riorganizzazione delle rete ospedaliera.

L'Azienda nel 2017 ha proseguito il completamento del piano di assunzioni per la messa a regime del Centro di Protonterapia, già autorizzate con nota prot. 477687 del 21 settembre 2015, con la messa a regime delle assunzioni di personale (sia sanitario che non sanitario) effettuate o autorizzate fino al 31 dicembre 2016 e con l'attuazione di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 2168 del 27 novembre 2015 in materia di riorganizzazione del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP), di quanto disposto dalla deliberazione n. 1244 del 22 luglio 2016 in materia di rete dei punti nascita nonché di quanto disposto dalle deliberazioni n. 436 e 432 del 2016 riguardanti il Piano Demenze e il Piano della fragilità dell'età evolutiva.

E' risultato confermato anche per il 2017 il blocco totale del turn-over per il personale non sanitario, esclusi gli operatori socio-sanitari, tuttavia, come indicato dalle direttive, la Provincia ha concesso deroghe ai limiti sopra esposti su richiesta del Direttore Generale dell'Azienda all'Assessore alla Salute e politiche sociali. L'evoluzione del piano assunzioni effettivamente realizzate viene descritto nel paragrafo del rispetto delle direttive provinciali in materia di razionalizzazione della spesa.

COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE	ANNO		VARIAZIONE	
	2017	2016	in v.a.	in %
PERSONALE DIRIGENTE MEDICO	151.619.565	146.448.284	5.171.281	3,53%
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO SANITARIO NON MEDICO	14.669.717	14.130.325	539.392	3,82%
PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	169.205.182	164.825.373	4.379.809	2,66%
PERSONALE DIRIGENTE ALTRI RUOLI	4.513.416	4.561.052	-47.636	-1,04%
PERSONALE COMPARTO ALTRI RUOLI	94.659.356	93.793.172	866.184	0,92%
TOTALE	434.667.236	423.758.206	10.909.030	2,57%

Al fine di una migliore comprensibilità dei dati esposti nella tabella, si puntualizza che:

- il costo del personale non comprende l'IRAP, calcolata con metodo retributivo e contabilizzata tra le imposte sul reddito dell'esercizio;
- il costo del personale contiene tutti gli oneri relativi, ossia le competenze fisse, le competenze accessorie, le incentivazioni e gli oneri riflessi di tipo previdenziale ed assicurativo; si evidenzia, inoltre, che all'interno del costo del personale, rientra anche quello sostenuto per i direttori responsabili di articolazione organizzativa fondamentale, mentre i costi per i componenti del Consiglio di Direzione, ai sensi dell'art. 29 della L.P. 16/2010, rientrano nelle indennità e compensi agli organi istituzionali.

Nella tabella successiva è riportata la consistenza del personale, espressa in unità equivalenti:

PERSONALE AL 31.12.2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. % 17/16
TOTALE	7.969	8.040	8.237	8.156	8.156	8.083	8.225	8.344	1,45%
DI CUI PART TIME	1.814	1.898	1.893	1.862	1.961	1.990	1.968	1.961	-0,36%
UNITA' EQUIVALENTI	7.398,59	7.455,77	7.660,46	7.591,26	7.569,41	7.498,66	7.645,41	7.779,22	1,75%
PERSONALE DELLA P.A.T. MESSO A DISPOSIZIONE DI APSS	7,67	6,67	6,67	5,67	5,67	3,67	2,67	2,67	0,00%
PERSONALE DI ALTRI ENTI MESSO A DISPOSIZIONE DI APSS				20,34	20,34	7,67	-	-	0,00%
PERSONALE APSS MESSO A DISPOSIZIONE DELL'A.P.P.A.	-5,83	-5,51	-5,51	-5,51	-4,27	-3,51	-4,00	-4,00	0,00%
PERSONALE APSS MESSO A DISPOSIZIONE DEL CERIN	-7,83	-2,83	-4,83	-4,00	-4,00	-4,00	-4,00	-4,00	0,00%
PERSONALE APSS MESSO A DISPOSIZIONE DEL CIMEC				-1,00	-1,00	-1,00	-2,00	-1,00	-50,00%
TOTALE GENERALE	7.392,60	7.454,10	7.656,79	7.606,76	7.586,15	7.501,49	7.638,08	7.772,89	1,76%

Il dettaglio dei costi del personale, distintamente per ruolo, per area contrattuale e per natura di costo, è riportato nelle Tabelle 66, 67, 68 e 68 della Nota Integrativa alle quali si rimanda, mentre nell'analisi del rispetto del tetto del costo del personale sono stati riportati gli elementi di analisi relativi.

B.7) ONERI DIVERSI DI GESTIONE

La posta di bilancio concernente gli "oneri diversi di gestione" presenta un saldo, al 31.12.2017, pari a € **6.797.173=**, evidenziando una riduzione in termini nominali su base annua pari, in valore assoluto, ad € 307.138=.

La voce più significativa riguarda la contabilizzazione degli "**indennizzi diretti per RCT**", pari ad € 2.512.517= (- € 96.259=, rispetto al 2016), con la rilevazione degli oneri da regolazione in autoassicurazione per i contenziosi derivanti da mal practise sanitaria liquidati nel corso dell'anno 2017. In ragione dell'intervenuta legge n. 24/2017 recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, come previsto dall'art. 10, comma 6, del disposto normativo citato, APSS ha adempiuto alla costituzione del fondo rischi indicato, iscrivendo a bilancio di esercizio 2017 la quota di € 19.242.502,96=. Tale fondo è stato costituito a titolo di responsabilità civile nei confronti di terzi e vede la messa a riserva della valorizzazione del presunto danno, oltre agli interessi e alla rivalutazione, dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati nel tempo fino al 31/12/2017 limitatamente alla quota non coperta dai contratti di assicurazione che l'Azienda stipula.

Si evidenzia, sulle altre voci, la contrazione delle **spese postali**, posta pari nel complesso ad € 854.810= (- € 88.762=, in termini assoluti diminuzione del 10,38%), in ragione del fatto che il dato dell'esercizio 2016 era influenzato dal significativo numero dei verbali trasmessi agli utenti per i quali si sono riscontrati su base quadriennale dichiarazioni mendaci di esenzione dalla compartecipazione alla spesa (ticket).

Tra le voci più significative, si segnala la sostanziale invarianza del dato di consuntivo 2017, rispetto al dato di chiusura dell'esercizio 2016, sia per la **tassa rifiuti** (€ 1.212.483=), sia gli oneri per l'**imposta di bollo** (€ 263.770=), mentre si sono ridotti i **costi per la comunicazione inerenti servizi e materiale**

(che totalizzano € 90.422=), necessari per le campagne informative alle parti interessate del Servizio Sanitario Provinciale.

Da evidenziare che, al pari dell'anno precedente, nel corso dell'esercizio 2017 non sono state effettuate **spese di rappresentanza**.

Gli **abbonamenti a riviste e pubblicazioni scientifiche**, nonché a **quotidiani e periodici**, rilevano, nel complesso, una diminuzione di € 15.639=, anche in ragione alla progressiva de materializzazione delle banche dati di consultazione rispetto ai tradizionali supporti cartacei.

Infine, relativamente agli **altri oneri diversi di gestione**, pari ad Euro 107.269=, si specifica che tale voce residuale comprende tutti i costi della gestione caratteristica non iscrivibili nelle altre voci dell'aggregato di spesa a cui fanno riferimento, nonché i costi delle gestioni accessorie (diverse da quella finanziaria), che non abbiano natura di costi straordinari.

La tre quote più significative sono ripartite, rispettivamente:

a) la restituzione di una quota di € 39.096=, per cessazione di quota del finanziamento per il progetto "I-locate" relativamente alla parte non utilizzata rispetto al vincolo del contributo erogato;

b) l'adesione annuale alla FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), per € 7.500=, nell'ambito delle iniziative ed attività istituzionali di rappresentanza e tutela del settore della sanità pubblica;

c) l'Audit di sorveglianza per la sicurezza degli alimenti, nell'ambito dei percorsi di miglioramento organizzativo e ricerca dell'eccellenza del Dipartimento di Prevenzione, per € 6.206=.

Si evidenzia che, come previsto dalla Casistica applicativa del D. Lgs. 23/06/2011, n. 118, la rilevazione delle **minusvalenze da alienazioni patrimoniali**, per € 4.428.827=, avviene con contabilizzazione negli oneri straordinari. Il valore fa riferimento alla retrocessione di immobili a destinazione sanitaria istituzionale, con generazione di minusvalenza (tra cui, per significatività, quella relativa al presidio ospedaliero Villa Rosa di Pergine Valsugana, per € 3.454.876=).

B.8) AMMORTAMENTI DELL'ESERCIZIO

Gli **ammortamenti dell'esercizio 2017** risultano pari ad **€ 31.285.414=** e sono così suddivisi:

a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali, per € 896.291= (software per € 17.925=, altre immobilizzazioni immateriali per € 878.366=);

b) Ammortamenti dei fabbricati, per € 21.380.386=, interamente a strutture immobiliari con vincolo di destinazione istituzionale sanitaria;

c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali, per € 9.008.737= (attrezzature sanitarie € 5.312.055=; attrezzature per assistenza protesica € 2.409.893=; mobili ed arredi € 502.702=; attrezzature tecnico - economiche € 215.506=; macchine d'ufficio elettromeccaniche, elettroniche, comprese attrezzature informatiche (hardware) € 210.204=; attrezzature da cucina, mensa e ristorazione € 149.434=; autovetture € 129.747=; ambulanze € 35.032=; autocarri e furgoni € 22.170=; altri beni strumentali € 5.935=; macchine ordinarie d'ufficio € 8.515=; attrezzature lavanderia, pulizia e stireria € 5.859= ed altri mezzi di trasporto € 1.685=).

B.9) SVALUTAZIONI DELL'ESERCIZIO

Le **svalutazioni** ammontano, nel complesso, ad € 785.092= e riguardano, rispettivamente, sia la quota relativa al fondo dei crediti verso clienti ed assistiti, per € 570.678=, sia la parte delle rimanenze di magazzino e di Unità Operative e Servizi, pari complessivamente ad € 214.414=.

B.10) VARIAZIONE DI MAGAZZINO

Le rimanenze di magazzino centrale (APSS e per conto presso UNIFARM) di beni iscritte in Bilancio alla data del 31.12.2017 ammontano complessivamente ad Euro 13.581.407,89= di cui Euro 13.047.643,67= riguardano beni sanitari ed Euro 533.764,22= beni non sanitari.

Le rimanenze di magazzino, sono valorizzate da una procedura di storicizzazione che consente di attribuire a ciascun articolo il costo medio ponderato, calcolato sulla base delle fatture di competenza 2017, pervenute e registrate entro la data di svolgimento di tale procedura che per l'anno in questione corrisponde al 31/01/2018.

Nell'ambito della macrovoce beni sanitari rientrano tutte le giacenze di fattori ad utilità semplice (non ripetuta) impiegati nello svolgimento dell'attività istituzionale di diagnosi, cura e riabilitazione e costituiscono circa il 96% delle giacenze complessive, mentre le rimanenze di beni non sanitari, quasi il 4% del valore delle giacenze, comprendono fattori ad utilità semplice impiegati prevalentemente nell'attività economica, di funzionamento dell'Azienda e di erogazione di servizi non collegabili direttamente allo stato della salute degli assistiti, come si evince dalla tabella che segue:

I medicinali ed i prodotti farmaceutici per l'assistenza in ospedale e per l'erogazione diretta (prevalentemente post-ricovero) rappresentano, in valore, oltre il 67% delle rimanenze totali. Se a questi si aggiungono i farmaci acquistati dall'Azienda e destinati all'erogazione attraverso le farmacie del territorio (c.d. distribuzione per conto) si supera la percentuale del 72% sul totale rimanenze.

Dal confronto con l'esercizio precedente, si evidenzia un incremento delle rimanenze totali di magazzino centrale pari ad Euro 1.041.461= (+8,3%).

Come si può vedere dalla tabella che segue, la differenza delle rimanenze tra il 2017 e 2016 è da attribuire sia all'aumento delle rimanenze dei prodotti farmaceutici per l'assistenza territoriale, presso il magazzino gestito da Unifarm Spa di Ravina di Trento (+11,5%), che all'aumento delle rimanenze dei magazzini APSS (+7,8%).

ANNO	RIMANENZE APSS	RIMANENZE UNIFARM	TOTALE ANNO
Anno 2016	10.776.693,90	1.763.252,89	12.539.946,79
Anno 2017	11.615.625,70	1.965.782,19	13.581.407,8
		DIFFERENZA RIMANENZE UNIFARM 2017-2016	202.529,30
		DIFFERENZA RIMANENZE APSS 2017-2016	838.931,80
		DIFFERENZA RIMANENZE TOTALI 2017-2016	1.041.461,10

A parziale spiegazione delle differenze rispetto all'anno scorso, si segnala l'avvio della gestione a scorta dei depositi dell'ingegneria clinica di Trento e Rovereto (SIC e ICR) e dell'Unità di manipolazione chemioterapici e Antiblastici di Rovereto (10U) che complessivamente pesano per circa 360.000,00 euro e l'aumento delle rimanenze del deposito dei vaccini, per un valore di circa 300.000,00 euro.

Le rimanenze dei farmaci, gestiti nel magazzino presso Unifarm, vengono valorizzate al prezzo medio ponderato, attraverso l'applicativo informatico "Eusis Mag", come avviene per tutti i

magazzini aziendali, garantendo in tal modo l'omogeneità dei valori esposti. La gestione e la determinazione dei livelli delle scorte vengono adottate direttamente da Unifarm basandosi sull'analisi e valutazione dei fabbisogni.

Indice di rotazione delle scorte

Tale dato esprime il numero di volte in cui, nel periodo considerato, avviene il rinnovo totale del magazzino, con il conseguente smobilizzo delle risorse finanziarie impiegate. L'indice costituisce un utile indicatore per comprendere l'efficienza logistica aziendale e viene rilevato su base annua ed ovviamente a valore, vista l'eterogeneità dei beni.

L'indice in parola è stato calcolato per tutti i depositi aziendali, tenendo conto delle rimanenze in essi giacenti (rimane escluso da tale calcolo il magazzino Unifarm, le cui scorte vengono gestite da un applicativo diverso da Eusis).

Ai fini del calcolo sono stati rilevati per ogni singolo articolo:

1. il valore complessivo degli scarichi, valorizzati al prezzo medio storicizzato dell'anno di riferimento, ottenendo così il "costo delle merci scaricate"- pari ad Euro 69.784.430,31;
2. il costo della scorta media, data dalla semisomma della quantità esistente all'inizio dell'anno con quella in rimanenza alla fine del medesimo, opportunamente valorizzata al prezzo medio storicizzato dell'anno di riferimento - pari ad Euro 11.196.159,8

Nel nostro caso tale indice è pari a 6,2 (Euro 69.784.430,31/Euro 11.196.159,8) , leggermente peggiorato rispetto a quello dell'anno precedente (6,8),

Indice di durata

L'indice di durata esprime i giorni di permanenza dei beni in magazzino ed è dato dal quoziente tra i giorni totali dell'anno (365) e l'indice di rotazione delle scorte. Anche quest'indice mostra il peggioramento passando dai 53 giorni del 2016 ai 58 giorni del 2017.

Le svalutazioni

Anche per l'anno 2017 si è provveduto a svalutare integralmente gli articoli obsoleti e di lento esito, che non hanno presentato alcuna movimentazione nel biennio 2016-2017, nonché a svalutare nella misura del 30% quelli che non hanno avuto movimentazione nell'anno 2017.

In analogia con l'anno scorso, non si è dato corso alle svalutazioni degli articoli direttamente in contabilità di magazzino nel programma Eusis Magaz, bensì si è scelto di incrementare per il valore corrispondente il Fondo accantonamento altri oneri, quale rettifica indiretta del valore delle rimanenze complessive.

L'importo calcolato per il 2017 è pari ad €. 96.638,17 in quanto €. 85.226,23 è il valore degli articoli svalutati totalmente, ed €. 11.411,94 costituiscono la valorizzazione degli articoli svalutati al 30%.

Le tabelle che seguono riassumono le due situazioni sopra riportate dando evidenza dei conti interessati dalla svalutazione.

Scorte di reparto

Nel periodo fra il 18/12/2017 ed il 10/01/2018, in ottemperanza al D. Lgs. 118/2011, si è dato corso al censimento delle scorte di reparto per l'anno 2017. Oggetto della rilevazione sono stati tutti i prodotti a scorta, presenti, cioè, nei depositi e armadi, ad eccezione di arredi, attrezzature sanitarie, strumentario pluriuso e materiale in conto deposito e visione, in quanto non di proprietà dell'APSS.

Tutto il materiale sconfezionato, quando l'unità di misura gestita è la confezione (es. farmaci e reagenti) è stato considerato come consumato e non oggetto di rilevazione.

Per ogni reparto, è stato creato nel sistema un elenco di articoli da censire, costruito sulla base degli articoli consumati nel 2017 e su quelli già censiti nell'inventario 2016. Terminata la conta fisica delle giacenze e inserite le stesse nella relativa scheda di inventario di reparto, in Eusis Richieste, gli utilizzatori hanno proceduto alla conferma definitiva dei dati.

Si è proceduto, quindi, all'analisi dei dati rilevati provvedendo alla sistemazione di errori materiali che sono emersi.

Effettuata la storicizzazione, si è provveduto ad associare il prezzo medio ponderato alle giacenze rilevate ottenendo un valore complessivo di euro 13.016.640,94 che evidenzia un incremento di € 1.023.823 rispetto all'esercizio precedente.

Per rendere omogenea la valorizzazione delle scorte di reparto, rispetto alle rimanenze di magazzino, abbiamo svalutato con lo stesso criterio gli articoli poco movimentati, arrivando ad un valore di 587.043,63 per gli articoli svalutati totalmente e ad un valore di 198.184,24 per gli articoli svalutati parzialmente (30%). Le tabelle che seguono dettagliano le svalutazioni per conto.

B.11) ACCANTONAMENTI DELL'ESERCIZIO

Gli accantonamenti dell'esercizio 2017, pari ad **€uro 42.314.935=**, sono così ripartiti:

a) accantonamenti per rischi, per €uro 21.449.510=.

Nel dettaglio, le quote accantonate sono inerenti alle seguenti poste:

- accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione), per € 19.242.503=, in applicazione di quanto disposto dall'intervenuta Legge 08.03.2017, n. 24 (c.d. Legge Gelli), recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e secondo i metodi di riservazione sinistri med - mal definiti dal Comitato Valutazione Sinistri aziendale e dal Loss Adjuster;
- altri rischi per € 2.207.007=, di cui: € 1.585.823= per l'adeguamento annuo di passività potenziali, derivanti dalle evoluzioni delle cause in corso, considerando le possibili rivendicazioni contrattuali da parte del personale, con riferimento alle modalità di definizione del tempo lavorativo; € 610.221= per oneri potenziali derivanti dalla rivalsa da parte di un fornitore soggetto ad accertamento dell'imposta sul valore aggiunto, ove l'Amministrazione finanziaria definisca in via definitiva l'applicabilità dell'IVA in misura ordinaria al 22% (anziché 10%) ed € 10.963= relativi al fondo oneri per abbattimento animali infetti, previsto da specifica indicazione dell'esecutivo provinciale;

b) accantonamenti per premio operosità SUMAI, per €uro 337.261=.

La quota dell'accantonamento dell'esercizio 2017 per il premio operosità SUMAI, pari ad €uro 337.261=, è effettuata in ragione della previsione normativa nazionale per la quale a tutti i medici ambulatoriali che svolgono la loro attività per conto delle Aziende, alla cessazione del rapporto professionale spetta dopo un anno di servizio un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato in base all'anzianità, esclusi i periodi per i quali sia già intervenuta liquidazione;

c) accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, per € 13.343.054=.

In particolare, le quote accantonate sono inerenti alle seguenti poste:

- € 6.482.231=, per la costituzione di apposito accantonamento relativo all'iscrizione delle quote di contributi provinciali non utilizzati per le assunzioni di personale dipendente e destinate alla medesima finalità dal provvedimento di assegnazione del finanziamento provinciale (nota PAT prot. 214834 di data 11.04.2018);
- € 4.000.000=, quota destinata alla copertura dei futuri saldi negativi di mobilità sanitaria ex deliberazione di G.P. n. 2.346/2017;
- € 800.000=, in applicazione alla deliberazione di G.P. n. 2.346 di data 28/12/2017 che preveda l'Azienda costituisca appositi accantonamenti, finalizzati alla copertura degli oneri inerenti al

progetto con l'Istituto Superiore di Sanità sulla prevenzione (come previsto dalla dGP n. 2134/2017) e inerenti ad iniziative di ricerca sanitaria;

- € 616.801= per contributo PAT non utilizzato relativamente al costo autorizzato per il potenziamento e l'attività a regime dell'U.O. di Protonterapia (Lettera Pat prot. n. 477687 del 21/09/2015, per n. 14 assunzioni esigenza immediata e Delibera G.P. 2413 di data 20/12/2017, per le rimanenti assunzioni);

- € 500.000=, per la copertura del debito pregresso nei confronti dello Stato in relazione ai conguagli del saldo di mobilità sanitaria interregionale ec deliberazione di G.P. n. 2.346 di data 28/12/2017;

- € 298.161=, relativamente all'accantonamento dell'esercizio 2017 per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici;

- € 283.198= per i progetti obiettivo (€ 109.800= per la promozione su contesti nazionali e internazionali del Centro di Protonterapia di Trento ex deliberazione di G.P. n. 1.500 di data 15.09.2017 ed € 173.398= per i progetti obiettivo provinciale di "Cohousing psichiatrico" e "Scommettiamo sui giovani");

- € 213.433=, per la rilevazione dell'accantonamento degli oneri al fondo unico donazioni;

- € 149.230=, con riferimento agli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi da soggetti pubblici per ricerca (progetti finalizzati PAT);

d) altri accantonamenti, per €uro 7.185.110=.

Nel dettaglio, le quote accantonate sono inerenti alle seguenti poste:

- € 3.407.922=, a titolo di quota accantonata relativa alle ore di servizio della dirigenza con valorizzazione contrattuale;

- € 1.794.866=, derivanti dall'applicazione della delibera di Giunta Provinciale n. 1.788 del 19.08.2011, che impartisce all'APSS le direttive in materia di compartecipazione alla spesa sulle prestazioni di assistenza specialistica di pronto soccorso. Tale provvedimento, alla luce della deliberazione G.P. n. 2.691 del 26.11.2010, dispone - infatti - che le maggiori entrate vengano annualmente accantonate in un apposito fondo;

- € 700.346=, con iscrizione di quota accantonata 2017 per finanziamento non utilizzato ex deliberazione di G.P. n. 2.534/2016 della voce "integrazione socio sanitaria art. 21 L.P. 16/2010", come calcolato rispetto ai costi effettivi rilevati per i servizi di presa in carico, di trasporto e gli oneri per sostituzioni lunghe, relativi alle assenze del personale dei Centri Diurni e relativo T.F.R.;

- € 379.285=, per l'adeguamento del fondo relativo ai piani di cura odontoiatrici ex L.P. 22/2007, da completare alla data del 31/12/2017;

- € 356.349=, quota accantonata per fondo rinnovi contrattuali del personale dipendente - area del comparto;

- € 336.072=, a titolo di compensi integrativi per il conseguimento degli obiettivi specifici 2017, assegnati dalla P.A.T. agli organi aziendali e ai Direttori di articolazione organizzativa fondamentale;

- € 175.929=, per l'iscrizione dell'accantonamento 2017 al fondo oneri per le sperimentazioni cliniche;

- €uro 34.341= relativi agli oneri stimati per le riserve delle spese legali sui contenziosi con implicazioni di natura penale.

Si precisa che gli accantonamenti sopra indicati, sono stati iscritti in bilancio con il riscontro del Collegio Sindacale.

5.5. LA GESTIONE ECONOMICA: I RISULTATI DELLA GESTIONE EXTRA-CARATTERISTICA

PROVENTI ED ONERI FINANZIARI

Gli **interessi attivi e gli altri proventi finanziari** ammontano complessivamente a €uro 15.228=, ripartiti in interessi attivi su depositi bancari per €uro 77= e per proventi finanziari diversi per €uro 15.151=.

La quota di interessi attivi maturati sui depositi bancari si riferisce alla gestione bancaria di Tesoreria, per €uro 77=, generati dalla disponibilità nel fondo di cassa iniziale dell'esercizio 2017 di una quota erogata dalla PAT nel 2016 a titolo di anticipazione del fabbisogno 2017, compresa una quota infinitesimale di €uro 0,19 relativa ai proventi contabilizzati trimestralmente sui conti correnti aperti a favore dei Responsabili dei Servizi di Economato. Il tasso attivo applicato dall'Istituto Tesoriere, sulle giacenze di cassa e sui c/c aperti in favore dei Responsabili dei Servizi di Economato, è stato definito all'articolo 2, comma 1, della convenzione per l'affidamento dei servizi bancari.

L'ammontare dei proventi finanziari diversi, pari ad €uro 15.151=, fa riferimento all'addebito di interessi moratori e spese per ritardato pagamento di somme dovute all'Azienda da parte di debitori diversi iscritti a ruolo, alla maturazione di una quota di interessi a seguito di richieste di rateizzazione dei debiti, sia per utenti in ragione dell'accoglimento di richieste a fronte della dilazione nel pagamento di ticket a seguito di accertata dichiarazione mendace di esenzione, sia da parte di soggetti condannati con sentenza alla rifusione dei danni in favore dell'APSS.

Nel bilancio d'esercizio 2017, non risultano contabilizzati interessi passivi di conseguenza la gestione finanziaria presenta un risultato differenziale positivo pari a €uro 15.228=.

Nella Relazione sulla Gestione 2017, viene dato puntuale riscontro, ai sensi dell'art. 41 del D.L. n. 66 del 24.04.2014, convertito nella Legge n. 89 di data 23.06.2014, dell'attestazione dei pagamenti effettuati nell'anno 2017 relativi a transazioni commerciali dopo la scadenza dei termini previsti dal D.Lgs. n. 231/2002.

RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE

Le **rettifiche di valore di attività finanziarie** individuano al 31.12.2017 la quota di rivalutazioni per €uro 685.659= e sono inerenti alla rivalutazione delle anticipazioni del trattamento di fine rapporto (T.F.R.), erogate dall'Azienda al proprio personale dipendente e relative alla competenza economica 2017.

Il coefficiente di rivalutazione del trattamento di fine rapporto viene calcolato su base mensile, per permettere di rivalutare le somme accantonate al 31 dicembre dell'anno precedente, sia per il caso di cessazione dei rapporti di lavoro, sia per i conteggi da operare in sede di chiusura del bilancio d'esercizio.

In conformità a quanto previsto dal quarto e quinto comma dell'art. 2120 del codice civile, il trattamento di fine rapporto è incrementato mediante un meccanismo di indicizzazione, su base composta, al 31 dicembre di ogni anno, costituito da due componenti: l'applicazione di un tasso in misura fissa dell'1,5% e di un tasso in misura variabile, pari al 75% dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, accertato dall'ISTAT, rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.

Ai fini dell'applicazione del tasso di rivalutazione per frazioni di anno, l'incremento dell'indice ISTAT è quello risultante nel mese di cessazione del rapporto di lavoro, rispetto a quello di dicembre dell'anno precedente. Le frazioni di mese uguali o superiori a quindici giorni si computano come mese intero.

PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI

Alla determinazione del risultato di esercizio 2017, inoltre, hanno concorso i **proventi di natura straordinaria**, con un'incidenza positiva per €uro 17.978.857=. Per significatività, la composizione indica:

a) tra le sopravvenienze attive, pari complessivamente ad Euro 24.514=, si evidenziano le operazioni di sistemazione contabile nell'ambito delle fatture da emettere iscritte nel precedente esercizio e le riconciliazioni contabili nell'ambito delle operazioni di circolarizzazione dei crediti, prevista all'interno dell'audit di revisione e certificazione del bilancio di esercizio;

b) tra le insussistenze del passivo, pari complessivamente ad Euro 17.954.343=, si evidenzia di seguito il dettaglio delle voci più significative:

- la revisione della consistenza del fondo rischi per cause civili, per € 9.744.761=, come da nota del competente Servizio Affari Generali e Legali rep. int. 4.977 di data 22/03/2018;

- lo stralcio degli oneri potenziali derivanti dal riconoscimento della quota di iscrizione ad albo professionale, per € 2.650.161=, in ragione del fatto che la causa pilota instaurata, si è conclusa con il rigetto del ricorso del ricorrente sia in primo grado, che in appello e la sentenza è passata in giudicato;

- la riduzione di debiti e fondi iscritti negli esercizi precedenti in relazione al costo del personale, per € 3.997.229=;

- la ridefinizione del contenzioso avente ad oggetto la regolazione della revisione prezzi su appalti pluriennali, avvenuta dopo la chiusura del progetto di bilancio 2016, per € 448.545=, a seguito di sentenza definitiva e contestuale riconoscimento in favore di APSS con emissione di note di accredito;

- l'insussistenza dei debiti per fatture da ricevere indicate nell'esercizio precedente dall'ex Distretto sanitario Est, per € 250.168=;

- l'insussistenza dei debiti per fatture da ricevere indicate nell'esercizio precedente dall'ex Distretto sanitario Nord per € 207.600=.

Gli **oneri straordinari** al 31.12.2017 sono pari, complessivamente, ad Euro 7.330.676=, in dettaglio:

a) le minusvalenze patrimoniali, per Euro 4.428.828= ai sensi del D.Lgs 118/2011 totalmente sterilizzate (ossia che non impattano negativamente sul risultato di esercizio), riguardano principalmente le cessioni del patrimonio immobiliare come sotto evidenziato:

- cessione a titolo gratuito alla Provincia Autonoma di Trento per l'immobile ex Presidio Ospedaliero "Villa Rosa" in loc. Vigalzano, per € 3.454.876= (deliberazione del Direttore Generale n. 491 di data 05/12/2017);

- cessione a titolo gratuito alla Provincia Autonoma di Trento per l'immobile denominato "Ex E.n.p.a.s." di Via Petrarca a Trento, per € 803.659= (deliberazione del Direttore Generale n. 491 di data 05/12/2017);

- cessione a titolo gratuito alla Provincia Autonoma di Trento di un prefabbricato di servizio non più in uso presso il Presidio Ospedaliero di Tione di Trento, per € 45.247= (determinazione del Direttore dell'Area Tecnica n. 693 di data 15/05/2017).

- attrezzatura per assistenza protesica, pari ad € 79.948=; immobilizzazioni immateriali, per € 35.064=; attrezzatura sanitaria, per € 6.150=; opere d'arte, per € 2.324=; mobili ed arredi, per € 1.105=; macchine ordinarie d'ufficio, per € 331=; altre immobilizzazioni materiali, per € 69= ed attrezzature tecnico - economiche, per € 55=;

b) gli altri oneri straordinari (in totale, € 2.901.848=), suddivisi in sopravvenienze passive, per un totale di Euro 2.643.268= ed in insussistenze dell'attivo per € 258.580=, evidenziano, per significatività, i seguenti valori:

- sopravvenienze passive di € 1.139.545=, relativamente all'acquisto di beni e servizi.

La voce principale, per € 772.329= fa riferimento all'accantonamento 2016 previsto dalla deliberazione di G.P. n. 2.416/2016, con riferimento alle direttive dei Centri Diurni 2017, disponendo

che APSS accantoni in uno specifico fondo le risorse non utilizzate per promuovere progettualità a supporto della domiciliarità, secondo le direttive che verranno impartite con provvedimento ad hoc. Il valore, non determinato entro la chiusura del progetto di bilancio, fa riferimento, rispettivamente, per € 727.940= alla quota non utilizzata (costi effettivi dei servizi di presa in carico degli utenti, di trasporto e degli oneri per le sostituzioni lunghe di assenze del personale dei Centri Diurni e del T.F.R.) e per € 44.389= alla quota dei recuperi per mancato raggiungimento del tasso di occupazione rispetto all'obiettivo del target all'85%;

- sopravvenienze passive per € 851.053=, in relazione all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati.

La quota più significativa, per € 789.916= riguarda il congruaggio delle attività di degenza di esercizi precedenti effettuata da una struttura accreditata con il S.S.P., la cui definizione è avvenuta dopo la chiusura del progetto di bilancio 2016, rispettivamente con deliberazione di G.P. n. 1115 di data 07.07.2017 e con nota provinciale 426885 del 03/08/2017;

- sopravvenienze passive di € 547.011= riguardanti il costo del personale di comparto, sulla base delle indicazioni e dei calcoli effettuati dal competente Servizio Amministrazione del Personale in sede di assestamento e rettifica del bilancio di esercizio 2017;

- insussistenze dell'attivo, per € 258.580=.

Le insussistenze dell'attivo sono inerenti a ridefinizioni di passività di esercizi precedenti, riguardanti l'attività istituzionale, manifestatesi nel corso del 2017, con stralcio dalla contabilità generale, nonché a riduzione di posizione creditorie inesigibili.

Le due voci principali sono lo stralcio del credito di € 76.152= come minore rendicontazione dei rimborsi previsti dall'articolo 34 della legge provinciale 5 settembre 1988, n. 33, per le spese di viaggio e permanenza sostenute in occasione di accessi in strutture sanitarie fuori provincia e di € 48.624= a riduzione del credito per fatture da emettere di competenza dell'ex Distretto Est;

- sopravvenienze passive di € 90.177=, riguardanti il personale della dirigenza medica, dovuti principalmente all'iscrizione di competenze relative all'anno precedente, non rilevate nelle operazioni di assestamento e rettifica dell'esercizio 2016;

- altre componenti straordinarie di minor incidenza, per € 15.482=.

Pertanto, **la gestione straordinaria chiude con un risultato differenziale positivo, pari ad Euro 10.648.181=.**

L'iscrizione in bilancio dei proventi e degli oneri straordinari ha avuto luogo previo riscontro, da parte del Collegio Sindacale.

IMPOSTE SUL REDDITO DI ESERCIZIO

Le **imposte sul reddito di esercizio** sono l'I.R.A.P. (l'imposta regionale sulle attività produttive) e l'I.R.E.S. (l'imposta sul reddito di enti e società).

L'IRAP è determinata con il metodo retributivo e l'imposta si applica con l'aliquota dell'8,5% ai sensi dell'art. 16, comma 2, D. Lgs. n. 446/97. Si assumono nella base imponibile le retribuzioni erogate, anziché quelle spettanti ed in misura pari all'imponibile previdenziale (principio di cassa), al personale dipendente ed a quello fiscalmente assimilato, al personale convenzionato, ai percettori di reddito di lavoro autonomo occasionale ed ai percipienti stranieri. L'importo complessivamente contabilizzato per l'IRAP nell'esercizio 2017 risulta pari a **Euro 29.426.073=.**

La quota IRAP relativa al solo personale dipendente ammonta ad Euro 28.086.215=, mentre si evidenzia che le retribuzioni erogate relative ai disabili impiegati nel periodo d'imposta, così come definiti dall'articolo 1 della legge n. 68 del 12.03.1999, ovvero dall'articolo 5 della legge n. 482 di data 02.04.1968 (risoluzione n. 142/E del 26.11.2004), portano ad una deducibilità d'imposta ai sensi

dell'articolo 11, comma 1 lett. a) n. 5 pari ad €uro 6.129.973= (iscritta nel rigo IK4, colonna 2, della dichiarazione IRAP 2018 per l'anno d'imposta 2017). In merito alla deduzione delle spese relative ai disabili il calcolo è stato effettuato dal Servizio Amministrazione del Personale, che lo ha trasmesso con nota repertorio interno n. 1.137 di data 22.01.2018, in coerenza a quanto definito con le e risoluzioni dell'Amministrazione finanziaria n. 64 del 16 maggio 2006 e n. 139 del 13 dicembre 2006.

L'ammontare complessivo dell'IRES è pari a €uro 389.025=, concernente la tassazione degli immobili (terreni e fabbricati) strumentali all'attività istituzionale, secondo l'aliquota ordinaria del 24% prevista dal T.U.I.R. e con applicazione dell'imposta al 50% per la rendita catastale dei presidi ospedalieri.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità per l'esercizio 2016), al comma 61, ha sancito una modifica all'art. 77 del TUIR stabilendo che, a decorrere dal 1° gennaio 2017, con effetto per i periodi d'imposta successivi a quello in corso al 31 dicembre 2016, **l'aliquota ordinaria IRES passa dal 27,5%, al 24%**. Tale variazione, in presenza di esercizi coincidenti con l'anno solare come nel caso dell'Azienda Sanitaria, ha pertanto impatto sul calcolo della fiscalità corrente solo a partire dall'esercizio 2017.

Nel dettaglio, si evidenzia che in sede di determinazione dell'IRES effettivamente dovuta sono stati considerati i seguenti aspetti:

- detrazione d'imposta per €uro 3.538=, per interventi di riqualificazione energetica sul patrimonio immobiliare, dettagliatamente descritti nel paragrafo dei crediti per IRES;
- oneri deducibili per €uro 97=, in diminuzione alla base imponibile, in relazione alle somme corrisposte ai dipendenti, chiamati ad adempiere funzioni presso gli uffici elettorali (con indicazione nel modello UNICO 2016 nei righi RN15 e RS28-RS31), ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera f) del TUIR;
- crediti d'imposta, per €uro 34=, quale scomputo delle ritenute d'acconto subite, operate dal condominio quale sostituto d'imposta sui pagamenti dovuti per le prestazioni relative a contratti di appalto di opere o servizi, anche se resi a terzi o nell'interesse di terzi, effettuate nell'esercizio di impresa.

Complessivamente, le imposte dirette relative all'esercizio 2017 ammontano ad **€uro 29.815.098=**.

LA GESTIONE ECONOMICA: DIMOSTRAZIONI DEL RISULTATO D'ESERCIZIO

Come evidenziato in precedenza, si segnala che i componenti negativi di reddito più significativi per l'Azienda sono quelli strumentali allo svolgimento dell'attività tipica istituzionale, mentre la restante parte dei costi e dei ricavi riguarda, rispettivamente:

- la gestione finanziaria;
- le rettifiche di attività finanziarie;
- la gestione straordinaria;
- la gestione delle imposte sui redditi.

Si presenta di seguito una tabella riassuntiva che rappresenta in maniera sintetica il risultato derivante dalla gestione economica, sottraendo dal margine di produzione tutti gli altri costi e sommando tutti gli altri ricavi.

DIMOSTRAZIONI DEL RISULTATO D'ESERCIZIO

	COSTI		RICAVI		SALDI	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
TOTALE	1.286.797.603	1.244.211.445	1.305.351.009	1.262.599.270	18.553.406	18.387.825
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	0	1	15.228	13.738	15.228	13.737
RETTIFICHE DI VALORE ATTIVITA'	0	0	685.659	546.288	685.659	546.288
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	7.330.676	3.348.944	17.978.857	13.765.907	10.648.181	10.416.963
IMPOSTE SUL REDDITO	29.815.098	29.333.925	0	0	-29.815.098	-29.333.925
Arrotondamenti					1	-1
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.323.943.377	1.276.894.315	1.324.030.753	1.276.925.203	87.377	30.887

I dati della presente tabella sono in linea con lo schema di Bilancio di esercizio 2017 presente in Nota integrativa, al quale è stato applicato sui totali delle macrovoci il principio dell'arrotondamento per garantire la congruenza sia negli schemi riassuntivi che in quelli di dettaglio.

Le imposte sul reddito comprendono l'IRES e l'IRAP di competenza dell'esercizio.

L'esercizio 2017 si è chiuso con un risultato differenziale di € 87.377= (utile d'esercizio) che sarà destinato secondo le indicazioni fornite dalla Giunta provinciale, non essendo presenti perdite di anni precedenti da ripianare.

5.6. AZIONI DI CONTROLLO SUI COSTI INTRAPRESE DALL'AZIENDA E RISULTATI OTTENUTI

Nel corso dell'anno 2017, anche a seguito della riorganizzazione aziendale, è stata intrapresa una rivisitazione complessiva delle modalità di approvvigionamento di beni e servizi dell'Azienda. Ciò ha da un lato comportato – all'interno del progetto “100 giorni” – un focus mirato sulla pianificazione del settore, che è partito da un'analisi di quanto svolto nel biennio, per formulare una pianificazione di dettaglio per il percorso futuro.

In questo quadro, sono parallelamente pervenute a conclusione due procedure di gara di significativo rilievo sia per l'impatto organizzativo che per le implicazioni economiche che ne conseguono. Il riferimento è, da un lato, alla procedura di gara farmaci, svolta mediante il sistema SDAPA di Consip, e che si è conclusa con la deliberazione del Direttore Generale n. 327 del 27 luglio 2017, e, d'altro lato, alla procedura volta a gestire mediante *global service* la manutenzione di tutte le attrezzature sanitarie dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, aggiudicata in data 22 dicembre 2017 (verbale di seduta pubblica n. 537).

In riferimento ai lotti aggiudicati nella procedura di gara per fornitura di prodotti farmaceutici la spesa triennale da sostenere è stata stimata in € 90.181.445,84 + IVA 10% pari ad € 9.018.144,58 per un totale complessivo di € 99.199.590,42, con un risparmio rispetto alla spesa inizialmente prevista (e definita in base ai costi storici) di € 5.152.136,17 pari ad un valore percentuale di 5,40%. Va, inoltre, soggiunto che nell'anno è iniziato anche uno sforzo di costante accesso al mercato per i farmaci che abbiano visto scadere la privativa brevettuale che potrà consolidarsi in futuro con un accesso più strutturato a processi di utilizzo di procedure anche di altre centrali di acquisto regionali.

Quanto invece alla citata procedura tesa alla definizione di una convenzione in forma di accordo quadro per la gestione del patrimonio delle attrezzature sanitarie, il primo obiettivo perseguito era e rimane l'ottimizzazione delle procedure di manutenzione preventiva, correttiva ed evolutiva delle attrezzature sanitarie, ma consegue anche un significativo risparmio di spesa che, a regime, si stima superiore al milione di euro annui.

Doveroso ricordare, anche perché trattasi di fornitura ricompresa nei beni di cui al DPCM 24 dicembre 2015, che nell'aprile del 2017 è giunta a conclusione anche la procedura di gara relativa a 14 lotti di fornitura di dispositivi medici per emodinamica interventistica, occorrenti alle UUOO di Cardiologia dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e che impatta per circa 1.300.000 euro sul bilancio dell'Azienda. La procedura ha condotto ad una riduzione di spesa rispetto al costo storico dei beni in questione di circa il 15%.

Merita infine citazione il progressivo intensificarsi della collaborazione in materia di acquisti di beni e servizi con l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (che va in parallelo con la collaborazione delle due centrali di acquisto provinciali), utile ad una sinergia di intenti e, ciò che più rileva in questa sede, alla possibilità di mettere a gara un maggior volume di beni con conseguenti economie di scala.

Da ultimo, si conferma che nella definizione delle basi d'asta di tutte le procedure gestite, sopra e sotto soglia comunitaria, viene operato un benchmark con eventuali gare da poco aggiudicate nelle regioni più vicine, territorialmente e per prestazioni rese, all'Azienda provinciale per i servizi sanitari e che, pertanto, dette basi d'asta – di norma – vengono fissate in valori già inferiori ai dati storici aziendali.

5.7. RISPETTO DIRETTIVE PROVINCIALI IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA.

Nella Tabella sottostante si evidenzia la rappresentazione dell'evoluzione delle voci di costo soggette a vincolo di spesa secondo quanto previsto dalle direttive provinciali per l'esercizio 2017.

TABELLA DI VERIFICA RISPETTO TETTI DI SPESA 2017 (Deliberazioni G.P. n. 2.413 di data 20/12/2016 e n. 1.775 di data 27/10/2017)

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Personale	470.000.000,00		
Costi personale (B.6)		434.667.236,22	
IRAP sul personale (Y.1.a)		28.086.214,94	
<i>Sommano</i>		462.753.451,16	
Personale Somministrato (conto 053.13.030.0 in B.2.o)		235.168,01	
Totale tetto del personale	470.000.000,00	462.988.619,17	7.011.380,83
Beni non sanitari (B.1.b)	6.000.000,00	4.901.048,00	1.098.952,00
Spesa farmaceutica (B.2.b + quota parte B.1.a)	144.305.818,87	141.429.480,29	2.876.338,58
Manutenzioni e riparazioni (B.4)	16.000.000,00	15.452.649,92	547.350,08
Godimento beni di terzi (B.5)	18.000.000,00	16.484.389,16	1.515.610,84
Acquisto di servizi non sanitari (B.3)	96.000.000,00	93.457.041,55	2.542.958,45
Incarichi e consulenze sanitarie (conto 053.13.010.0 in B.2.o)	5.500.000,00	5.474.565,66	25.434,34
Oneri vari di gestione (B.7, al netto Indennizzi diretti RCT)	5.000.000,00	6.797.173,28	715.344,21
<i>a dedurre indennizzi diretti RCT</i>		- 2.512.517,49	
Totale generale tetti	760.805.818,87	744.472.449,54	16.333.369,33
Incarichi e consulenze non sanitarie (conto 052.03.220.0 in B.3.b)	200.000,00	187.866,62	12.133,38
Spese di natura discrezionale (Costo 2016=172.495,73- 5%)	163.870,94	92.621,68	71.249,26
Locazioni di immobili (Riduzione di spesa senza indicazione importo del conto "affitti passivi" nel godimento dei beni di terzi)	1.799.911,03	1.685.396,95	114.514,08
Lavoro straordinario	3.605.206,69	4.496.627,51	- 891.420,82
Missioni	1.623.012,95	1.668.723,88	- 45.710,93

In premessa, si evidenzia che con deliberazione n. 2.413 di data 20.12.2016, l'Esecutivo Provinciale ha approvato le disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2017-2019, il relativo riparto e le assegnazioni.

Successivamente, da ultimo con deliberazione di G.P. n. 1.775 di data 27.10.2017, recante le integrazioni al finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2017 e altre disposizioni, i tetti di spesa del predetto riparto sono stati definitivamente assestati.

A carattere generale, si evidenzia che la Giunta Provinciale nei sopra citati provvedimenti dell'esecutivo della PAT, nel definire i tetti di spesa, ha chiarito quanto segue: "In considerazione delle previsioni di fabbisogno corrente dell'Azienda 2017, nonché delle numerose variabili legate ai provvedimenti attuativi sull'assetto gestionale e organizzativo dell'Azienda, si stabilisce che **gli obiettivi finanziari recati nelle presenti direttive siano da ritenersi quali indirizzi operativi in quanto risulta prioritario assicurare il mantenimento dell'equilibrio complessivo di bilancio dell'Azienda**", realizzato attraverso un risultato di esercizio che registra un utile di €uro 87.377=.

A) COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE

I costi complessivi per il **personale dipendente e comandato, compreso quello con contratto a tempo determinato ed interinale con contratto di somministrazione**, risultano pari complessivamente ad €uro 462.988.619,17=, precisando che gli oneri riflessi dell'imposta regionale sulle attività produttive del personale dipendente ammonta ad €uro 28.086.214,94=. Il tetto di spesa era stato fissato in €uro 470.000.000= (a fronte di un effettivo finanziamento vincolato di € 469.470.850=), con la specificazione che tale vincolo di spesa ricomprendeva sia gli oneri per i rinnovi contrattuali, sia quelli per l'adesione al fondo integrativo Sanifonds.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Personale	470.000.000,00		
Costi personale (B.6)		434.667.236,22	
IRAP sul personale (Y.1.a)		28.086.214,94	
<i>Sommano</i>		462.753.451,16	
Personale Somministrato (conto 053.13.030.0 in B.2.o)		235.168,01	
Totale tetto del personale	470.000.000,00	462.988.619,17	7.011.380,83

B) COSTI PER LAVORO STRAORDINARIO E VIAGGI DI MISSIONE

I costi sostenuti nell'esercizio 2017 per il **lavoro straordinario** e per i **viaggi di missione** sono pari ad €uro 6.165.351,39=, come da nota rep. int. n. 6.744 di data 13.04.2018 del Servizio Amministrazione del Personale.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Personale			
Lavoro straordinario	3.605.206,69	4.496.627,51	- 891.420,82
Missioni	1.623.012,95	1.668.723,88	- 45.710,93
Totale tetto del personale	5.228.219,64	6.165.351,39	- 937.131,75

A tal fine, si evidenzia che, rispetto al corrispondente dato 2015 (esercizio di riferimento per il tetto di spesa), pari complessivamente ad € 5.228.219,64= (di cui, €uro 3.605.206,69= per il ricorso al lavoro straordinario ed €uro 1.623.012,95= per i viaggi di missione), il valore del lavoro straordinario e dei viaggi di missione 2017 risulta pari, nel complesso, ad €uro 6.165.351,39= (di cui, €uro 4.496.627,51= per il ricorso al lavoro straordinario ed €uro 1.668.723,88= per i viaggi di missione).

Conseguentemente, il vincolo di spesa che prevedeva il vincolo di non superare il dato di consuntivo 2015, risulta sfiorato.

Con deliberazione n. 117 del 20 marzo 2017, si era provveduto a definire ed articolare il budget per AOF e Tecnostrutture, sulla base dei seguenti criteri:

- assegnazione, ai fini dello straordinario, del budget complessivo di 179.380 ore (il dato 2015 assommava a 181.352 ore effettuate), ripartito tra le Unità Operative sulla base dell'attività effettivamente svolta. Per nessuna Unità Operativa potrà essere liquidato straordinario in eccedenza al valore del budget assegnato;

- per i rimborsi chilometrici conseguenti ad invio in missione, assegnazione di un valore complessivo pari ad € 1.270.000= (la spesa 2015 è stata pari ad € 1.296.032=), i dati non sono esprimibili in chilometri, in considerazione delle frequenti variazioni del prezzo del carburante, contrattualmente a base del calcolo dei relativi rimborsi).

A parte, si considera il valore economico storicamente assegnato per i rimborsi viaggio alle CFC aziendali, anch'esso oggetto delle disposizioni d'invarianza della spesa storica e interessato dalla costituzione del fondo di cui al prossimo periodo.

Erano state conseguentemente definite le responsabilità di ciascun'AOF e Tecnostruttura nella successiva gestione del processo:

- la ripartizione del budget, nei confronti delle singole U.U.O.O. / Servizi gerarchicamente sottoposti, nel termine di 30 giorni dal presente provvedimento, e darne comunicazione, oltre che alle strutture interessate, anche all'Area Sviluppo Organizzativo;

- il costante monitoraggio del budget della struttura diretta;

- il monitoraggio delle singole UU.OO./Servizi ed il loro andamento tendenziale, al fine di intervenire tempestivamente nei confronti delle singole UU.OO./Servizi i cui consumi eccedano, in proiezione, i limiti assegnati;

- la riassegnazione delle risorse all'interno della AOF/Tecnostruttura, qualora le esigenze di lavoro straordinario o rimborsi per viaggi in missione risultino per talune UU.OO./Servizi assolutamente incompressibili.

Il livello di responsabilità era stato chiarito anche in relazione alla singola struttura/U.O., definendo come responsabilità diretta del Direttore di struttura complessa:

- lo specifico monitoraggio e la segnalazione al Direttore di AOF di prevedibili sforamenti rispetto alle risorse assegnate;

- il contenimento del lavoro straordinario entro il quantitativo di ore assegnato in sede di budget;

- il rispetto dei limiti di lavoro individuali fissati dal contratto;

- l'organizzazione dell'attività del proprio personale in funzione del rispetto del limite di spesa per le missioni.

Le cause individuabili per gli incrementi di costo sono descritte dal competente Servizio Amministrazione del Personale con propria nota rep. int. 7.542 di data 26/04/2018, in sintesi:

per il lavoro straordinario:

- un effetto è imputabile agli incrementi contrattuali (la quota oraria media è passata da € 14,48 – valore del 2015 - a 14,92 –valore del 2017) che determina un incremento pro 2017 per circa 100.000 €;

- una causa è ravvisabile nell'attivazione di nuovi servizi, la cui dotazione di personale, inizialmente pianificata in tempi contenuti, è stata poi dilazionata nel corso dell'anno, per assicurare il contenimento della spesa nei limiti fissati dalla provincia;

per le missioni:

- si segnala una necessità peculiare di coordinamento e preparazione all'avvio della nuova organizzazione;
- il prezzo del carburante, in vari mesi superiore a quello dell'anno di riferimento.

C) CONTRATTI DI SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO INTERINALE

I costi per il ricorso a **figure professionali interinali** ammonta al 31.12.2017 ad € 235.168,01=.

In proposito, si segnala il target di spesa fissato in € 250.000= dalla Giunta provinciale risulta puntualmente rispettato e le figure professionali coinvolte nella ricerca di personale interinale hanno riguardato nel 2017 gli infermieri, in ragione dei tempi necessari e degli esiti delle procedure ordinarie di reclutamento con espletamento di concorso pubblico.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA ANDAMENTO PERSONALE - ANNO 2017

Direttive all'Azienda Provinciale per i servizi sanitari per l'esercizio 2017 – Del. G.P. n. 2413 del 20/12/2016

La deliberazione della Giunta Provinciale n. 2413 del 20 dicembre 2016 stabilisce le direttive all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari per l'esercizio 2017; l'allegato A, paragrafo 2.6) definisce nello specifico le direttive in materia di personale.

1) ASSUNZIONI DI PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

Al fine di garantire la copertura dei servizi fondamentali all'utenza, si autorizza per il 2017 la copertura del turn-over del personale sanitario e degli operatori socio-sanitari in misura del 100%, con specifico riferimento alle necessità di organico derivanti dall'applicazione della L. 161/2014 sul riposo obbligatorio e alla riorganizzazione della rete ospedaliera.

È confermato anche per il 2017 il blocco totale del turn-over per il personale non sanitario, esclusi gli operatori socio-sanitari.

In casi motivati la Provincia può concedere deroghe ai limiti sopra esposti su richiesta del Direttore Generale dell'Azienda all'Assessore alla Salute e politiche Sociali.

Si riportano di seguito le assunzioni e le cessazioni a tempo indeterminato di personale sanitario e di operatori socio sanitari.

Ruolo	Assunzioni	Cessazioni	% turn over
1. Dirigenza Medica e Veterinaria	39	51	78%
2. Dirigenza Sanitaria	2	3	67%
3. Personale infermieristico	87	107	81%
4. Altro personale sanitario	33	40	83%
5. Operatori socio-sanitari	32	25	128%
Totale	193	226	86%

Si precisa che i numeri sopra esposti si riferiscono alle sole assunzioni di personale sanitario e di operatori socio-sanitari effettuate su cessazioni di personale esistente: rappresentano quindi il turn over dell'Azienda, che si attesta nel totale al di sotto del 100% nel rispetto delle direttive provinciali.

Sono invece escluse le assunzioni di personale a tempo indeterminato di personale sanitario e di operatori socio-sanitari effettuate per l'attivazione di funzioni nuove: le direttive sopra citate stabiliscono infatti anche che "L'Azienda nel 2017 dovrà proseguire con il completamento del piano di assunzioni per la messa a regime del Centro di Protonterapia, già autorizzate con nota prot. 477687 del 21 settembre 2015, con la messa a regime delle assunzioni di personale (sia sanitario che non sanitario) effettuate o autorizzate fino al 31 dicembre 2016 e con l'attuazione di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 2168 del 27 novembre 2015 in materia di riorganizzazione del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP), di quanto disposto dalla deliberazione n. 1244 del 22 luglio 2016 in materia di rete dei punti nascita nonché di quanto disposto dalle deliberazioni n. 436 e 432 del 2016 riguardanti il Piano Demenze e il Piano fragilità dell'età evolutiva."

Tali assunzioni sono elencate nel prospetto che segue:

Ruolo	Risorse aggiuntive	N. assunzioni
Dirigenza Medica e Veterinaria	Adeguamento punti nascita periferici	4
	Adeguamento Punto Nascita H. Cavalese	1
	Del. G.P. 436/2016 - Piano Demenze	2
	Posti aggiuntivi U.O. Anestesia H. Rov - aut. PAT n. 245688 dd 3/5/2017	2
	Posti aggiuntivi U.O. Anestesia H. Tn - aut. PAT n. 245688 dd 3/5/2017	2
	Posto aggiuntivo U.O. Cardiologia H. Tn - aut. PAT n. 381804 dd 10/07/2017	1
	Posto aggiuntivo U.O. Dermatologia H. Tn - aut. PAT n. 381804 dd 10/07/2017	1
	Posto aggiuntivo U.O. Medicina H. Rov - aut. Del. G.P. 297 dd 22/2/2018	1
Dirigenza Medica e Veterinaria Totale		14
Dirigenza Sanitaria	Del. G.P. 436/2016 - Piano Demenze	2
Dirigenza Sanitaria Totale		2
Personale infermieristico	Adeguamento Standard Accordo Stato Regioni - U.O. Ginecologia H. Rov	4
	Adeguamento Standard Accordo Stato Regioni - U.O. Ginecologia H. Tn	3
	Del. G.P. 432/2016 - Piano Fragilità	1
	HPV screening - Del. G.P. 1173/2014	1
	Percorso nascita - Del. G.P. 545/2015	11
Personale infermieristico Totale		20
Altro personale sanitario	Del. G.P. 432/2016 - Piano Fragilità	1
	Potenziamento CSM H24	1
Altro personale sanitario Totale		2
Operatori socio-sanitari	Risorse aggiuntive - blocco operatorio H. Rov	5
	Risorse aggiuntive - blocco operatorio H. Tn	3
	Risorse aggiuntive - OB Protino Soccorso H. Rov	1
	Ristrutturazione sala operatoria Ostetricia H. Tn	2
	U.O. Protonterapia	2
Operatori socio-sanitari Totale		13
Totale		51

Alle assunzioni di personale sanitario e di operatori sociosanitari di cui sopra vanno aggiunte anche le **2 assunzioni a tempo indeterminato di personale tecnico** relativamente alla messa a regime del Centro di Protonterapia e all'attuazione del Piano Demenze:

Ruolo	Numero	Risorsa aggiuntiva
n. 2 unità di Personale tecnico	Un operatore Un operatore	U.O. Protonterapia Del. G.P. 436/2016 - Piano Demenze

Si riportano di seguito le assunzioni di personale non sanitario, esclusi gli operatori sanitari, a tempo indeterminato per le quali è stata chiesta e ottenuta l'autorizzazione in deroga dall'Assessorato alla Salute e alle Politiche Sociali; per quanto riguarda l'assunzione di personale dirigenziale, si fa riferimento alla deliberazione di programmazione del fabbisogno di dirigenti degli enti strumentali pubblici.

Ruolo	Numero	Autorizzazione PAT
Dirigente Amministrativo	4 Dirigenti amministrativi	Del. G.P. 966/2016 - Programmazione fabbisogno dirigenti
Dirigente Amministrativo Totale	4	
Personale amministrativo	6 dipendenti – personale ruolo amministrativo	Aut. PAT 6499 del 05/01/2017 - Aut. PAT 673257 del 15/12/2016 Aut. PAT 242014 del 06/05/2015 Aut. PAT 641944 del 29/11/2016 Aut. PAT 521809 del 06/10/2016 Aut. PAT 136927 del 30/09/2016
Personale amministrativo Totale	6	
Personale tecnico	30 dipendenti – personale ruolo tecnico	Aut. PAT 402842 del 20/07/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 272517 del 16/05/2017 Aut. PAT 376049 del 14/07/2016 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017

Ruolo	Numero	Autorizzazione PAT
		Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 402842 del 20/07/2017 Aut. PAT 188446 del 03/04/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 272517 del 16/05/2017 Aut. PAT 272517 del 16/05/2017 Aut. PAT 402842 del 20/07/2017 Aut. PAT 673369 del 15/12/2016 Aut. PAT 402842 del 20/07/2017 Aut. PAT 188446 del 03/04/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 521809 del 06/10/2016 Aut. PAT 583189 del 12/11/2015 Aut. PAT 376049 del 14/07/2016 Aut. PAT 102692 del 01/03/2016 Aut. PAT 188446 del 03/04/2017 Aut. PAT 152341 del 23/03/2016 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017 Aut. PAT 376049 del 14/07/2016 Aut. PAT 160427 del 21/03/2017
Personale tecnico Totale	30	

Si riporta, per completezza, anche il prospetto che evidenzia il confronto fra assunzioni (sopra elencate e per cui è stata chiesta la deroga) e cessazioni di personale tecnico amministrativo a tempo indeterminato.

AREA	Assunzioni	Cessazioni
6. Dirigente Amministrativo	4	4
7. Dirigente professionale		1
8. Personale amministrativo	6 *	38
9. Personale tecnico	30	61
Totale	40	104

* si precisa che alle n. 6 assunzioni di personale a tempo indeterminato andrebbero aggiunte n. 16 assunzioni di personale a tempo determinato per ragioni tecniche (la mancanza di una graduatoria a tempo indeterminato ha dirottato le assunzioni su personale temporaneo). Se aggiungessimo questi dato, il turn over reale del personale tecnico amministrativo sarebbe quello indicato nella tabella sottostante:

AREA	Assunzioni	Cessazioni	% turn over
6. Dirigente Amministrativo	4	4	100%
7. Dirigente professionale		1	0%
8. Personale amministrativo	22 (6+16)	38	58%
9. Personale tecnico	30	61	49%

È inoltre stata attivata un'assunzione di assistente tecnico geometra tramite mobilità per compensazione (a fronte della cessazione di medesima figura professionale). Essendo una procedura di mobilità compensativa, non è stata richiesta autorizzazione in deroga.

2) ASSUNZIONI DI PERSONALE A TEMPO DETERMINATO

Al fine di consentire all'Azienda la necessaria flessibilità operativa e di non compromettere i servizi essenziali, si autorizzano per il 2017 le assunzioni temporanee di personale sanitario e di operatori socio sanitari a fini sostitutivi nella misura del 100%, con specifico riferimento alle necessità di organico derivanti dall'applicazione della L. 161/2014 e dalla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Si stabilisce per il 2017 il blocco totale delle assunzioni temporanee per il restante personale. Sono autorizzate le assunzioni per sostituzione di personale impiegato nei servizi essenziali (es. servizi all'utenza, sportelli, ecc.); tali sostituzioni dovranno essere attivate nel minor tempo possibile dall'inizio dell'assenza.

Si riportano di seguito le assunzioni a tempo determinato di personale sanitario e di operatori socio sanitari e il numero di assenze lunghe del 2017 (numero di persone in servizio a tempo determinato e indeterminato assenti per un periodo continuato superiore a 120 giorni nel 2017).

Ruolo	Assunzioni	Assenze	Tasso sostituzione
1. Dirigenza Medica e Veterinaria	55	100	55%
2. Dirigenza Sanitaria	1	10	10%
3. Personale infermieristico	117	242	48%
4. Altro personale sanitario	33	62	53%
5. Operatori socio-sanitari	14	43	33%
Totale	220	457	48%

Si precisa che sono state incluse tutte le assunzioni di personale a tempo determinato (ragioni sostitutive, tecniche, produttive, organizzative), pur se a rigore il tasso andrebbe calcolato solo relativamente alle assunzioni per ragioni sostitutive che sono comunque la maggioranza.

Sono escluse dal prospetto sopra e indicate in quello sottostante le nuove assunzioni di personale a tempo determinato effettuate per l'attivazione di funzioni previste dalla Giunta Provinciale o legate in maniera specifica alla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Ruolo	Risorse aggiuntive	N. assunzioni
Dirigenza Medica e Veterinaria	Adeguamento Standard Accordo Stato Regioni - U.O. Ginecologia H. Tn	1
	Adeguamento Standard Accordo Stato Regioni - U.O. Ginecologia H. Tn	1
	Posti aggiuntivi U.O. Anestesia H. Rov - aut. PAT n. 245688 dd 3/5/2017	1
	Posti aggiuntivi U.O. Anestesia H. Tn - aut. PAT n. 245688 dd 3/5/2017	2
	U.O. Protonterapia	2
Dirigenza Medica e Veterinaria Totale		7
Dirigenza Sanitaria	Progetto "Scommettiamo sui giovani ..." - Del. G.P. 212/2017	1
	U.O. Protonterapia	1
Dirigenza Sanitaria Totale		2
Personale infermieristico	Adeguamento standard Del. G.P. 1117/2017 - U.O. Pronto Soccorso H. Rov	6
	Fondazione Hospice	1
	Potenziamento CSM H24	1
	Potenziamento U.O. Neurologia e U.O. Neurochirurgia	5
	Progetto "Scommettiamo sui giovani ..." - Del. G.P. 212/2017	1
	Ristrutturazione U.O. Pronto Soccorso H. Tione	1
Personale infermieristico Totale		15
Altro personale sanitario	Cure Intermedie - Del. G.P. 1116/2017	1
	Del. G.P. 436/2016 - Piano Demenze	2
	HPV screening - Del. G.P. 1173/2014	1
	Ob. PAT 2017 - Promozione salute e assistenza dei richiedenti asilo	1
	Piano Vaccini	3
Altro personale sanitario Totale		8
Totale		32

Si riportano di seguito le assunzioni di personale non sanitario effettuate a seguito di richiesta in deroga all'Assessorato alla Salute e alle Politiche Sociali e quelle effettuate per coprire assenze di personale impiegato nei servizi essenziali.

Ruolo	Numero	Descrizione
Personale amministrativo	27 dipendenti – personale ruolo amministrativo	Aut. PAT 283533 del 22/05/2017 Aut. PAT 283533 del 22/05/2017 Aut. PAT 283533 del 22/05/2017 Aut. PAT 283533 del 22/05/2017 Aut. PAT 350077 del 30/06/2016 Aut. PAT 350077 del 30/06/2016 Aut. PAT 350077 del 30/06/2016 Aut. PAT 365869 del 03/07/2017 Aut. PAT 365869 del 03/07/2017 Aut. PAT 402842 del 20/07/2017 Aut. PAT 431371 del 07/08/2017 Aut. PAT 431371 del 07/08/2017 Aut. PAT 431371 del 07/08/2017 Aut. PAT 431371 del 07/08/2017 Aut. PAT 511391 del 21/09/2017 Aut. PAT 545344 del 09/10/2017 Aut. PAT 6499 del 05/01/2017 Aut. PAT 6499 del 05/01/2017 Aut. PAT 665018 del 22/11/2017 Aut. PAT 95665 del 20/02/2017 Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali
Personale amministrativo Totale	27	

Ruolo	Numero	Descrizione
Personale tecnico	5 dipendenti – personale ruolo tecnico	Aut. PAT 402842 del 20/07/2017 Aut. PAT 511391 del 21/09/2017 Aut. PAT 593218 del 30/10/2017 Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali Sostituzione personale impiegato nei servizi essenziali
Personale tecnico Totale	5	

Si riporta, per completezza, anche il prospetto che evidenzia il confronto fra assunzioni di personale a tempo determinato (sopra elencate e per cui è stata chiesta la deroga) e assenze lunghe di personale tecnico amministrativo a tempo indeterminato.

AREA	Assunzioni	N. Assenze
6. Dirigente Amministrativo		1
8. Personale amministrativo	27 *	35
9. Personale tecnico	5	31
Totale	32	67

* si precisa che alle n. 27 assunzioni di personale a tempo determinato andrebbero tolte n. 16 assunzioni di personale a tempo determinato per ragioni tecniche (la mancanza di una graduatoria a tempo indeterminato ha dirottato le assunzioni su personale temporaneo). Se togliessimo questo dato, il tasso di sostituzione reale del personale tecnico amministrativo sarebbe quello indicato nella tabella sottostante:

AREA	Assunzioni	Assenze	tasso sostituzione
6. Dirigente Amministrativo		1	0%
8. Personale amministrativo	11	35	31%
9. Personale tecnico	5	31	16%
Totale	16	67	24%

Nel 2017 è stato inoltre dato corso a due assunzioni a tempo determinato relativamente a personale appartenente alle categorie protette (Legge 68/99). Prima dell'assunzione a tempo determinato i due operatori hanno svolto un periodo di tirocinio in Azienda per un periodo di 2 mesi.

Ruolo	Numero
9. Personale tecnico	2 operatori

3) CONTRATTI DI SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO

Per l'anno 2017 si stabilisce in complessivi euro 250.000 il tetto di spesa derivante dal ricorso a questa tipologia contrattuale.

Eventuali superamenti di tale tetto di spesa dovranno essere autorizzati dall'Assessore alla Salute e Politiche Sociali.

A partire dal mese di agosto 2017, a causa della necessità di procedere urgentemente con la sostituzione di personale infermieristico assente, data la mancata disponibilità di graduatorie concorsuali su alcune sedi aziendali, si è dovuto ricorrere alla somministrazione di lavoro temporaneo per n. 16 infermieri, che sono rimasti in servizio per un periodo medio di 3 mesi e 12 giorni.

Il costo totale sostenuto dall'Azienda è stato pari a Euro 235.168,01=, nel rispetto del limite di spesa.

D) SPESE PER INCARICHI E CONSULENZE SANITARIE

Il dato di consuntivo 2017 per gli **incarichi e le consulenze sanitarie** evidenzia un valore al 31.12.2017 pari ad Euro 5.474.565,66=, con realizzazione di un'economia di € 25.434,34=, rispetto al target assegnato dall'esecutivo provinciale e fissato in € 5.500.000=.

E) SPESE DI NATURA DISCREZIONALI AFFERENTI MOSTRE, CONVEGNI, MANIFESTAZIONI E PUBBLICAZIONI

Per quanto riguarda le **spese di natura discrezionale afferenti mostre, convegni, manifestazioni e pubblicazioni**, tenuto conto delle esigenze del Servizio sanitario provinciale, il tetto di spesa per l'anno 2017 è fissato nelle corrispondenti spese sostenute nell'anno 2016 (pari ad Euro 172.495,73), depurate di un risparmio pari ad almeno il 5% da realizzare nel 2017, fatte salve le spese indispensabili connesse all'attività istituzionale o per l'attuazione/adesione ad iniziative strategiche di promozione della salute stabilite dalla Provincia, quali ad esempio le campagne informative alla popolazione. Conseguentemente, il vincolo per l'esercizio 2017 è stato determinato in € 163.870,94= e risulta puntualmente rispettato, evidenziando un saldo in chiusura d'anno pari ad € 92.621,68=.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Spese di natura discrezionale			
Spese di natura discrezionale (Costo 2016=172.495,73- 5%)*	163.870,94	92.621,68	71.249,26

* Conti: 59.02.010.1-59.02.010.2-59.02.090.0-59.04.050.0

F) INCARICHI E CONSULENZE NON SANITARIE (TECNICO – AMMINISTRATIVE)

Il dato di consuntivo degli **incarichi e consulenze non sanitarie**, di carattere tecnico amministrativo, rileva, al 31.12.2017, un importo pari ad Euro 187.866,62=, a fronte di un tetto di spesa di Euro 200.000= fissato dai provvedimenti di finanziamento provinciale per l'esercizio 2017. Per il dettaglio delle voci di composizione di tale posta di bilancio, si rinvia alla Tabella n. AS04 della Nota Integrativa del bilancio di esercizio 2017.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Incarichi e consulenze tecnico amministrative			
Incarichi e consulenze non sanitarie	200.000,00	187.866,62	12.133,38

G) AFFITTI E LOCAZIONI PASSIVE

La voce degli **"affitti passivi"** è rilevata all'interno della posta del "godimento beni di terzi" e presenta un dato di chiusura dell'esercizio 2017 pari ad € 1.799.911,03=, con diminuzione di € 114.514,08 rispetto al valore di consuntivo 2016.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Locazioni strutture immobiliari a destinazione sanitaria istituzionale			
Locazioni di immobili (Riduzione di spesa senza indicazione importo)	1.799.911,03	1.685.396,95	114.514,08

H) ONERI DIVERSI DI GESTIONE

Gli **oneri diversi di gestione** risultano al 31.12.2017 pari ad € 6.797.173,28=, di cui € 2.512.517,49= per gli oneri diretti per indennizzi RCT.

Il tetto di spesa, per € 5 milioni esclusi gli indennizzi diretti per RCT, risulta conseguentemente rispettato con la realizzazione di un'economia di € 715.344,21=.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Oneri diversi di gestione	5.000.000,00	6.797.173,28	
Indennizzi diretti per RCT		- 2.512.517,49	
Oneri vari di gestione (al netto Indennizzi diretti RCT)	5.000.000,00	4.284.655,79	715.344,21

I) BENI NON SANITARI

La voce dei **"beni non sanitari"** evidenzia un dato al 31/12/2017 pari ad € 4.901.048,00=, valore significativamente inferiore al target di spesa fissato in € 6.000.000=. Nel paragrafo dedicato agli acquisti di beni, viene data evidenza delle principali dinamiche che hanno determinato il risultato dell'esercizio 2017.

L) ACQUISTI DI SERVIZI (MANUTENZIONI E RIPARAZIONI – GODIMENTO BENI DI TERZI – ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI)

La voce degli **acquisti di SERVIZI** (manutenzioni e riparazioni, godimento beni di terzi ed acquisto di servizi non sanitari) ammontano al 31/12/2017, nel complesso, ad € 125.394.080,63=.

Le direttive provinciali prevedono che le tre voci indicate in premessa siano compensabili fra loro nel rispetto del totale complessivo di 130 milioni di euro (economia complessiva di € 4.605.919,37=).

Nel dettaglio:

a) le **"manutenzioni e riparazioni"** evidenziano un saldo di chiusura 2017 per € 15.452.649,92=, con realizzazione di una riduzione di € 547.350,08 rispetto al valore soglia previsto dalle direttive provinciali;

b) il **"godimento beni di terzi"** registra un valore al 31.12.2017 pari ad € 16.484.389,16=, in ragione rispettivamente del dato strutturale delle voci che compongono tale posta, con particolare riferimento al canone e rifinanziamento dell'investimento per la gestione ed il mantenimento in funzione delle attrezzature per la Protonterapia (finanziato per € 9,3 milioni).

Il tetto di spesa di € 18.000.000= risulta ampiamente rispettato, con un'economia di € 1.515.610,84=;

c) l'**acquisto di servizi non sanitari** mostra un dato di consuntivo 2017 per € 93.457.041,55 (rispetto al tetto di € 96.000.000=), dimensionando quindi l'ampio rispetto del vincolo assegnato ad € 2.542.958,45.

Le principali dinamiche delle tre macrovoci di questo punto sono indicate a descrizione dei rispettivi paragrafi descrittivi di conto economico.

Descrizione	Tetto	Consuntivo	Differenza
Acquisto di servizi (Totale voci B.3 – B.4 . B.5)	130.000.000,00	125.394.080,63	4.605.919,37
Manutenzioni e riparazioni (B.4)	16.000.000,00	15.452.649,92	547.350,08
Godimento beni di terzi (B.5)	18.000.000,00	16.484.389,16	1.515.610,84
Acquisto di servizi non sanitari (B.3)	96.000.000,00	93.457.041,55	2.542.958,45

M) SPESA FARMACEUTICA

L'**assistenza farmaceutica** (comprensiva della c.d. "distribuzione per conto" DPC) evidenzia un vincolo di spesa complessivo, ripartito rispettivamente in due sottolivelli:

- il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera viene calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89% (precedentemente fissato al 3,5%), assumendo la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti";

- il target di spesa farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 7,96% (prima all'11,35%) e viene denominato "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".

Il vincolo funzionale all'andamento nazionale è definito dall'articolo 1, commi 398-399 della Legge 232/2016 e, per quanto attiene al Servizio Sanitario provinciale, ammonta, nel complesso, ad € 144.305.818,87=.

CALCOLO TETTI SPESA FARMACEUTICA ANNO 2017				
Descrizione			Importi FSP	Quota FSN
Quota FSN 2017 PA Trento			971.756.356,00	958.972.554,00
Farmaceutica convenzionata			7,96%	
Acquisti diretti farmaci			6,89%	
Calcolo tetto convenzionata			77.351.805,94	63.556.309,76
Calcolo diretti	tetto	acquisti	66.954.012,93	77.873.170,53
Medicinali e prodotti farmaceutici con AIC; Ossigeno medicinale; Prodotti farmaceutici per assistenza farmaceutica territoriale; Servizi per assistenza farmaceutica territoriale; Emoderivati; Radiofarmaci; Farmaceutica convenzionata.				
Sommano			144.305.818,87	141.429.480,29
I tetti sono definiti dalla Legge di stabilità 2017 - Legge 232/2016				
Convenzionata comma 399				
Acquisti diretti comma 398				

5.8. CE PREVENTIVO E CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

Di seguito si evidenzia il Modello CE 2017 preventivo e consuntivo:

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
	A) Valore della produzione			
A01000	A.1) Contributi in c/esercizio	1.155.020.075,24	1.131.598.000,00	23.422.075,24
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	966.668.798,51	949.688.000,00	16.980.798,51
AA0030	A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	966.668.798,51	949.688.000,00	16.980.798,51
AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	0,00	0,00	0,00
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	188.202.046,10	181.910.000,00	6.292.046,10
AA0060	A.1.B.1) da Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	187.816.692,80	181.910.000,00	5.906.692,80
AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	777.000,00	550.000,00	227.000,00
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	168.023.692,80	168.520.000,00	-496.307,20
AA0090	A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	18.766.000,00	12.840.000,00	5.926.000,00
AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	250.000,00	0,00	250.000,00
AA0110	A.1.B.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	0,00	0,00	0,00
AA0120	A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	0,00	0,00	0,00
AA0130	A.1.B.2.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro	0,00	0,00	0,00
AA0140	A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	385.353,30	0,00	385.353,30
AA0150	A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	385.353,30	0,00	385.353,30
AA0160	A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92	0,00	0,00	0,00
AA0170	A.1.B.3.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro	0,00	0,00	0,00
AA0180	A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	149.230,63	0,00	149.230,63
AA0190	A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	0,00	0,00	0,00
AA0200	A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0,00	0,00	0,00
AA0210	A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	149.230,63	0,00	149.230,63
AA0220	A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca	0,00	0,00	0,00
AA0230	A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	0,00	0,00	0,00
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-100.000,00	0,00	-100.000,00
AA0250	A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	-100.000,00	0,00	-100.000,00
AA0260	A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	0,00	0,00	0,00
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.755.596,22	0,00	1.755.596,22
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	886.195,57	0,00	886.195,57
AA0290	A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	398.601,47	0,00	398.601,47
AA0300	A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	0,00	0,00	0,00
AA0310	A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	470.799,18	0,00	470.799,18
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	77.045.072,68	63.155.800,00	13.889.272,68
AA0330	A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	59.574.203,25	45.880.800,00	13.693.403,25
AA0340	A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	0,00	0,00	0,00

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	0,00	0,00	0,00
AA0370	A.4.A.1.3) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0,00	0,00	0,00
AA0380	A.4.A.1.4) Prestazioni di File F	0,00	0,00	0,00
AA0390	A.4.A.1.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	0,00	0,00	0,00
AA0400	A.4.A.1.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	0,00	0,00	0,00
AA0410	A.4.A.1.7) Prestazioni termali	0,00	0,00	0,00
AA0420	A.4.A.1.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	0,00	0,00	0,00
AA0430	A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	0,00	0,00	0,00
AA0440	A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	2.960.082,00	0,00	2.960.082,00
AA0450	A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	56.614.121,25	45.880.800,00	10.733.321,25
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	40.720.947,31	34.500.000,00	6.220.947,31
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	6.150.249,11	4.800.800,00	1.349.449,11
AA0480	A.4.A.3.3) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)	1.395.243,25	900.000,00	495.243,25
AA0490	A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	1.307.502,88	775.000,00	532.502,88
AA0500	A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	211.418,96	200.000,00	11.418,96
AA0510	A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	758.303,06	675.000,00	83.303,06
AA0520	A.4.A.3.7) Prestazioni termali Extraregione	1.954.629,14	1.900.000,00	54.629,14
AA0530	A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	3.033.971,54	2.130.000,00	903.971,54
AA0540	A.4.A.3.9) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione	0,00	0,00	0,00
AA0550	A.4.A.3.10) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione	1.081.856,00	0,00	1.081.856,00
AA0560	A.4.A.3.11) Ricavi per differenziale tariffe TUC	0,00	0,00	0,00
AA0570	A.4.A.3.12) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	0,00	0,00	0,00
AA0580	A.4.A.3.12.A) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione Extraregione	0,00	0,00	0,00
AA0590	A.4.A.3.12.B) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione	0,00	0,00	0,00
AA0600	A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale	0,00	0,00	0,00
AA0610	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0,00	0,00	0,00
AA0620	A.4.B.1) Prestazioni di ricovero da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0,00	0,00	0,00
AA0630	A.4.B.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0,00	0,00	0,00
AA0640	A.4.B.3) Prestazioni di File F da priv. Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0,00	0,00	0,00
AA0650	A.4.B.4) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0,00	0,00	0,00
AA0660	A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	6.326.090,42	7.575.000,00	-1.248.909,58
AA0670	A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	11.144.779,01	9.700.000,00	1.444.779,01
AA0680	A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	305.868,65	160.000,00	145.868,65
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	10.568.726,80	9.090.000,00	1.478.726,80
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	39.846,53	125.000,00	-85.153,47
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	230.337,03	290.000,00	-59.662,97
AA0720	A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	0,00	35.000,00	-35.000,00
AA0740	A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	8.633.878,68	3.186.611,60	5.447.267,08
AA0760	A.5.A) Rimborsi assicurativi	0,00	0,00	0,00
AA0770	A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	0,00	0,00	0,00
AA0780	A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	0,00	0,00	0,00
AA0790	A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	0,00	0,00	0,00
AA0800	A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
AA0810	A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
AA0820	A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
AA0830	A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
AA0840	A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	1.784.986,90	1.565.000,00	219.986,90
AA0850	A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	1.568.587,65	1.250.000,00	318.587,65
AA0860	A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	0,00	0,00	0,00
AA0870	A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	216.399,25	315.000,00	-98.600,75
AA0880	A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	6.848.891,78	1.621.611,60	5.227.280,18
AA0890	A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	4.939.009,61	0,00	4.939.009,61
AA0900	A.5.E.1.1) Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale	0,00	0,00	0,00
AA0910	A.5.E.1.2) Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera	0,00	0,00	0,00
AA0920	A.5.E.1.3) Ulteriore Pay-back	4.939.009,61	0,00	4.939.009,61
AA0930	A.5.E.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati	1.909.882,17	1.621.611,60	288.270,57
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	21.049.963,28	20.500.000,00	549.963,28
AA0950	A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	17.204.852,64	17.615.000,00	-410.147,36
AA0960	A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	1.794.866,42	800.000,00	994.866,42
AA0970	A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	2.050.244,22	2.085.000,00	-34.755,78
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	37.306.896,60	38.347.000,00	-1.040.103,40
AA0990	A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	0,00	0,00	0,00
AA1000	A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	24.564.095,59	38.347.000,00	-13.782.904,41
AA1010	A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	12.530.468,35	0,00	12.530.468,35
AA1020	A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	0,00	0,00	0,00
AA1030	A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti	0,00	0,00	0,00
AA1040	A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	212.332,66	0,00	212.332,66
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	3.000,00	-3.000,00
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	4.639.526,72	3.915.000,00	724.526,72
AA1070	A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie	313.784,25	370.000,00	-56.215,75
AA1080	A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	88.089,71	40.000,00	48.089,71
AA1090	A.9.C) Altri proventi diversi	4.237.652,76	3.505.000,00	732.652,76
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.305.351.009,42	1.260.705.411,60	44.645.597,82

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
	B) Costi della produzione			
BA0010	B.1) Acquisti di beni	160.458.919,33	162.217.391,60	-1.758.472,27
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	155.557.871,33	156.617.391,60	-1.059.520,27
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	63.738.813,93	66.897.391,60	-3.158.577,67
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	62.342.931,76	64.897.391,60	-2.554.459,84
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	901.025,51	1.350.000,00	-448.974,49
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	494.856,66	650.000,00	-155.143,34
BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	0,00	500.000,00	-500.000,00
BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale	0,00	0,00	0,00
BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale	0,00	0,00	0,00
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	0,00	500.000,00	-500.000,00
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	67.714.570,12	67.510.000,00	204.570,12
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	52.956.829,92	50.000.000,00	2.956.829,92
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	3.061.136,97	2.800.000,00	261.136,97
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	11.696.603,23	14.710.000,00	-3.013.396,77
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	1.853.932,67	1.700.000,00	153.932,67
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	5.462.417,66	3.100.000,00	2.362.417,66
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	78.637,84	100.000,00	-21.362,16
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	144.510,80	60.000,00	84.510,80
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	16.564.988,31	16.750.000,00	-185.011,69
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.901.048,00	5.600.000,00	-698.952,00
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	1.887.187,71	2.150.000,00	-262.812,29
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	96.674,93	160.000,00	-63.325,07
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	440.036,81	399.000,00	41.036,81
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	713.754,25	900.000,00	-186.245,75
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	810.538,44	1.071.000,00	-260.461,56
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	952.855,86	920.000,00	32.855,86
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	580.569.362,11	576.469.800,00	4.099.562,11
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	487.112.320,56	480.279.800,00	6.832.520,56
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	58.371.884,42	59.000.000,00	-628.115,58
BA0420	B.2.A.1.1) - da convenzione	58.138.331,65	58.800.000,00	-661.668,35
BA0430	B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG	41.042.884,74	38.830.000,00	2.212.884,74
BA0440	B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS	10.997.673,97	12.046.500,00	-1.048.826,03
BA0450	B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale	5.764.782,62	7.402.000,00	-1.637.217,38
BA0460	B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	332.990,32	521.500,00	-188.509,68

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA0470	B.2.A.1.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	0,00	0,00	0,00
BA0480	B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale	233.552,77	200.000,00	33.552,77
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	63.556.309,76	64.450.000,00	-893.690,24
BA0500	B.2.A.2.1) - da convenzione	63.046.882,90	64.000.000,00	-953.117,10
BA0510	B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale	0,00	0,00	0,00
BA0520	B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	509.426,86	450.000,00	59.426,86
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	33.937.190,75	34.935.000,00	-997.809,25
BA0540	B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0550	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0560	B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	7.797.960,31	8.000.000,00	-202.039,69
BA0570	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	5.744.695,00	6.585.000,00	-840.305,00
BA0580	B.2.A.3.5) - da privato	20.394.535,44	20.350.000,00	44.535,44
BA0590	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati	0,00	0,00	0,00
BA0600	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	2.849.181,56	2.750.000,00	99.181,56
BA0610	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	5.162.990,94	5.000.000,00	162.990,94
BA0620	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	12.382.362,94	12.600.000,00	-217.637,06
BA0630	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	0,00	0,00	0,00
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	271.653,52	350.000,00	-78.346,48
BA0650	B.2.A.4.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0670	B.2.A.4.3) - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione	0,00	0,00	0,00
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	0,00	0,00	0,00
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	271.653,52	350.000,00	-78.346,48
BA0700	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	8.736.750,93	8.900.000,00	-163.249,07
BA0710	B.2.A.5.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0720	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0730	B.2.A.5.3) - da pubblico (Extraregione)	0,00	0,00	0,00
BA0740	B.2.A.5.4) - da privato	8.736.750,93	8.900.000,00	-163.249,07
BA0750	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	11.212.217,02	11.200.000,00	12.217,02
BA0760	B.2.A.6.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0770	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0780	B.2.A.6.3) - da pubblico (Extraregione)	0,00	0,00	0,00
BA0790	B.2.A.6.4) - da privato	11.212.217,02	11.200.000,00	12.217,02
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	106.015.157,58	97.665.800,00	8.349.357,58
BA0810	B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0820	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0830	B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	48.748.231,73	47.910.800,00	837.431,73

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA0840	B.2.A.7.4) - da privato	57.266.925,85	49.755.000,00	7.511.925,85
BA0850	B.2.A.7.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati	0,00	0,00	0,00
BA0860	B.2.A.7.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	8.908.245,23	0,00	8.908.245,23
BA0870	B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	48.358.680,62	12.250.000,00	36.108.680,62
BA0880	B.2.A.7.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	0,00	37.505.000,00	-37.505.000,00
BA0890	B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	0,00	0,00	0,00
BA0900	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	5.078.607,38	5.500.000,00	-421.392,62
BA0910	B.2.A.8.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0920	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	836.192,00	4.800.000,00	-3.963.808,00
BA0930	B.2.A.8.3) - da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione	0,00	0,00	0,00
BA0940	B.2.A.8.4) - da privato (intra-regionale)	3.851.370,44	0,00	3.851.370,44
BA0950	B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	391.044,94	700.000,00	-308.955,06
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	5.051.928,53	4.300.000,00	751.928,53
BA0970	B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale	0,00	0,00	0,00
BA0980	B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA0990	B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)	5.051.928,53	4.300.000,00	751.928,53
BA1000	B.2.A.9.4) - da privato (intra-regionale)	0,00	0,00	0,00
BA1010	B.2.A.9.5) - da privato (extraregionale)	0,00	0,00	0,00
BA1020	B.2.A.9.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	0,00	0,00	0,00
BA1030	B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	3.403.094,98	3.800.000,00	-396.905,02
BA1040	B.2.A.10.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale	0,00	0,00	0,00
BA1050	B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	1.075.207,88	1.150.000,00	-74.792,12
BA1060	B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione)	634.030,82	650.000,00	-15.969,18
BA1070	B.2.A.10.4) - da privato	1.693.856,28	2.000.000,00	-306.143,72
BA1080	B.2.A.10.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	0,00	0,00	0,00
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	9.857.224,45	8.900.000,00	957.224,45
BA1100	B.2.A.11.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale	0,00	0,00	0,00
BA1110	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA1120	B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)	773.261,62	400.000,00	373.261,62
BA1130	B.2.A.11.4) - da privato	9.083.962,83	8.500.000,00	583.962,83
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	156.838.698,90	157.795.000,00	-956.301,10
BA1150	B.2.A.12.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intra-regionale	0,00	0,00	0,00
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	118.538.755,41	122.447.000,00	-3.908.244,59
BA1170	B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione	0,00	0,00	0,00
BA1180	B.2.A.12.4) - da privato (intra-regionale)	38.229.012,99	35.128.000,00	3.101.012,99
BA1190	B.2.A.12.5) - da privato (extraregionale)	70.930,50	220.000,00	-149.069,50
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	8.906.416,01	9.000.000,00	-93.583,99

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA1210	B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	153.113,19	7.170.000,00	-7.016.886,81
BA1220	B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica	6.388.020,29	0,00	6.388.020,29
BA1230	B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	795.344,81	0,00	795.344,81
BA1240	B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c, d) ed ex Art. 57-58)	253.240,66	700.000,00	-446.759,34
BA1250	B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c, d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	354.874,33	0,00	354.874,33
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro	961.822,73	1.130.000,00	-168.177,27
BA1270	B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	7.215.339,80	7.244.000,00	-28.660,20
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	643.831,11	700.000,00	-56.168,89
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	291.515,16	15.000,00	276.515,16
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	0,00	0,00	0,00
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	6.279.993,53	6.529.000,00	-249.006,47
BA1340	B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	6.317.753,57	5.670.000,00	647.753,57
BA1360	B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	3.060.977,12	2.250.000,00	810.977,12
BA1380	B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	3.256.776,45	3.420.000,00	-163.223,55
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	2.937.243,11	3.250.000,00	-312.756,89
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	84.365,33	0,00	84.365,33
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	0,00	0,00	0,00
BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	0,00	0,00	0,00
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	235.168,01	170.000,00	65.168,01
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	0,00	0,00	0,00
BA1450	B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	0,00	0,00	0,00
BA1460	B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	0,00	0,00	0,00
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	0,00	0,00	0,00
BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2.342.092,96	1.570.000,00	772.092,96
BA1500	B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1520	B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	0,00	0,00	0,00
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	2.342.092,96	1.570.000,00	772.092,96
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	0,00	0,00	0,00
BA1550	B.2.A.17) Costi per differenziale tariffe TUC	0,00	0,00	0,00
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	93.457.041,55	96.190.000,00	-2.732.958,45

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	90.590.645,63	92.650.000,00	-2.059.354,37
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	7.791.673,65	7.600.000,00	191.673,65
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	12.755.089,25	12.700.000,00	55.089,25
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	9.327.162,48	9.000.000,00	327.162,48
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	16.416.543,40	18.200.000,00	-1.783.456,60
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	10.887.188,52	11.100.000,00	-212.811,48
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	378.110,75	550.000,00	-171.889,25
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	1.279.077,06	1.400.000,00	-120.922,94
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	1.327.087,85	1.400.000,00	-72.912,15
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	6.188.393,46	7.000.000,00	-811.606,54
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	1.640.286,80	1.388.000,00	252.286,80
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	8.532.205,59	9.000.000,00	-467.794,41
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	7.394.187,46	7.700.000,00	-305.812,54
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	1.138.018,13	1.300.000,00	-161.981,87
BA1710	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	14.067.826,82	13.312.000,00	755.826,82
BA1720	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0,00	0,00	0,00
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	0,00	0,00	0,00
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	14.067.826,82	13.312.000,00	755.826,82
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	187.866,62	200.000,00	-12.133,38
BA1760	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	0,00	0,00	0,00
BA1780	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	187.866,62	200.000,00	-12.133,38
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	142.881,43	130.000,00	12.881,43
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	38.985,22	70.000,00	-31.014,78
BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	0,00	0,00	0,00
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	0,00	0,00	0,00
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	5.999,97	0,00	5.999,97
BA1840	B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	0,00	0,00	0,00
BA1850	B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	0,00	0,00	0,00
BA1870	B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	0,00	0,00	0,00
BA1880	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	2.678.529,30	3.340.000,00	-661.470,70
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	1.592.500,21	1.370.000,00	222.500,21
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	1.086.029,09	1.970.000,00	-883.970,91

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	15.452.649,92	16.900.000,00	-1.447.350,08
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	1.737.451,81	1.800.000,00	-62.548,19
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	1.931.831,34	1.700.000,00	231.831,34
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	10.780.027,69	12.550.000,00	-1.769.972,31
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	329.433,73	300.000,00	29.433,73
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	510.267,90	455.000,00	55.267,90
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	163.637,45	95.000,00	68.637,45
BA1980	B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	16.484.389,16	15.850.000,00	634.389,16
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	1.996.901,47	2.400.000,00	-403.098,53
BA2010	B.4.B) Canoni di noleggio	12.686.329,48	11.900.000,00	786.329,48
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	12.686.329,48	11.900.000,00	786.329,48
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	0,00	0,00	0,00
BA2040	B.4.C) Canoni di leasing	1.801.158,21	1.550.000,00	251.158,21
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	0,00	0,00	0,00
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	1.801.158,21	1.550.000,00	251.158,21
BA2070	B.4.D) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
BA2080	<u>Totale Costo del personale</u>	434.667.236,22	423.437.500,00	11.229.736,22
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	335.494.463,98	327.912.800,00	7.581.663,98
BA2100	B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	166.372.101,28	165.912.800,00	459.301,28
BA2110	B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	151.702.384,14	151.163.500,00	538.884,14
BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	144.118.951,33	145.127.000,00	-1.008.048,67
BA2130	B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	7.500.613,23	5.976.500,00	1.524.113,23
BA2140	B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	82.819,58	60.000,00	22.819,58
BA2150	B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	14.669.717,14	14.749.300,00	-79.582,86
BA2160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	14.367.000,38	14.527.300,00	-160.299,62
BA2170	B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	302.716,76	222.000,00	80.716,76
BA2180	B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	0,00	0,00	0,00
BA2190	B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	169.122.362,70	162.000.000,00	7.122.362,70
BA2200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	161.050.249,08	155.621.000,00	5.429.249,08
BA2210	B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	7.934.277,07	6.179.000,00	1.755.277,07
BA2220	B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	137.836,55	200.000,00	-62.163,45
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	1.281.316,69	1.556.531,97	-275.215,28
BA2240	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	1.281.316,69	1.556.531,97	-275.215,28
BA2250	B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	1.090.236,69	1.266.031,97	-175.795,28
BA2260	B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	191.080,00	290.500,00	-99.420,00
BA2270	B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	0,00	0,00	0,00

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA2280	B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	0,00	0,00	0,00
BA2290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	0,00	0,00	0,00
BA2300	B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	0,00	0,00	0,00
BA2310	B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	0,00	0,00	0,00
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	63.274.995,49	60.222.836,64	3.052.158,85
BA2330	B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	830.724,04	766.511,64	64.212,40
BA2340	B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	830.724,04	766.511,64	64.212,40
BA2350	B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	0,00	0,00	0,00
BA2360	B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	0,00	0,00	0,00
BA2370	B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	62.444.271,45	59.456.325,00	2.987.946,45
BA2380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	61.434.794,08	58.348.000,00	3.086.794,08
BA2390	B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	857.706,06	1.108.325,00	-250.618,94
BA2400	B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	151.771,31	0,00	151.771,31
B08000	B.8) Personale del ruolo amministrativo	34.616.460,06	33.745.331,39	871.128,67
BA2420	B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	2.401.375,12	2.384.750,00	16.625,12
BA2430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	2.401.375,12	2.223.250,00	178.125,12
BA2440	B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	0,00	161.500,00	-161.500,00
BA2450	B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	0,00	0,00	0,00
BA2460	B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	32.215.084,94	31.360.581,39	854.503,55
BA2470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	31.532.714,69	31.093.000,00	439.714,69
BA2480	B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	467.515,43	182.581,39	284.934,04
BA2490	B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	214.854,82	85.000,00	129.854,82
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	6.797.173,28	7.500.000,00	-702.826,72
BA2510	B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	1.548.057,73	1.579.000,00	-30.942,27
BA2520	B.9.B) Perdite su crediti	0,00	10.000,00	-10.000,00
BA2530	B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	5.249.115,55	5.911.000,00	-661.884,45
BA2540	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	866.546,23	990.000,00	-123.453,77
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	4.382.569,32	4.921.000,00	-538.430,68
BA2560	Totale Ammortamenti	31.285.413,77	37.975.000,00	-6.689.586,23
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	896.291,17	1.475.000,00	-578.708,83
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	30.389.122,60	36.500.000,00	-6.110.877,40
BA2590	B.12) Ammortamento dei fabbricati	21.380.386,10	21.300.000,00	80.386,10
BA2600	B.12.A) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	0,00	0,00	0,00
BA2610	B.12.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	21.380.386,10	21.300.000,00	80.386,10
BA2620	B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	9.008.736,50	15.200.000,00	-6.191.263,50
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	832.807,52	25.000,00	807.807,52
BA2640	B.14.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	0,00	0,00	0,00
BA2650	B.14.B) Svalutazione dei crediti	832.807,52	25.000,00	807.807,52

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-2.065.284,19	0,00	-2.065.284,19
BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	-2.026.635,14	0,00	-2.026.635,14
BA2680	B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	-38.649,05	0,00	-38.649,05
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	42.314.935,49	5.750.000,00	36.564.935,49
BA2700	B.16.A) Accantonamenti per rischi	21.449.509,77	100.000,00	21.349.509,77
BA2710	B.16.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	0,00	100.000,00	-100.000,00
BA2720	B.16.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	0,00	0,00	0,00
BA2730	B.16.A.3) Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	0,00	0,00	0,00
BA2740	B.16.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	19.242.502,96	0,00	19.242.502,96
BA2750	B.16.A.5) Altri accantonamenti per rischi	2.207.006,81	0,00	2.207.006,81
BA2760	B.16.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	337.261,12	0,00	337.261,12
BA2770	B.16.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	13.343.054,75	0,00	13.343.054,75
BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	11.882.230,28	0,00	11.882.230,28
BA2790	B.16.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	298.161,13	0,00	298.161,13
BA2800	B.16.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca	949.230,63	0,00	949.230,63
BA2810	B.16.C.4) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati	213.432,71	0,00	213.432,71
BA2820	B.16.D) Altri accantonamenti	7.185.109,85	5.650.000,00	1.535.109,85
BA2830	B.16.D.1) Accantonamenti per interessi di mora	0,00	0,00	0,00
BA2840	B.16.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	0,00	0,00	0,00
BA2850	B.16.D.3) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	0,00	0,00	0,00
BA2860	B.16.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica	0,00	0,00	0,00
BA2870	B.16.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica	0,00	0,00	0,00
BA2880	B.16.D.6) Acc. Rinnovi contratt.: comparto	356.348,61	0,00	356.348,61
BA2890	B.16.D.7) Altri accantonamenti	6.828.761,24	5.650.000,00	1.178.761,24
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.286.797.602,61	1.246.124.691,60	40.672.911,01
	C) Proventi e oneri finanziari			
CA0010	C.1) Interessi attivi	77,07	13.000,00	-12.922,93
CA0020	C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria unica	0,00	0,00	0,00
CA0030	C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	77,07	13.000,00	-12.922,93
CA0040	C.1.C) Altri interessi attivi	0,00	0,00	0,00
CA0050	C.2) Altri proventi	15.151,20	22.000,00	-6.848,80
CA0060	C.2.A) Proventi da partecipazioni	0,00	0,00	0,00
CA0070	C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	0,00	0,00	0,00
CA0080	C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	0,00	0,00	0,00
CA0090	C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	15.151,20	22.000,00	-6.848,80
CA0100	C.2.E) Utili su cambi	0,00	0,00	0,00

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
CA0110	C.3) Interessi passivi	0,00	0,00	0,00
CA0120	C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	0,00	0,00	0,00
CA0130	C.3.B) Interessi passivi su mutui	0,00	0,00	0,00
CA0140	C.3.C) Altri interessi passivi	0,00	0,00	0,00
CA0150	C.4) Altri oneri	0,00	0,00	0,00
CA0160	C.4.A) Altri oneri finanziari	0,00	0,00	0,00
CA0170	C.4.B) Perdite su cambi	0,00	0,00	0,00
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	15.228,27	35.000,00	-19.771,73
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
DA0010	D.1) Rivalutazioni	685.658,50	450.000,00	235.658,50
DA0020	D.2) Svalutazioni	0,00	0,00	0,00
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	685.658,50	450.000,00	235.658,50
	E) Proventi e oneri straordinari			
EA0010	E.1) Proventi straordinari	17.978.857,31	14.500.000,00	3.478.857,31
EA0020	E.1.A) Plusvalenze	0,00	0,00	0,00
EA0030	E.1.B) Altri proventi straordinari	17.978.857,31	14.500.000,00	3.478.857,31
EA0040	E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	0,00	0,00	0,00
EA0050	E.1.B.2) Sopravvenienze attive	24.513,99	400.000,00	-375.486,01
EA0060	E.1.B.2.1) Sopravvenienze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
EA0070	E.1.B.2.2) Sopravvenienze attive v/terzi	24.513,99	400.000,00	-375.486,01
EA0080	E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	0,00	0,00	0,00
EA0090	E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	1.402,59	300.000,00	-298.597,41
EA0100	E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	0,00	0,00	0,00
EA0110	E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	0,00	0,00	0,00
EA0120	E.1.B.2.2.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	0,00	0,00	0,00
EA0130	E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	3.508,80	3.000,00	508,80
EA0140	E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	19.602,60	97.000,00	-77.397,40
EA0150	E.1.B.3) Insussistenze attive	17.954.343,32	14.100.000,00	3.854.343,32
EA0160	E.1.B.3.1) Insussistenze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
EA0170	E.1.B.3.2) Insussistenze attive v/terzi	17.954.343,32	14.100.000,00	3.854.343,32
EA0180	E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	0,00	0,00	0,00
EA0190	E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale	3.997.228,77	0,00	3.997.228,77
EA0200	E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	0,00	0,00	0,00
EA0210	E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	0,00	0,00	0,00
EA0220	E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	0,00	0,00	0,00
EA0230	E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	1.551.197,98	600.000,00	951.197,98
EA0240	E.1.B.3.2.G) Altre insussistenze attive v/terzi	12.405.916,57	13.500.000,00	-1.094.083,43

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
EA0250	E.1.B.4) Altri proventi straordinari	0,00	0,00	0,00
EA0260	E.2) Oneri straordinari	7.330.675,73	0,00	7.330.675,73
EA0270	E.2.A) Minusvalenze	4.428.827,41	0,00	4.428.827,41
EA0280	E.2.B) Altri oneri straordinari	2.901.848,32	0,00	2.901.848,32
EA0290	E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	0,00	0,00	0,00
EA0300	E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali	0,00	0,00	0,00
EA0310	E.2.B.3) Sopravvenienze passive	2.643.268,06	0,00	2.643.268,06
EA0320	E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
EA0330	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale	0,00	0,00	0,00
EA0340	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
EA0350	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	2.643.268,06	0,00	2.643.268,06
EA0360	E.2.B.3.2.A) Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	0,00	0,00	0,00
EA0370	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	639.938,72	0,00	639.938,72
EA0380	E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	90.177,92	0,00	90.177,92
EA0390	E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	2.748,90	0,00	2.748,90
EA0400	E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	547.011,90	0,00	547.011,90
EA0410	E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	0,00	0,00	0,00
EA0420	E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	4,00	0,00	4,00
EA0430	E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	851.052,72	0,00	851.052,72
EA0440	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	1.139.545,11	0,00	1.139.545,11
EA0450	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	12.727,51	0,00	12.727,51
EA0460	E.2.B.4) Insussistenze passive	258.580,26	0,00	258.580,26
EA0470	E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00	0,00	0,00
EA0480	E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi	258.580,26	0,00	258.580,26
EA0490	E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	0,00	0,00	0,00
EA0500	E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	199,81	0,00	199,81
EA0510	E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	0,00	0,00	0,00
EA0520	E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	0,00	0,00	0,00
EA0530	E.2.B.4.2.E) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	0,00	0,00	0,00
EA0540	E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	7.814,90	0,00	7.814,90
EA0550	E.2.B.4.2.G) Altre insussistenze passive v/terzi	250.565,55	0,00	250.565,55
EA0560	E.2.B.5) Altri oneri straordinari	0,00	0,00	0,00
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	10.648.181,58	14.500.000,00	-3.851.818,42

CODICE CE	VOCE MODELLO CE	Esercizio 2017	Esercizio 2017 PREVISIONALE	Differenza
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	29.902.475,16	29.565.720,00	336.755,16
	Imposte e tasse			
YA0010	Y.1) IRAP	29.426.072,71	29.115.720,00	310.352,71
YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	28.086.214,94	27.800.720,00	285.494,94
YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	643.089,96	735.000,00	-91.910,04
YA0040	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	696.767,81	580.000,00	116.767,81
YA0050	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale	0,00	0,00	0,00
YA0060	Y.2) IRES	389.025,00	450.000,00	-60.975,00
YA0070	Y.2.A) IRES su attività istituzionale	389.025,00	450.000,00	-60.975,00
YA0080	Y.2.B) IRES su attività commerciale	0,00	0,00	0,00
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00
YZ9999	Totale imposte e tasse	29.815.097,71	29.565.720,00	249.377,71
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	87.377,45	0,00	87.377,45

Dal confronto dei valori dei ricavi e costi, tra il documento previsionale iniziale ed il consuntivo finale, emerge una differenza di +48,3 milioni di euro (compresa la componente straordinaria). Si evidenzia, preliminarmente, che il bilancio di previsione è storicamente formulato in coerenza con la deliberazione di riparto del Fondo Sanitario Provinciale e nella logica del pareggio di bilancio, quindi, nel caso in cui la Giunta provinciale provveda successivamente ad integrare le risorse, il delta tra il dato previsionale e quello di consuntivo diventa una conseguenza immediata, tenuto conto che l'Azienda è un Ente strumentale della PAT a sostanziale finanza derivata. Sul fronte dei ricavi propri è, invece, il principio civilistico di prudenza di cui all'art. 2.423 bis del c.c. che indica come i ricavi debbano essere iscritti al relativo bilancio, solo se realizzati entro la data di chiusura dello stesso periodo.

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 2.413 di data 20 dicembre 2016 sono state approvate le disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2017-2019. Con successivi provvedimenti dell'esecutivo provinciale (deliberazioni di G.P. n. 696 di data 05/05/2017, n. 1.775 del 27/10/2017 e n. 2.346 di data 28/12/2017) il finanziamento è stato integrato, tenuto anche conto della contabilizzazione nel valore della produzione 2017 del risconto passivo 2016 per l'assegnazione all'APSS in conto anticipo sulla gestione 2017 della somma di euro 9.300.000 per la copertura del canone per il funzionamento del Centro di Protonterapia dell'esercizio 2017.

Con i provvedimenti sopra menzionati, la Giunta provinciale ha nel complesso integrato il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale di parte corrente dell'esercizio 2017 per 27,48 milioni di euro, a cui la deliberazione di G.P. 2.346/2017 ha aggiunto € 0,5 milioni per la copertura dei saldi pregressi di mobilità sanitaria interregionale.

Il finanziamento integrativo, definitivamente assestato con la citata deliberazione di G.P. 2.346/2017 disposto a fine esercizio dall'esecutivo provinciale, ha coperto i maggiori oneri per il rinnovo del contratto del personale dipendente, rideterminato i tetti di spesa sulla base dell'evoluzione dei principali aggregati funzionali, integrato il finanziamento degli acquisti di beni e servizi sanitari in ragione dei dati di preconsuntivo presentati rispetto alla situazione del 30 giugno e del 30 settembre, come previsto dalle direttive provinciali.

In particolare, sul fronte dei costi, le principali variazioni registrate a consuntivo hanno riguardato le seguenti voci:

- € 36,6 milioni per gli accantonamenti dell'esercizio, tenuto conto del fondo per la copertura diretta dei rischi (autoassicurazione), ex Legge Gelli n. 24/2017, pari ad € 19.242.503= e la contabilizzazione delle quote di finanziamento vincolate, ma non utilizzate nel corso dell'esercizio 2017, per € 13.343.054=;
- € 11,2 milioni per il personale dipendente, la cui integrazione al finanziamento e la relativa rideterminazione del tetto di spesa è avvenuto con successiva deliberazione di G.P. n. 1.775/2017, in ragione delle dinamiche dettagliatamente descritte nel commento alla macrovoce del "costo del personale".

Le variazioni nelle voci di spesa sono essenzialmente quelle riconducibili al finanziamento aggiuntivo e all'applicazione delle nuove regole di armonizzazione dei bilanci pubblici e degli schemi di contabili ex D. Lgs. n. 118/2011 (per quanto riguarda, rispettivamente, l'utilizzo dei fondi per quote non impiegate dei contributi vincolati dell'esercizio precedente 2016, precedentemente regolate con la tecnica contabile del risconto passivo e le rettifiche dei contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti).

In conclusione la differenza tra previsionale e consuntivo è così sinteticamente rappresentata:

DIFFERENZA RICAVI		DIFFERENZA COSTI	
Valore della produzione	44,6	Costi della produzione	40,7
Rettifiche di valori	0,2	Oneri straordinari	7,3
Proventi straordinari	3,5	Imposte	0,3
Sommano	48,3	Sommano	48,3

5.9. FATTI DI RILIEVO INTERVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO

Non sono intervenuti fatti di rilievo, positivi o negativi, tra la data di chiusura dell'esercizio e la data di formazione e redazione del progetto di bilancio, tali da essere recepiti a bilancio, ovvero darne adeguata informativa nel presente documento o incidere sulla continuità aziendale.

Dal punto di vista gestionale, invece, dopo la chiusura dell'esercizio, per significatività del quadro di offerta del Servizio Sanitario Provinciale, si segnala che con deliberazione del Direttore Generale n. 37 del 29/01/2018 è stato sottoscritto un **accordo con il Centro Proton International per l'erogazione di trattamenti di protonterapia**. Questa partnership risponde alle finalità dell'obiettivo strategico della messa a regime della capacità di cura del Centro di Protonterapia, in particolare attraverso l'aumento del numero di casi, l'accrescimento e l'ottimizzazione dell'attività e dell'attrattività, anche sul fronte internazionale.

Sempre in medesimo ambito, in data 20/04/2018 è stato sottoscritto il **protocollo tra APSS e l'Azienda ospedaliero universitaria Meyer per la collaborazione in ambito oncologico pediatrico**, prevedendo percorsi dedicati per i pazienti inviati. La convenzione stabilisce inoltre lo sviluppo di programmi di ricerca congiunti in ambito oncologico pediatrico, con il coinvolgimento della radioterapia dell'Azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze.

Inoltre, con deliberazione di G.P. n. 427 del 16/3/2018 è stata aggiornata la **disciplina della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**, in base al principio di "salute in tutte le politiche", programma stralcio del programma sanitario e socio-sanitario provinciale di cui all'art. 13 della legge provinciale n. 16 del 2010, inerente al macro-obiettivo 3, "Un sistema sanitario con la persona al centro", e al macro-obiettivo 2, "Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute" (ambito "Scuola che promuove la salute"), anche sulla base dei criteri e dei limiti di erogazione uniformi fissati dai nuovi LEA.

Sempre in ambito normativo nazionale, con deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 12/02/2018 è stata approvata la procedura e la modulistica ai fini dell'applicazione delle disposizioni del decreto legge 73/2017 convertito in legge 119/2017, in materia di **prevenzione vaccinale**, per assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, nonché di garantire il conseguimento degli obiettivi prioritari del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017/2019.

Con deliberazione di G.P. n. 390 del 12/3/2018, è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, rep. atti n. 251/CSR di data 21 dicembre 2017 concernente **"Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue"**, nell'ottica di controllare l'utilizzo del sangue e dei suoi prodotti, di monitorare le richieste trasfusionali, al fine di razionalizzare i consumi, con conseguente sostenibilità del sistema trasfusionale provinciale e nazionale.

Con riferimento alle azioni di automazione, informatizzazione e semplificazione dei percorsi di promozione della salute attuata con "tradizionali" campagne di informazione, la deliberazione di G.P. n. 535 del 29/3/2018 ha approvato il **progetto "Trentino Salute: incentivazione sani stili di vita"** in attuazione del macro-obiettivo 1 "Più anni di vita in buona salute" del Piano per la Salute del Trentino 2015-2025. L'obiettivo del progetto è offrire a tutta la popolazione trentina calibrate proposte individuali di miglioramento per ottenere più sani stili di vita e supportando il cittadino in una logica di patient empowerment, oltre che con tecnologie innovative di tipo eHealth, anche con un sistema incentivante variegato coinvolgente, con diversi ruoli, anche soggetti non pubblici.

Inoltre, con deliberazione di G.P. n. 596 del 9/4/2018 è stata avviata la **sperimentazione dell'App TreC_FSE per l'accesso del cittadino a TreC e al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico**.

Infine, sul fronte organizzativo, con deliberazione del Direttore Generale n. 65 del 02/02/2018 è stato approvato il **nuovo assetto delle competenze dirigenziali** di cui all'art. 13 del Regolamento di organizzazione aziendale e delle indicazioni per l'**attribuzione di deleghe** di competenza ai Responsabili di Ufficio/Incarico Speciale e di deleghe di firma.

5.10 LA GESTIONE PATRIMONIALE

Nella relazione sulla gestione trova spazio una descrizione sintetica della consistenza dello Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2017, rimandando tutte le altre informazioni di dettaglio alla Nota Integrativa, ivi compresi i criteri e principi di valutazione e redazione, ai sensi del Decreto Legislativo n. 118/2011.

VOCI		Importi in Euro		Variazione 2017/2016		
		2017	2016	Importo	%	
A) IMMOBILIZZAZIONI						
I Immobilizzazioni immateriali		1.020.467	1.748.502	-728.035	-41,64%	
1) Costi d'impianto e di ampliamento		0	0	0	#DIV/0!	
2) Costi di ricerca e sviluppo		0	0	0	#DIV/0!	
3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere dell'ingegno		0	0	0	#DIV/0!	
4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti		0	0	0	#DIV/0!	
5) Altre immobilizzazioni immateriali		1.020.467	1.748.502	-728.035	-41,64%	
II Immobilizzazioni materiali		472.640.262	493.040.286	-20.400.024	-4,14%	
1) Terreni		3.108	3.108	0	0,00%	
a) Terreni disponibili		3.108	3.108	0	0,00%	
b) Terreni indisponibili		0	0	0	#DIV/0!	
2) Fabbricati		436.389.030	451.730.197	-15.341.167	-3,40%	
a) Fabbricati non strumentali (disponibili)		0	0	0	#DIV/0!	
b) Fabbricati strumentali (indisponibili)		436.389.030	451.730.197	-15.341.167	-3,40%	
3) Impianti e macchinari		0	0	0	#DIV/0!	
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche		6.283.132	10.254.654	-3.971.523	-38,73%	
5) Mobili e arredi		980.933	1.215.001	-234.068	-19,26%	
6) Automezzi		522.877	281.920	240.957	85,47%	
7) Oggetti d'arte		1.723.577	1.725.901	-2.324	-0,13%	
8) Altre immobilizzazioni materiali		7.210.714	7.465.248	-254.534	-3,41%	
9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti		19.526.892	20.364.257	-837.365	-4,11%	
III Immobilizzazioni finanziarie (con separata indicazione, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo)		42.994.603	39.144.672	3.849.931	9,84%	
1) Crediti finanziari	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi	42.994.603	39.144.672	3.849.931	9,84%
	1.529.461	41.465.142				
	0	0				
	0	0				
	0	0				
	1.529.461	41.465.142				
	2) Titoli	0				
a) Partecipazioni	0	0	0	#DIV/0!		
b) Altri titoli	0	0	0	#DIV/0!		
TOTALE A)		516.655.332	533.933.460	-17.278.128	-3,24%	
B) ATTIVO CIRCOLANTE						
I Rimanenze		25.716.183	23.865.312	1.850.871	7,76%	
1) Rimanenze beni sanitari		24.940.054	23.171.146	1.768.907	7,63%	
2) Rimanenze beni non sanitari		776.129	694.166	81.963	11,81%	
3) Acconti per acquisti beni sanitari		0	0	0	#DIV/0!	
4) Acconti per acquisti beni non sanitari		0	0	0	#DIV/0!	
II Crediti (con separata indicaz., per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)		343.749.377	306.775.925	36.973.452	12,05%	
1) Crediti v/Stato	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi	55.123.898	45.311.023	9.812.876	21,66%
	55.123.898	0				
	55.123.898	0				
	55.007.459	0				
	116.439	0				
	0	0				
	a) Crediti v/Stato - parte corrente	55.123.898				
1)Crediti v/Stato per spesa corrente e acconti	55.007.459	45.067.637	9.939.822	22,06%		
2)Crediti v/Stato - altro	116.439	0	116.439	#DIV/0!		
b) Crediti v/Stato - investimenti	0	0	0	#DIV/0!		

VOCI			Importi in €		Variazione 2017/2016	
			2017	2016	Importo	%
c) Crediti v/Stato - per ricerca	0	0	0	0	0	#DIV/0!
1) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca corrente	0	0	0	0	0	#DIV/0!
2) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0	0	0	0	0	#DIV/0!
3) Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali	0	0	0	0	0	#DIV/0!
4) Crediti v/Stato - investimenti per ricerca	0	0	0	0	0	#DIV/0!
d) Crediti v/prefetture	0	0	0	243.386	-243.386	-100,00%
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma	279.103.127	0	279.103.127	251.910.095	27.193.032	10,79%
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - parte corr.	79.093.926	0	79.093.926	71.174.894	7.919.032	11,13%
1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente	79.093.926	0	79.093.926	71.174.894	7.919.032	11,13%
a) Crediti v/Reg. o Prov. Aut. per finanz. sanit. ordinario corr.	63.345.621	0	63.345.621	55.281.89	8.064.432	14,59%
b) Crediti v/Reg. o Prov. Aut. per finanz. sanit. agg. Corr. LEA	0	0	0	0	0	#DIV/0!
c) Crediti v/Reg. o Prov. Aut. per finanz. san. agg. Corr. extra LEA	0	0	0	0	0	#DIV/0!
d) Crediti v/Reg. o Prov. Autonoma per spesa corr. - altro	15.748.305	0	15.748.305	15.893.705	-145.400	-0,91%
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca	0	0	0	0	0	#DIV/0!
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - patrimonio netto	200.009.201	0	200.009.201	180.735.201	19.274.000	10,66%
1) Crediti v/Reg. o Prov. Aut. per finanziamento per investimenti	200.009.201	0	200.009.201	180.735.201	19.274.000	10,66%
2) Crediti v/Reg. o Prov. Aut. per incremento fondo di dotazione	0	0	0	0	0	#DIV/0!
3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite	0	0	0	0	0	#DIV/0!
4) Crediti v/Reg. o Prov. Aut. per ricost. risorse da invest. eserc. preced.	0	0	0	0	0	#DIV/0!
3) Crediti v/Comuni	0	0	0	0	0	#DIV/0!
4) Crediti v/Aziende sanit. pubbl. e acconto quota FSR da distrib.	1.310.569	0	1.310.569	1.515.195	-204.626	-13,50%
a) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0	0	0	#DIV/0!
b) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione	1.310.569	0	1.310.569	1.515.195	-204.626	-13,50%
5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Reg.	0	0	0	0	0	#DIV/0!
6) Crediti v/Erario	332.323	0	332.323	197.088	135.235	68,62%
7) Crediti v/altri	7.848.588	30.872	7.879.460	7.842.524	36.936	0,47%
III Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			0	0	0	#DIV/0!
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni			0	0	0	#DIV/0!
2) Altri titoli che non costituiscono immobilizzazioni			0	0	0	#DIV/0!
IV Disponibilità liquide			79.473.306	107.205.472	-27.732.167	-25,87%
1) Cassa			154.771	140.770	14.001	9,95%
2) Istituto Tesoriere			79.129.299	106.889.692	-27.760.393	-25,97%
3) Tesoreria Unica			0	0	0	#DIV/0!
4) Conto corrente postale			189.236	175.010	14.226	8,13%
TOTALE B)			448.938.865	437.846.709	11.092.156	2,53%
C) RATEI E RISCOINTI ATTIVI						
I Ratei attivi			0	0	0	#DIV/0!
II Riscconti attivi			355.212	4.076.126	-3.720.913	-91,29%
TOTALE C)			355.212	4.076.126	-3.720.913	-91,29%
TOTALE ATTIVO (A + B + C)			965.949.410	975.856.295	-9.906.885	-1,02%
D) CONTI D'ORDINE						
D.1) Canoni di leasing ancora da pagare						
D.2) depositi cauzionali						
D.3) beni in comodato			37.984.215	37.549.293		
D.4) altri conti d'ordine						

VOCI			Importi in Euro		Variazione 2017/2016	
			2017	2016	Importo	%
A) PATRIMONIO NETTO						
I Fondo di dotazione			15.266.058	15.266.058	0	0,00%
II Finanziamenti per investimenti			533.229.291	551.062.963	-17.833.671	-3,24%
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione			143.084.797	155.615.266	-12.530.468	-8,05%
2) Finanziamenti da Stato per investimenti			0	0	0	
a) Finanziamenti da Stato ex art. 20 Legge 67/88			0	0	0	
b) Finanziamenti da Stato per ricerca			0	0	0	
c) Finanziamenti da Stato - altro			0	0	0	
3) Finanziamenti da Regione per investimenti			387.472.378	392.762.474	-5.290.096	-1,35%
4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti			2.572.116	2.685.223	-113.107	-4,21%
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio			100.000	0	100.000	
III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti			0	0	0	
IV Altre riserve			10.992.060	10.992.060	0	0,00%
V Contributi per ripiano perdite			0	0	0	
VI Utili (perdite) portati a nuovo			601.288	570.401	30.887	5,41%
VII Utile (perdita) dell'esercizio			87.377	30.887	56.490	182,89%
TOTALE A)			560.176.076	577.922.370	-17.746.294	-3,07%
B) FONDI PER RISCHI ED ONERI						
1) Fondi per imposte, anche differite			0	0	0	
2) Fondi per rischi			94.029.175	78.481.968	15.547.206	19,81%
3) Fondi da distribuire			0	968.478	-968.478	-100,00%
4) Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati			20.812.830	8.203.120	12.609.710	153,72%
5) Altri fondi oneri			17.307.259	16.911.147	396.112	2,34%
TOTALE B)			132.149.263	104.564.713	27.584.550	26,38%
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO						
1) Premi operosità			4.787.399	5.164.916	-377.517	-7,31%
2) TFR personale dipendente Fondi per rischi			255.090	257.668	-2.577	-1,00%
TOTALE C)			5.042.489	5.422.583	-380.094	-7,01%
D) DEBITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)						
	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi				
1) Mutui passivi	0	0	0	0	0	
2) Debiti v/Stato	62.937.702	0	62.937.702	63.746.378	-808.676	-1,27%
3) Debiti v/Regione o Provincia Autonoma	4.974.400	0	4.974.400	5.055.738	-81.338	-1,61%
4) Debiti v/Comuni	575.237	0	575.237	1.111.287	-536.050	-48,24%
5) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche	660.728	0	660.728	388.298	272.431	70,16%
a) Deb. v/az. San. Pubbl. della Reg. per spesa corrente e mobilità	0	0	0	0	0	
b) Deb. v/az. San. Pubbl. della Reg. per finaz. san. agg. Corr. LEA	0	0	0	0	0	
c) Deb. v/az. San. Pubbl. della Reg. per finaz. san. agg. Corr. extra LEA	0	0	0	0	0	
d) Deb. v/aziende Sanitarie Pubbl. della Reg. per altre prestazioni	0	0	0	0	0	
e) Deb. v/az. San. Pubbl. della Reg. per vers. a Patrimonio Netto	0	0	0	0	0	
f) Debiti v/aziende sanitaire pubbliche fuori Regione	660.728	0	660.728	388.298	272.431	70,16%
6) Debiti v/società partecip. e/o enti dipend. della Regione	0	0	0	0	0	
VOCI			Importi in Euro		Variazione 2017/2016	
			2017	2016	Importo	%
7) Debiti v/fornitori	83.576.364	0	83.576.364	80.337.912	3.238.451	4,03%
8) Debiti v/Istituto Tesoriere	0	0	0	0	0	
9) Debiti tributari	17.089.206	0	17.089.206	19.113.133	-2.023.927	-10,59%
10) Debiti v/altri finanziatori	0	0	0	0	0	
11) Debiti v/istituti previdenz., assistenziali e sicurezza sociale	16.196.949	0	16.196.949	15.396.752	800.197	5,20%
12) Debiti v/altri	72.730.114	398.639	73.128.753	83.784.187	-10.655.434	-12,72%
TOTALE D)			259.139.338	268.933.685	-9.794.347	-3,64%
E) RATEI E RISCOINTI PASSIVI						
I Ratei Passivi			112.243	362.944	-250.700	-69,07%
II Risconti passivi			9.330.000	18.650.000	-9.320.000	-49,97%
TOTALE E)			9.442.243	19.012.944	-9.570.700	-50,34%
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A + B + C + D + E)			965.949.410	975.856.295	-9.906.885	-1,02%
F) CONTI D'ORDINE						
F.1) Canoni leasing ancora da pagare			202.928.398	202.445.280		
F.2) Depositi cauzionali						
F.3) Beni in comodato						
F.4) Altri conti d'ordine						

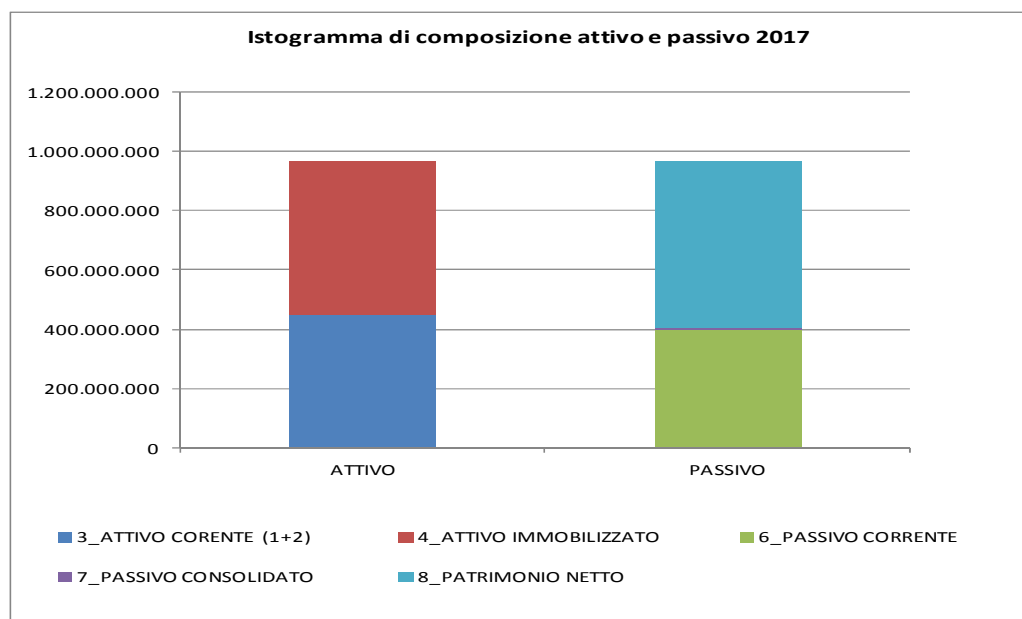
Viene nel seguito presentata una tabella attestante i valori dei principali raggruppamenti patrimoniali e a seguire alcune riclassificazioni ed elementi di analisi per indici.

STATO PATRIMONIALE SINTETICO AL 31.12.2017

STATO PATRIMONIALE	ATTIVO		PASSIVO	
	2017	2016	2017	2016
IMMOBILIZZAZIONI	516.655.332	533.933.460		
ATTIVO CIRCOLANTE	448.938.865	437.846.709		
RATEI E RISCONTI ATTIVI	355.213	4.076.126		
PATRIMONIO NETTO			560.176.076	577.922.370
FONDI PER RISCHI E ONERI			132.149.263	104.564.713
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO			5.042.489	5.422.583
DEBITI			259.139.338	268.933.685
RATEI E RISCONTI PASSIVI			9.442.243	19.012.944
Arrofondamenti			1	0
TOTALE	965.949.410	975.856.295	965.949.410	975.856.295

Nella riclassificazione dello Stato patrimoniale secondo il criterio finanziario, che viene presentata nella tabella riportata nella pagina successiva, i valori patrimoniali sono classificati secondo il loro tempo di trasformazione in liquidità per gli elementi dell'attivo, e di assorbimento di risorse finanziarie per estinzione degli elementi del passivo.

Da una prima analisi dei dati 2017, evidenziati anche dall'istogramma che segue, emerge chiaramente che la struttura delle liquidità e delle attività a breve termine (449 milioni di €) è largamente sufficiente a coprire le passività correnti (400 milioni di €), andando quindi a garantire anche parte di passivo consolidato.



Stato Patrimoniale Consolidato Riclassificato con criterio finanziario			
Codice SP	VOCE MODELLO SP	2017	2016
1	LIQUIDITA'	423.547.023,07	417.935.796,20
1.1	LIQUIDITA' IMMEDIATE	79.473.305,60	107.205.472,38
1.1.1	ABA720 (B.III) ATTIVITA' FINANZIARIE CHE NON COSTITUISCONO IMMOBILIZZAZIONI	0,00	0,00
1.1.2	ABA750 (B.IV) DISPONIBILITA' LIQUIDE	79.473.305,60	107.205.472,38
1.2	LIQUIDITA' DIFFERITE	344.073.717,47	310.730.323,82
1.2.1	Crediti entro 12 mesi (della voce B.II SP ATTIVO)	343.718.505,00	306.654.198,00
1.2.2	ACZ999 (C) RATEI E RISCONTI ATTIVI	355.212,47	4.076.125,82
2	DISPONIBILITA' (VOCE B.I, SP ATTIVO)	25.716.182,81	23.865.312,27
2.1	ABA010 (B.I.1) Rimanenze beni sanitari	24.940.053,53	23.171.146,39
2.2	ABA110 (B.I.2) Rimanenze beni non sanitari	776.129,28	694.165,88
3	ATTIVO CORRENTE (1+2)	449.263.205,88	441.801.108,47
4	ATTIVO IMMOBILIZZATO	516.686.203,80	534.055.186,33
4.1	AAA000 (A.I) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.020.467,35	1.748.502,36
4.2	AAA270 (A.II) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	472.640.261,84	493.040.285,60
4.3	AAA640 (A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	42.994.602,74	39.144.671,58
4.4	Crediti oltre 12 mesi (della voce B.II SP ATTIVO)	30.871,87	121.726,79
5	TOTALE IMPIEGHI o CAPITALE INVESTITO (3+4)	965.949.409,68	975.856.294,80
6	PASSIVO CORRENTE	400.332.205,66	392.478.259,97
6.1	PBZ999 (B) FONDI PER RISCHI E ONERI	132.149.263,48	104.564.713,41
6.2	Debiti entro 12 mesi (Voce D, SP PASSIVO)	258.740.699,00	268.900.603,00
6.3	PEZ999 (E) RATEI E RISCONTI PASSIVI	9.442.243,18	19.012.943,56
7	PASSIVO CONSOLIDATO	5.441.128,16	5.455.665,06
7.1	Debiti oltre i 12 mesi (Voce D, SP PASSIVO)	398.639,00	33.082,00
7.2	PCZ999 (C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	5.042.489,16	5.422.583,06
8	PAZ999 (A) PATRIMONIO NETTO	560.176.075,86	577.922.369,77
8.1	PAA000 (A.I) FONDO DI DOTAZIONE	15.266.058,38	15.266.058,38
8.2	PAA010 (A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	532.492.238,57	551.062.962,70
8.3	PAA100 (A.III) RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	737.052,77	0,00
8.4	PAA110 (A.IV) ALTRE RISERVE	10.992.060,37	10.992.060,37
8.5	PAA170 (A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	0,00	0,00
8.6	PAA210 (A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	601.288,32	570.401,22
8.7	PAA220 (A.VII) UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	87.377,45	30.887,10
9	TOTALE FONTI DI FINANZIAMENTO (6+7+8)	965.949.409,68	975.856.294,80
10	CAPITALE DI TERZI (6+7)	405.773.333,82	397.933.925,03

La struttura patrimoniale così rappresentata, supportata anche dalla rappresentazione grafica nella forma dell'istogramma, dà evidenza dell'equilibrio finanziario e della solidità patrimoniale in cui si trova APSS (nella sostanza invariata dal 2016)

A tale analisi è opportuno affiancare anche lo studio di alcuni indici complementari, al fine di dare riscontro ulteriore della solidità patrimoniale aziendale:

- Indice di disponibilità: L'indice misura la capacità dell'azienda di assolvere ai propri impegni di breve termine, attraverso l'utilizzo delle proprie attività liquide o immediatamente liquidabili. L'attivo corrente è composto dalla somma delle rimanenze e delle liquidità, queste ultime intese come il denaro, i valori in cassa, gli assegni, i conti correnti attivi, le attività finanziarie a breve termine, i crediti esigibili entro l'esercizio successivo e i ratei e risconti attivi. Mentre il passivo corrente è formato dalle fonti che presentano una scadenza entro l'esercizio successivo.

Modalità di costruzione:
$$\frac{\text{Attivo Corrente}}{\text{Passivo Corrente}}$$

Valore obiettivo ≥ 1

Anno 2017: 1.67

Anno 2016: 1.53

- Indice di rigidità degli impieghi: L'indice consente di approfondire l'analisi sulla composizione degli impieghi e tende ad evidenziare il grado di rigidità o di elasticità del patrimonio, rilevando così la capacità dell'azienda di adattarsi ai cambiamenti delle condizioni operative interne ed esterne.

Modalità di costruzione:
$$\frac{\text{Immobilizzazioni (A)} + \text{Crediti a m/l Termine}}{\text{Totale Attivo (TA)}}$$

Valore Obiettivo: per valori compresi tra il 30% e il 70%, la struttura finanziaria si mostra mediamente o abbastanza in grado di reagire

Anno 2017: 53%

Anno 2016: 55%

- Indice di copertura finanziaria dell'attivo immobilizzato: l'indice consente di monitorare la sostenibilità dell'indebitamento e il rispetto del vincolo dell'equilibrio patrimoniale da parte dell'azienda nel corso del tempo. Si calcola in base al rapporto tra le fonti consolidate e l'attivo immobilizzato, e spiega il grado di copertura degli investimenti durevoli per mezzo dei finanziamenti istituzionali propri dell'azienda e dei mezzi di terzi di medio e lungo periodo.

Modalità di costruzione:
$$\frac{\text{Patrimonio Netto} + \text{Passivo Consolidato}}{\text{Immobilizzazioni (A)}}$$

Valore Obiettivo: ≥ 1

Anno 2017: 1,09

Anno 2016: 1,09

Di particolare interesse, relativamente alla struttura immobilizzata dell'azienda, è anche il seguente indice che, letto in concomitanza con l'andamento degli investimenti, dà evidenza di una parte patrimoniale immobilizzata che necessita di interventi di rinnovamento in ragione dell'ormai evidente imminente chiusura del ciclo di ammortamento e collegata obsolescenza tecnologica:

- Indice di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali: L'indice di obsolescenza segnala le situazioni in cui risulta necessario provvedere ad un rinnovamento; può risentire di particolari casistiche in cui è elevato il ricorso da parte dell'azienda a contratti di Leasing o di Global Service relativi ad immobilizzazioni che possono così inficiare il valore informativo dell'indicatore stesso.

Modalità di costruzione: Fondo di Ammortamento
Costo Storico

Valore Obiettivo: = 50% per dare evidenza di un patrimonio immobilizzato non obsoleto

Anno 2017 analizzato per le principali categorie di attivo immobilizzato:

fabbricati: 38,67%

impianti e macchinari: 100%

attrezzature sanitarie: 95,92%

mobili e arredi: 96,56%

automezzi: 93,30%

di cui ambulanze: 95,72%

A seguire viene dato un sintetico riscontro degli investimenti sul patrimonio immobiliare e sulle attrezzature effettuati nel 2017.

Per quanto riguarda gli interventi manutentivi dell'esercizio 2017 maggiormente rilevanti effettuati sul patrimonio immobiliare, si evidenziano nella tabella sottostante, quelli trasmessi alla PAT:

DESCRIZIONE LAVORI IN FASE DI <u>PROGETTAZIONE</u> NELL'ESERCIZIO 2017	IMPORTO
BORGIO VALSUGANA - Ristrutturazione ed ampliamento Edificio Principale	16.300.000,00
PREDAZZO - Realizzazione della Casa della Salute a Predazzo	2.700.000,00
TRENTO - Ristrutturazione edilizia della porzione Est della p.ed 1714 C.C. di Trento "Ex convento suore di Maria Bambina"	4.500.000,00
ALA - Casa della Salute	3.770.000,00
TRENTO - Impianto protezione scariche atmosferiche presso il P.O. S.Chiera di Trento	1.989.000,00
Lavori per l'installazione di una nuova RMN e la ricollocazione della segreteria dell'U.O. Diagnostica presso il presidio ospedaliero Santa Maria del Carmine di Rovereto	1.071.000,00
TOTALE	€ 30.330.000,00

DESCRIZIONE LAVORI IN FASE DI <u>ATTUAZIONE</u> NELL'ESERCIZIO 2017	IMPORTO
ROVERETO - Nuova dialisi presso l'ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto	2.800.000,00
TRENTO - Adeguamento antincendio P.O. S. Chiara di Trento - 1° Intervento	2.160.000,00
TIONE - Pronto Soccorso	2.164.000,00
ROVERETO - Sala Operatoria, Nido e Locali di Supporto	4.190.000,00
ROVERETO - Riqualificazione dell'8° Piano Edificio Degenze	5.630.403,88
TIONE - Progetto per la riorganizzazione della struttura sanitaria mandamentale di Tione - II° lotto	18.146.799,18
TOTALE	€ 35.091.203,06

DESCRIZIONE LAVORI <u>CONCLUSI</u> NELL'ESERCIZIO 2017	IMPORTO
TRENTO - Riqualificazione energetica dell'involucro edilizio presso il Centro Servizi Sanitari	1.341.877,65
TOTALE	€ 1.341.877,65

TOTALE COMPLESSIVO	€ 66.763.080,71
---------------------------	------------------------

DESCRIZIONE LAVORI <u>SOSPESI O NON ATTUABILI</u> EVIDENZIATI NELL'ESERCIZIO 2017	IMPORTO
ROVERETO - Realizzazione sede per le attività amministrative e territoriali del distretto mediante il recupero urbanistico dell'area ex Bimac in Rovereto	13.990.000,00
ALA - Risanamento conservativo ex convitto comunale "S. Pellico" per studentato universitario	7.760.000,00
ALA - Riorganizzazione funzionale Centro per i Servizi Sanitari	2.900.000,00
TOTALE	€ 24.650.000,00

Si evidenziano nelle tabelle seguenti le principali attrezzature sanitarie, per assistenza protesica e gli altri beni acquistati e rendicontati alla PAT nell'ambito del piano degli investimenti.

Tra gli acquisti si citano, per significatività, quelli con valore superiore ad € 2.000:

Apparecchiature sanitarie (valore maggiore ad € 2.000)	Valore
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	119.280,00
RADIOLOGIA, APPARECCHIO	66.965,80
SINTETIZZATORE DI PEPTIDI	53.680,00
CROMATOGRAFO SU COLONNA DI GEL	51.240,00
SISTEMA POSIZIONAMENTO PAZIENTE PER RADIOTERAPIA	48.068,00
SONDA ECOGRAFICA	46.970,00
LAMPADA A FESSURA	42.077,80
ECOTOMOGRFO	36.234,00
MICROSCOPIO OPERATORIO	33.550,00
TAVOLO OPERATORIO	29.280,00
LAMPADA SCIALITICA	27.341,42
RIUNITO OFTALMOLOGICO	22.936,00
DIVARICATORE ADDOMINALE	20.701,50
ANALISI SFORZO, SISTEMA PER	20.000,00
MANIPOLO MOTORIZZATO PER CHIRURGIA ORTOPEDICA	19.798,00
OSMOMETRO	19.459,00
LAVAGGIO E TERMODISINFEZIONE, APPARECCHIO	18.980,02
CRIOCHIRURGIA, APPARECCHIO	16.854,30
BIOMETRO OTTICO COMPUTERIZZATO	16.714,00
MANIPOLO MOTORIZZATO PER CHIRURGIA ORTOPEDICA	16.000,00
SONDA ECOGRAFICA	16.000,00
WORKSTATION DIAGNOSTICA PER IMMAGINI RIS PAC 4 MP	15.860,00
ECOTOMOGRFO	15.616,00
ECOTOMOGRFO PORTATILE	14.640,00
LAVAGGIO E TERMODISINFEZIONE, APPARECCHIO	13.819,67
LAMPADA SCIALITICA	13.725,00
ELETTROCARDIOGRFO	13.417,56

Apparecchiature sanitarie (valore maggiore ad € 2.000)	Valore
MONITOR PER SISTEMI MEDICI	12.778,89
ECOTOMOGRFO	11.878,14
MICROINFUSORE DI INSULINA	11.349,52
LAVAGGIO E TERMODISINFEZIONE, APPARECCHIO	11.290,73
STRUMENTAZ. SIST.MOTORIZZATO CHIRURGIA ORTOPEDICA	11.081,58
PEDANA A NASTRO MOBILE	11.000,00
CENTRIFUGA	10.492,00
PENSILE PER SALA OPERATORIA	10.394,40
SEGA PER ORTOPEDIA	10.000,00
LAVAGGIO E TERMODISINFEZIONE, APPARECCHIO	9.941,05
STERNOTOMO	9.790,50
MONITOR MULTIPARAMETRICO MOD. 00213	9.058,50
VENTILATORE POLMONARE INFANT FLOW SIPAP CAREFUSION	8.967,00
SCALDASACCHE A SECCO WARMING CENTER II	8.784,00
RIUNITO DENTISTICO	8.247,20
SOLLEVAMENTO MALATI, APPARECCHIO	7.758,40
LAMPADA SCIALITICA	7.600,60
FRIGORIFERO PER MEDICINALI	7.161,40
LAVAGGIO E TERMODISINFEZIONE, APPARECCHIO	6.490,64
ELETTROCARDIOGRFO	6.470,88
CENTRALE MONITORAGGIO	6.456,24
MICROINFUSORE DI INSULINA	6.240,00
MONITOR MULTIPARAMETRICO	6.222,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	6.097,52
MICROINFUSORE DI INSULINA	6.097,52
CONSOLLE	5.787,68
VENTILATORE POLMONARE	5.721,80
MICROINFUSORE PORTATILE	5.720,00
MOTORE CANNULATO AD ARIA COMPRESSA COD. 511.701	5.612,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	5.252,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	5.252,00
MANOMETRIA GASTROENTEROLOGICA, APPARECCHIO	4.880,00
POMPA DI INFUSIONE	4.758,00
POMPA A SIRINGA	4.758,00
FRIGORIFERO PER MEDICINALI	4.636,00
UMIDIFICATORE	4.538,40
FRIGORIFERO BIOLOGICO	4.511,56
ECOTOMOGRFO	4.479,84

Apparecchiature sanitarie (valore maggiore ad € 2.000)	Valore
ECOTOMOGRFO PORTATILE	4.479,84
ASPIRATORE MEDICO CHIRURGICO	4.392,00
FRIGORIFERO PER MEDICINALI	4.270,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	4.264,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	4.264,00
MONITOR MULTIPARAMETRICO	4.084,68
REGISTRATORE HOLTER DELLA PRESSIONE SANGUIGNA	4.026,00
CENTRALE MONITORAGGIO	4.026,00
TRAPANO ORTOPEDICO	4.000,00
SPARAFILI	4.000,00
ASPIRATORE MEDICO CHIRURGICO	3.846,66
ECOTOMOGRFO PORTATILE	3.678,30
SONDA ECOGRAFICA	3.611,20
MODULO ACQUISIZIONE DATI BIOMEDICI	3.538,00
LETTO PER TERAPIA E/O VISITA	3.513,60
ELETTROCARDIOGRFO	3.354,39
ELETTROCARDIOGRFO	3.354,39
CENTRALE MONITORAGGIO	3.129,91
ECOTOMOGRFO	2.963,99
STRUMENTAZ. SIST.MOTORIZZATO CHIRURGIA ORTOPEDICA	2.931,38
STRUMENTAZ. SIST.MOTORIZZATO CHIRURGIA ORTOPEDICA	2.864,26
CICLO PER USI FISIOTERAPICI E/O DIAGNOSTICI	2.758,42
SEGA PER GESSI	2.721,70
EMOVELOCIMETRO DOPPLER	2.562,00
CASSETTA PER LENTI DI PROVA	2.449,76
ECOTOMOGRFO PORTATILE	2.440,00
SEGA PER ORTOPEDIA	2.400,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	2.288,00
MICROINFUSORE DI INSULINA	2.288,00
MONITORAGGIO DELLA GLICEMIA, SISTEMA	2.288,00
LAMPADA SCIALITICA	2.244,80
MONITOR PER SISTEMI MEDICI	2.196,00
FLUSSIMETRO PER GAS	2.135,00
SPIROMETRO	2.013,00
TOTALE	1.226.141,34
Attrezzature per assistenza protesica (valore maggiore ad € 2.000)	Valore
PRESSIONE POSITIVA CONTINUA, APPARECCHIO	16.744,00
PRESSIONE POSITIVA CONTINUA, APPARECCHIO	11.960,00

Attrezzature per assistenza protesica (valore maggiore ad € 2.000)	Valore
PRESSIONE POSITIVA CONTINUA, APPARECCHIO	9.568,00
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	6.323,20
SISTEMA AUSILIARIO DI PROPULSIONE PER CARROZZINE	5.110,56
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	4.218,24
UMIDIFICATORE	3.887,00
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.698,03
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.629,60
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.582,90
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.407,04
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.151,20
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.151,20
KIT DI MOTORIZZAZIONE UNIVERSALE PER CARROZZINE	3.116,88
UMIDIFICATORE	3.109,60
TOTALE	84.657,45

Altri beni	Valore
MOBILI ED ARREDI	262.525,04
AMBULANZE	187.758,00
AUTOVETTURE	241.047,22
ATTREZZATURE INFORMATICHE HARDWARE	204.455,87
ATTREZZATURE DI CUCINA E MENSA	133.506,21
ATTREZZATURA TECNICO ECONOMALE	176.867,77
ATTREZZATURE DI LAVANDERIA, PULIZIA	12.326,65
TOTALE	1.218.486,76

Per concludere l'analisi della gestione patrimoniale, sono di interesse alcuni indici atti a dare evidenza della gestione finanziaria dell'Azienda:

- Indicatore di tempestività dei pagamenti: indice oggetto di obbligo di pubblicazione nel sito aziendale – area Amministrazione trasparente ai sensi del Decreto legislativo 14/3/2013 n. 33 artt. 33. Tale indice viene calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di invio del flusso di pagamento all'istituto tesoriere, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dal DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nella circolare n. 22 del 22/07/2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

Valore Obiettivo: 0 (indice di rispetto delle scadenze di pagamento)

Anno 2017: -7,23

Anno 2016: -9,05

- Durata media dei debiti verso fornitori: È un ulteriore indice di durata finalizzato al monitoraggio delle performance di pagamento, speculare rispetto al DSO (Days of Sales Outstanding) generalmente utilizzato dai fornitori del SSN. In particolare, tale rapporto consente di investigare il tempo medio intercorrente tra il sorgere del debito e il pagamento del medesimo. Per stabilire i valori critici si deve ricorrere alla normativa vigente, che impone alle aziende sanitarie pubbliche (D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 art. 1, comma 5) di liquidare i propri debiti mediamente entro 60 gg.

Modalità di costruzione:
$$\frac{\text{debiti verso fornitori} * 360}{\text{acquisto di beni e servizi}}$$

(particolari voci selezionate di Conto Economico)

Valore Obiettivo: 60gg

Anno 2017: 62,32 gg

Anno 2016: 58,89 gg

La lettura congiunta dell'indicatore di tempestività dei pagamenti e della durata media dei debiti dà riscontro della ferma volontà aziendale di rispettare gli impegni presi nei confronti dei terzi che operano quali partner nella produzione di beni e servizi sanitari che l'APSS offre agli utenti.

A tali indici va associata anche la lettura dell'attestazione dei tempi di pagamento, allegata alla presente relazione quale integrazione informativa derivante dall'obbligo normativo di cui all'art. 41 della legge 89/2014.

Dall'interpretazione delle informazioni rese circa la gestione finanziaria aziendale, emerge che la complessità aziendale (oltre 125mila fatture processate nel 2017 con circa 101mila mandati di pagamento emessi) è comunque fortemente orientata, pur nel rigore delle direttive e nella volontà di esser adempienti, al bilanciamento tra gli obiettivi di pagamento entro i termini legislativi e le procedure di controllo previste per il regolare pagamento del dovuto. Ciò che apparentemente sembra differire da tale interpretazione è quanto emerge dalla attestazione in precedenza menzionata, per la lettura della quale è necessario considerare che i valori espressi per i documenti pagati oltre termine sono rilevati dal gestionale contabile che non traccia, al momento, l'interruzione dei termini di pagamento legati all'elevazione delle contestazioni al fornitore, pertanto sono evidentemente in parte falsati da tale mancata informazione. Similmente non sono tracciati adeguatamente i termini temporali per la gestione delle forniture di beni durevoli per i quali il termine di pagamento della fattura è condizionato dalla data di collaudo (nel valore complessivo dei documenti pagati oltre termine vi sono oltre 8 mil di euro di fatture relative a forniture in c/capitale).

Nella volontà di migliorare l'informativa verso l'esterno, sarà impegno delle strutture aziendali interessate la valutazione delle azioni da implementare nel sistema amministrativo-contabile atte a tenere traccia delle sospensioni dei termini di pagamento legate a contestazioni o a collaudi, oltre alla verifica della corretta gestione a sistema delle scadenze contrattuali sulla base delle quali emergono, ad oggi, i pagamenti oltre termine individuati nell'attestazione che segue.

ATTESTAZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 41, comma 1, del Decreto Legge n. 66 del 24 aprile 2014 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale", convertito con modificazioni dalla Legge n. 89 del 23 giugno 2014, il quale stabilisce che a decorrere dall'esercizio 2014 alle relazioni ai bilanci consuntivi e di esercizio delle amministrazioni pubbliche, di cui all'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, è allegato un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale e dal responsabile finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo n. 231 del 9 ottobre 2002, nonché l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, di cui all'articolo 33 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013,

si attesta quanto segue:

- L'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali, identificati dal valore delle fatture elettroniche pagate nel corso dell'esercizio 2017, dopo la scadenza dei termini previsti dal Decreto Legislativo n. 231 del 9 ottobre 2002, risulta essere stato pari a € 88.477.290,26 su un totale di € 561.181.889,09, ovvero il 15,7%.

La maggior incidenza dei ritardi nei pagamenti del 2017 (€ 69.551.828,16 ossia circa il 79%) ricadono nel range tra 1 e 30 gg (ritardo in parte fisiologico per la gestione della mole di pagamenti dell'Azienda), mentre i valori con ritardi maggiori discendono principalmente da risoluzione di contestazioni sollevate e conseguente pagamento del dovuto (contestazioni che, al momento, non vengono tracciate in procedura contabile e pertanto inficiano il conteggio dei giorni di ritardo).

In conclusione, si può affermare che alla luce dell'attuale situazione finanziaria dell'Azienda, le fatture certe, liquide ed esigibili vengono pagate nei limiti di quanto stabilito dalla legge o, al più, con pochi giorni di ritardo riferibili in buon parte alle complesse procedure di liquidazione delle stesse.

- L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti 2017, di cui all'articolo 33 del Decreto Legislativo n. 33/2013, calcolato secondo le indicazioni fornite dal D.P.C.M. 22/09/2014, risulta essere pari a -7,23 giorni di tempo medio ponderato di ritardato pagamento rispetto alle scadenze di cui al Decreto Legislativo n. 231/2002 in quanto oltre l'84,3% dei pagamenti è stato effettuato entro le scadenze previste.

Il Direttore Servizio Finanza, Bilancio e Contabilità
Dott.ssa Sara Girardi



Il Direttore Generale
dott. Paolo Bordon

