

RELAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE
BUDGET 2017

Indice

PREMESSA	3
LA RIORGANIZZAZIONE	3
IL NUOVO NUCLEO DI VALUTAZIONE.....	3
LA PROGRAMMAZIONE E GLI OBIETTIVI AZIENDALI	3
FASI DEL PROCESSO DI BUDGET 2017	8
ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI.....	9
Dipartimento di Prevenzione	9
Servizio Territoriale	11
Servizio Ospedaliero Provinciale.....	13
Dipartimento di Governance.....	15
Dipartimenti tecnico-amministrativi.....	17
VALUTAZIONE INFRA-ANNUALE E REVISIONE.....	18
Risorse - rinegoziazione	19
VERIFICA ANNUALE.....	20
Risorse	21
PROCESSI E PRESTAZIONI	24
Dipartimento di Prevenzione	24
Servizio Territoriale	27
Servizio Ospedaliero Provinciale.....	31

PREMESSA

La relazione viene redatta secondo quanto previsto dall'art. 12 del regolamento del Nucleo di Valutazione approvato con deliberazione del Direttore Generale (D.G.) n. 235 del 27/04/2018 e intende fornire al Consiglio di Direzione gli elementi di sintesi sui risultati complessivamente conseguiti dall'Azienda nell'anno 2017.

LA RIORGANIZZAZIONE

L'anno 2017 è stato caratterizzato dalla riorganizzazione aziendale che ha impattato sul processo di budget e sulla rendicontazione infrannuale.

- Il processo di riorganizzazione ha inizio a dicembre 2016 con le deliberazioni del D.G. n. 598, n. 599 e n. 600 del 30 dicembre 2016 che nominano i tre Direttori delle Articolazioni Organizzative Fondamentali - AOF (Direttore del Servizio Territoriale, Direttore del Servizio Ospedaliero Provinciale, Direttore del Dipartimento di Prevenzione) e con la deliberazione del D.G. n. 601 che definisce un'organizzazione transitoria dell'Azienda;
- Da gennaio a maggio si è svolto il processo di definizione degli organigrammi aziendali e, con la delibera del D.G. n. 256 del 22 giugno 2017, è stato adottato il Nuovo Regolamento di organizzazione, approvato dalla Giunta Provinciale con deliberazione n. 1183 del 21 luglio 2017.

IL NUOVO NUCLEO DI VALUTAZIONE

Il 2017 ha visto non soltanto una riorganizzazione delle strutture interne aziendali. Il Nucleo di valutazione in essere a inizio anno ha terminato il suo incarico nel mese di giugno 2017, concludendo la sua attività di verifica per l'anno 2016. Successivamente, il nuovo Regolamento aziendale ha rivisto componenti e compiti affidati al Nucleo di valutazione e, con la delibera del D.G. n. 342 del 4 agosto 2017, sono state elaborate le linee guida per la costituzione e il funzionamento del nuovo Nucleo di valutazione. Ad essa è pertanto seguita la raccolta delle candidature per la nomina del nuovo Nucleo e con la deliberazione del D.G. n. 418 del 9 ottobre 2017 sono stati nominati i nuovi componenti. La prima seduta del nuovo Nucleo di valutazione si è svolta il 13 novembre 2017 con la valutazione dei risultati dei 9 mesi 2017. Dalla sua nomina, il nuovo Nucleo si è riunito 6 volte da novembre 2017 a maggio 2018, con cadenza pressoché mensile.

LA PROGRAMMAZIONE E GLI OBIETTIVI AZIENDALI

Il processo di budget ha avuto inizio nel corso del mese di dicembre con la predisposizione delle "Direttive di budget 2017", formalmente presentate il 4 gennaio 2017 (dopo la nomina dei Direttori di AOF) al nuovo Comitato Direttivo.

Il processo di budget identifica le azioni necessarie per conseguire gli obiettivi della programmazione annuale, ottimizzando le risorse disponibili, rendendo espliciti i punti di arrivo e orientando la gestione a partire dalla singola unità organizzativa fino a ricomprendere l'intera organizzazione. Il budget è quindi uno **strumento di governo integrato** dell'Azienda.

Le direttive di budget descrivono la programmazione aziendale del 2017 in termini di:

- contenuto - obiettivi prioritari e indicatori selezionati,
- processo – fasi di attività e tempi.

Per quanto attiene il **contenuto**, sono previste due tipologie di target:

1. **Obiettivi di miglioramento o sviluppo dell'organizzazione e dei servizi**, realizzabili nell'attuale contesto di contenimento delle risorse e di transizione alla nuova organizzazione aziendale. Si tratta di sette macro-obiettivi, coerenti con gli indirizzi della programmazione provinciale.
2. **Obiettivi di mantenimento dei risultati chiave di performance**, orientati all'ottimizzazione delle attività, risorse e prestazioni, che rispondono alla necessità di controllo periodico delle attività svolte da parte delle diverse strutture organizzative.

Gli obiettivi del budget 2017 concorrono al raggiungimento delle finalità strategiche attese dalla **riorganizzazione** di APSS, tra cui:

- il miglioramento dell'integrazione tra ospedale e territorio;
- il rafforzamento del governo unitario del servizio ospedaliero provinciale;
- una maggiore omogeneità dei servizi offerti;
- l'ottimizzazione della specialistica ambulatoriale;
- una presa in carico complessiva e integrata delle situazioni di fragilità;
- l'uso efficiente e appropriato delle risorse (farmaci, presidi, prassi organizzative e cliniche);
- l'implementazione delle attività e il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano provinciale della prevenzione 2015 – 2018;
- l'evoluzione verso nuovi modelli operativi e di servizio introdotti dalla riorganizzazione aziendale.

La necessità di attuare nel 2017 la nuova organizzazione aziendale ha avuto ripercussioni e riflessi importanti anche nell'articolazione delle attività e nella pianificazione dei tempi del **processo di budget**.

Infatti il budget è stato articolato attraverso due passaggi:

- entro marzo, una prima individuazione di obiettivi di livello operativo, assegnabili fin da subito alle UU.OO. e Servizi da parte delle AOF, in modo da organizzare il lavoro richiesto e focalizzare le persone sulle priorità dell'anno, anche con il supporto degli strumenti di valutazione e sviluppo delle prestazioni individuali;
- entro luglio, l'assegnazione finale degli obiettivi in modo da completare e integrare le schede di budget coerentemente con le nuove linee di responsabilità introdotte dalla riorganizzazione di APSS.

Sono stati individuati 7 macro-obiettivi strategici prioritari, sostenibili nell'attuale fase di contenimento delle risorse, rilevanti e prioritari, in linea con le aspettative delle parti interessate, con la riorganizzazione aziendale e coerenti con gli indirizzi provinciali (Obiettivi PAT 2017).

In particolare:

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

L'obiettivo prende a riferimento i diversi indicatori di performance sviluppati nell'ambito del Piano Nazionale Esiti e del Network S. Anna di Pisa, mirando a:

- gestire in regime ambulatoriale attività ancora erogate in regime di day hospital, sia nei settori medici che chirurgici, in aggiunta all'applicazione di modelli innovativi in area riabilitativa;
- avviare i modelli di cure intermedie post acuzie negli ospedali spoke e nel territorio della città di Trento – con l'attivazione dei posti letto presso la struttura Beato De Tschiderer in luglio 2017 (si veda il paragrafo dedicato);
- segnalare tempestivamente i pazienti fragili ospedalizzati al PUA di riferimento territoriale per la precoce presa in carico e avviare percorsi di cura territoriali;

- ridurre la 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 ambulatoriali

L'elevato ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è 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.

C. Cronicità e cure intermedie - Gestire le interdipendenze

Portare a regime le previsioni del provvedimento dell'Assessorato sui 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. I percorsi sulla riabilitazione cardiologica e sulle protesi di anca e ginocchio sono monitorati e aggiornati, insieme alla definizione di almeno due percorsi per la riabilitazione pneumologia e neurologica.

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

L'attività è orientata al miglioramento delle attività finalizzate all'utilizzo di farmaci biosimilari e farmaci a brevetto scaduto e a monitorare l'uso di farmaci innovativi di alto costo in gastroenterologia, oncologia, ematologia, malattie infettive e reumatologia. Proseguono le attività di supporto alle UU.OO. per migliorare l'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, favorendone l'introduzione secondo processi strutturati di *technology assessment*.

Ulteriori iniziative di supporto coinvolgono le reti cliniche in particolare le reti di terapia del dolore, la rete cardiologica, la rete neurologica e la rete chirurgica (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 privilegia l'organizzazione per aree cliniche ospedaliere e territoriali è importante occasione per uniformare le procedure in atto sulle patologie più frequenti e impostare percorsi di cura focalizzando l'attenzione 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)

Implementare il 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 da ricondurre anche gli interventi richiesti dai vari sistemi di gestione (piani trasversali, meccanismi operativi, codifiche, ecc.).

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

Dare seguito al Piano Provinciale della Prevenzione in tutti gli ambiti oggetto di intervento.

Tabella 1 – Sintesi macro obiettivi aziendali

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
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

Particolare attenzione, infine, è stata posta all'attuazione degli **obiettivi specifici assegnati all'Azienda dalla Giunta provinciale** (Del. G.P. n 214 del 10 febbraio 2017) così definiti:

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

FASI DEL PROCESSO DI BUDGET 2017

In accordo con le Linee Guida del Budget 2017, sono state definite le schede AOF entro marzo 2017 e le schede di AREA (territoriali e ospedaliere) entro aprile 2017. Il processo si è svolto come segue:

- Servizio territoriale: gli incontri con i vari CDR sono stati avviati nel mese di aprile e le schede sono state formalizzate e firmate tutte entro la fine del mese;
- Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP): a fine aprile 2017 sono state firmate le schede delle Aree e contestualmente sono stati avviati gli incontri con i vari CDR; i primi giorni di agosto 2017 sono state formalizzate e firmate tutte le schede di budget dei vari CDR;
- Dipartimento di Prevenzione: le schede di CdR sono state formalizzate e firmate entro la metà di aprile;
- Dipartimenti tecnico-amministrativi, il 01 agosto è stata fatta la nomina dei Direttori dei Dipartimenti amministrativi tecnici, e pertanto per il budget (visto che mancava la nomina di alcuni responsabili) è stata richiesta una scheda di Dipartimento che riassume gli obiettivi previsti sia per il Dipartimento che per i Servizi ad esso afferenti;
- Dipartimento di Governance: la nomina del Direttore di Dipartimento è avvenuta il 31 luglio e la scheda di Dipartimento, unitamente alle schede di budget dei CDR afferenti sono state formalizzate e firmate entro la metà di settembre.

Il processo di budget si è quindi concluso il 30 settembre e formalizzato con la delibera di approvazione da parte del Direttore Generale n. 427 dd. 16/10/2017.

In cifre:

Sono state predisposte **170** schede di budget per un totale complessivo di **1.545** obiettivi negoziati, con una media di **9** obiettivi per scheda. Gli obiettivi pesati (ai quali è stato associato un punteggio ai fini della retribuzione di risultato) sono stati **1.153**; gli obiettivi non pesati, ma necessari comunque per una valutazione complessiva dei risultati raggiunti dal CdR, sono stati **392**. Nella tabella che segue viene riportata la ripartizione per area, così come ridefinita in base all'organizzazione disciplinata dalla legge provinciale n. 16/2010 e nuovo Regolamento di organizzazione (G.P. n. 1183 del 21 luglio 2017):

Tab. 3

PROSPETTO SINTETICO DISTRIBUZIONE PUNTI ANNO 2017

AREA	OB. PESATI	OB. NON PESATI	TOTALE	% PESATI	% NON PESATI
CONSIGLIO DI DIREZIONE E DIPARTIMENTI	87	20	107	81,31%	18,69%
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	134	61	195	68,72%	31,28%
SERVIZIO TERRITORIALE: CURE PRIMARIE	48	60	108	44,44%	55,56%
SERVIZIO TERRITORIALE: RIABILITAZIONE	28	7	35	80,00%	20,00%
SERVIZIO TERRITORIALE: SALUTE MENTALE	83	16	99	83,84%	16,16%
SERVIZIO TERRITORIALE: ALTRE UU.OO.	28	8	36	77,78%	22,22%
SOP: AREA CHIRURGICA	156	39	195	80,00%	20,00%
SOP: AREA CHIRURGICA SPECIALISTICA	42	14	56	75,00%	25,00%
SOP: AREA EMERGENZA	66	32	98	67,35%	32,65%
SOP: AREA MATERNO INFANTILE	83	20	103	80,58%	19,42%
SOP: AREA MEDICA	87	63	150	58,00%	42,00%
SOP: AREA MEDICA SPECIALISTICA	62	24	86	72,09%	27,91%
SOP: AREA SERVIZI	133	20	153	86,93%	13,07%
SOP: ALTRE UU.OO.	116	8	124	93,55%	6,45%
TOTALE	1.153	392	1.545	74,63%	25,37%

E' stata modificata la modalità di conteggio degli obiettivi "non pesati" rispetto agli anni precedenti.

ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI

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

Dipartimento di Prevenzione

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Cure appropriate	Migliorare il governo della domanda di assistenza utilizzando in modo efficace ed efficiente i diversi setting assistenziali per garantire una assistenza appropriata e sicura	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti (C1.1)	<= 150/1000
Utilizzo della specialistica	Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per assicurare accessibilità e appropriatezza	Parametri previsti dalla Delibera G.P. 214/2017	Allineamento ai parametri
Cronicità e cure intermedie	Gestire le interdipendenze per favorire una presa in carico complessiva e integrata in particolari situazioni di fragilità	Indicatori di processo e di attuazione	Stato attività rispetto agli indicatori previsti
Politica del farmaco	Migliorare il ricorso all'assistenza farmaceutica in modo da massimizzare i benefici della spesa farmaceutica e gestire l'innovazione	Analisi periodica per settore nosologico e/o classe di farmaci	Allineamento ai target previsti
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 per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa e garantire un uso efficiente delle risorse	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico del CDG	Rispetto budget assegnato
Riorganizzazione aziendale	Allineare i diversi elementi del nuovo disegno organizzativo (strutture, ruoli, processi, sistemi) in modo da rendere operativa la nuova organizzazione aziendale	Piano di attuazione (responsabilità, tempi, risultati)	Rispetto attività e scadenze previste
Prevenzione e promozione della salute	Assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione 2015 - 2018 in modo da raggiungere i risultati previsti dal Piano stesso	Indicatori di attuazione definiti nel Piano (Revisione direzionale periodica presentata dal Dipartimento di Prevenzione)	Rispetto degli indicatori definiti
Obiettivo PAT 1E Richiedenti asilo	Elaborare un protocollo in tema di accoglienza, assistenza e promozione della salute dei richiedenti asilo in provincia di Trento comprensivo degli aspetti previsti dalle indicazioni PAT (delibera G.P. 214/2017)	Formalizzazione protocollo e implementazione attività	Rendicontazione sulle attività svolte previste dal protocollo

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Obiettivo PAT 2A Sicurezza alimentare	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare contenute nel Piano provinciale della Prevenzione proseguendo il percorso formativo già avviato nel 2016 e attuando 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" - misure sanitarie di controllo previste dalla giunta provinciale per il 2017	- percorsi formativi - mantenimento qualifica
Obiettivo PAT 2B (1) Copertura vaccinale - Monitoraggio	Monitorare l'andamento delle coperture vaccinali previste nel Piano provinciale per le vaccinazioni (delibera G.P. 214/2017)	Report di monitoraggio delle coperture vaccinali e delle eventuali azioni correttive messe in atto	Periodicità semestrale
Obiettivo PAT 2B (2) Copertura vaccinale - Nuovo calendario	Assicurare l'offerta attiva delle vaccinazioni previste nel Piano provinciali per le vaccinazioni e verificare la relativa sostenibilità (delibera G.P. 214/2017)	Applicazione nuovo calendario vaccinale provinciale e disponibilità reportistica	Relazione sulla sostenibilità ed eventuali criticità riscontrate
Obiettivo PAT 2D (2) Promozione ed educazione alla salute (counselling specifico)	Predisporre un protocollo operativo per l'introduzione sistematica e standardizzata del counselling specifico per la promozione di sani stili vita rivolto a persone ricoverate con particolare attenzione alle diagnosi indicate dalla delibera PAT (delibera G.P. 214/2017 e lettera accompagnatoria per revisione risultato atteso)	Studio di fattibilità	Disponibilità dello studio

Servizio Territoriale

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Cure appropriate	Migliorare il governo della domanda di assistenza utilizzando in modo efficace ed efficiente i diversi setting assistenziali per garantire una assistenza appropriata e sicura	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti (C1.1)	<= 150/1000
Utilizzo della specialistica	Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per assicurare accessibilità e appropriatezza	Parametri previsti dalla Delibera G.P. 214/2017	Allineamento ai parametri
Cronicità e cure intermedie	Gestire le interdipendenze per favorire una presa in carico complessiva e integrata in particolari situazioni di fragilità	Indicatori di processo e di attuazione	Stato attività rispetto agli indicatori previsti
Politica del farmaco	Migliorare il ricorso all'assistenza farmaceutica in modo da massimizzare i benefici della spesa farmaceutica e gestire l'innovazione	Analisi periodica per settore nosologico e/o classe di farmaci	Allineamento ai target previsti
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 per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa e garantire un uso efficiente delle risorse	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico del CDG	Rispetto budget assegnato
Riorganizzazione aziendale	Allineare i diversi elementi del nuovo disegno organizzativo (strutture, ruoli, processi, sistemi) in modo da rendere operativa la nuova organizzazione aziendale	Piano di attuazione (responsabilità, tempi, risultati)	Rispetto attività e scadenze previste
Prevenzione e promozione della salute	Assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione 2015 - 2018 in modo da raggiungere i risultati previsti dal Piano stesso	Indicatori di attuazione definiti nel Piano (Revisione direzionale periodica presentata dal Dipartimento di Prevenzione)	Rispetto degli indicatori definiti
Obiettivo PAT 1D Età evolutiva	Istituire una equipe multidisciplinare, in raccordo con le UUOO aziendali coinvolte e con un funzionario PAT per il collegamento con il settore sociale, per la presa in carico multidisciplinare delle Adolescenze complesse (avvio dell'attività del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse) attraverso un puntuale inquadramento delle problematiche e la successiva attivazione del percorso di presa in carico (delibera G.P. 214/2017)	Stato di attuazione	Report sulla implementazione della funzione, sulla sua integrazione con la rete dei servizi e sulle situazioni intercettate e trattate

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Obiettivo PAT 1H Assistenza domiciliare	OBIETTIVO PAT 1H a) Adeguare il sistema informativo per poter avere la situazione aggiornata delle prese in carico ADI nelle diverse tipologie (n. utenti suddivisi nei livelli CIA) specificando numero di accessi per tipologia di operatore (incluso OSS) b) Aumentare i livelli di assistenza domiciliare complessivamente erogati e ridurre il divari territoriali rispetto al 2016 (delibera G.P. 214/2017)	a) Qlik b) dati di attività	a) sistema disponibile entro giugno b) dati di monitoraggio e relazione
Obiettivo PAT 1C (1) Gestione integrata del paziente fragile	Consolidare il progetto "Gestione integrata del paziente fragile" attraverso la disponibilità, mediante strumenti informatici di rapida consultazione, di dati e informazioni relative a: 1) stratificazione del rischio di fragilità 2) azioni di presa in carico dei pazienti target (delibera G.P. 214/2017)	Dati e informazioni sulle azioni di presa in carico pazienti target	Disponibilità dati e report sulle azioni
Obiettivo PAT 1C (2) Gestione integrata del paziente in condizione di cronicità	Predisporre studio di fattibilità sulla possibilità di trasferire il modello per la "gestione integrata del paziente fragile" alla popolazione in condizione di cronicità utile alla definizione di percorsi di assistenza strutturati (delibera G.P. 214/2017)	Studio di fattibilità utile all'avvio delle azioni per l'attuazione del Piano nazionale per la cronicità	Disponibilità dello studio
Obiettivo PAT 1G Demenze	Costruzione/revisione del PDTA delle demenze da presentare al tavolo di monitoraggio del Piano provinciale demenze previa costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che includa anche l'ambito sociale, la dimensione amministrativo-organizzativa e le associazioni dei familiari (delibera G.P. 214/2017)	Revisione PDTA	Approvazione entro agosto 2017

Servizio Ospedaliero Provinciale

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Cure appropriate	Migliorare il governo della domanda di assistenza utilizzando in modo efficace ed efficiente i diversi setting assistenziali per garantire una assistenza appropriata e sicura	Tasso di ospedalizzazione per 1000 residenti (C1.1)	<= 150/1000
Utilizzo della specialistica	Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per assicurare accessibilità e appropriatezza	Parametri previsti dalla Delibera G.P. 214/2017	Allineamento ai parametri
Cronicità e cure intermedie	Gestire le interdipendenze per favorire una presa in carico complessiva e integrata in particolari situazioni di fragilità	Indicatori di processo e di attuazione	Stato attività rispetto agli indicatori previsti
Politica del farmaco	Migliorare il ricorso all'assistenza farmaceutica in modo da massimizzare i benefici della spesa farmaceutica e gestire l'innovazione	Analisi periodica per settore nosologico e/o classe di farmaci	Allineamento ai target previsti
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 per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa e garantire un uso efficiente delle risorse	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico del CDG	Rispetto budget assegnato
Riorganizzazione aziendale	Allineare i diversi elementi del nuovo disegno organizzativo (strutture, ruoli, processi, sistemi) in modo da rendere operativa la nuova organizzazione aziendale	Piano di attuazione (responsabilità, tempi, risultati)	Rispetto attività e scadenze previste
Prevenzione e promozione della salute	Assicurare le attività previste per la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione 2015 - 2018 in modo da raggiungere i risultati previsti dal Piano stesso	Indicatori di attuazione definiti nel Piano (Revisione direzionale periodica presentata dal Dipartimento di Prevenzione)	Rispetto degli indicatori definiti
Obiettivo PAT 1A1 Efficienza ed efficacia attività di ricovero	Garantire il raggiungimento dello standard richiesto sul tasso di ospedalizzazione attraverso il monitoraggio e l'implementazione di azioni specifiche (delibera G.P. 214/2017)	Tasso di ospedalizzazione	<= 150/1000
Obiettivo PAT 2C (1) Percorso nascita	Implementazione del Percorso nascita in tutti gli ambiti distrettuali della Provincia (delibera G.P. 214/2017)	a) % donne in gravidanza inserite nel percorso e seguite c/o ambulatorio ostetricia b) criteri per l'accesso, la continuità delle cure e la tutela della fisiologia dell'evento nascita c) indagine qualitativa sulla percezione delle donne	a) % b) livello di adesione ai criteri c) risultati dell'indagine
Obiettivo PAT 2C (2a) Ospedali e comunità amici dei bambini - valutazione di fase 1	Raggiungimento degli standard UNICEF per la valutazione di fase 1 del percorso "Ospedali e comunità amici dei bambini" e formazione degli operatori dedicati (delibera G.P.	a) autovalutazione e piano d'azione b) formazione c) interviste alle donne in gravidanza e alle madri	a) standard raggiunti b) formazione > 30% personale dedicato

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
	214/2017)		
Obiettivo PAT 2C (2b) Ospedali e comunità amici dei bambini - mantenimento standard	Mantenimento degli standard UNICEF per la rivalutazione "Ospedale amico dei bambini" e formazione operatori dedicati	a) autovalutazione e piano d'azione b) formazione c) interviste alle donne in gravidanza e alle madri	a) standard raggiunti b) formazione > 80% personale dedicato
Obiettivo PAT 3B1 Qualità delle codifiche	Verificare, monitorare e migliorare la qualità delle codifiche SDO correlate agli indicatori del PNE con particolare riferimento all'area Cardiovascolare - coinvolgimento anche del privato accreditato (delibera G.P. 214/2017)	Attività messe in essere e risultati verificabili anche mediante PNE	Relazione e indicatori nel PNE
Obiettivo PAT 3B2 Angioplastica coronarica percutanea	Migliorare a livello aziendale la proporzione di trattati con angioplastica coronarica percutanea entro 2 giorni dalla ammissione (indicatore PNE) (delibera G.P. 214/2017)	Indicatore PNE	> anno precedente (non inferiore alla media nazionale)
Obiettivo PAT 3B3 Soglie di attività e mandati in ambito chirurgico	Assicurare la 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)	Soglie previste dalla delibera	Allineamento
Obiettivo PAT 1B Piano provinciale sangue	Definizione di un modello organizzativo al fine di assicurare la continuità del funzionamento delle unità di raccolta dislocate sul territorio in un'ottica di sostenibilità e di efficienza organizzativa (delibera G.P. 214/2017)	Definizione del modello	- modello definito entro 30 aprile - a regime entro il primo semestre
Obiettivo PAT - allegato B Contenimento tempi massimi di attesa	Garantire il raggiungimento degli standard richiesti sui tempi di attesa attraverso il monitoraggio e l'implementazione di azioni specifiche (delibera G.P. 214/2017)	Tempi di attesa prestazioni individuate	Allineamento ai target previsti
Obiettivo PAT 1A2 Appropriatezza diagnostica	Garantire il raggiungimento dello standard richiesto sul tasso di prestazioni RM muscoloscheletriche attraverso il monitoraggio e l'implementazione di azioni specifiche (delibera G.P. 214/2017)	Tasso di prestazioni RM muscoloscheletriche per 1.000 residenti	<27
Obiettivo PAT 3C Mobilità sanitaria interregionale	Ai fini di pervenire alla formalizzazione degli accordi di confine, individuare per le aree di mobilità che maggiormente caratterizzano i ricoveri e l'assistenza specialistica, gli elementi ritenuti utili per il governo della mobilità interregionale di confine (delibera G.P. 214/2017)	Proposte di accordo di confine distintamente per PA Bolzano, regione Veneto e regione Lombardia	Formalizzazione proposte entro 30 aprile

Dipartimento di Governance

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Riorganizzazione aziendale	Contribuire alle attività di riorganizzazione pianificate a livello aziendale (su specifici piani di attività / progetto comunicati dal Consiglio di Direzione)	Piano di riorganizzazione aziendale (responsabilità, tempi, risultati attesi)	Rispetto attività assegnate nelle scadenze previste
Supporto all'operatività delle UUOO e dei Servizi	In continuazione con le attività già avviate/in corso, supportare i sistemi e i progetti per la continuità dell'esistente e l'introduzione del nuovo	Programma di attività APSS 2017 (con particolare riferimento ai piani trasversali)	Risultati congruenti rispetto al Programma di attività e mantenimento delle performance attese (attività / risorse)
Avvio del nuovo Dipartimento	Realizzare le fasi di progettazione e di avvio della nuova organizzazione dipartimentale, in modo coerente rispetto alla riorganizzazione complessiva aziendale, anche svolgendo un ruolo di comunicazione e promozione del cambiamento all'interno delle relative strutture	Incontri di informazione e coinvolgimento del personale	Almeno due incontri con evidenza di proposte, suggerimenti e criticità emerse, inviate al Consiglio di direzione
Nuovi LEA	Contributo alla valutazione circa gli adempimenti connessi a nuovi LEA	Documento di analisi e proposta	Rispetto attività e scadenze previste
Efficienza operativa e dinamica dei costi	Adeguamento accordi contrattuali con strutture private accreditate in coerenza con disposizioni provinciali	Accordi integrativi con strutture private accreditate (Eremo, S. Pancrazio, Villa Regina)	Rispetto attività e scadenze previste
Epidemiologia clinica	- Reportistica, registri, survey screening; - Sviluppo progetti assistenza territoriale	- Mantenimento attività - elaborazione dati a supporto nuovi modelli assistenziali cure primarie	Rispetto attività e scadenze previste
Assistenza Farmaceutica	Supporto progetti aziendali per aspetti relativi all'assistenza farmaceutica	Sperimentazione Nucleo cure intermedie (NCI) Istituzione AFT Pinzolo Flussi informativi NSIS	Regolamentazione fornitura farmaci al NCI Fornitura dati per l'avvio del progetto Adeguamento flussi sull'assistenza farmaceutica
Assistenza Farmaceutica	Farmacovigilanza	Portale web Vigifarmaco	Implementazione nuove modalità di segnalazione ADR
Piano provinciale della formazione	Realizzare le azioni previste dal piano triennale della formazione del SSP 2014/17 e contribuire all'aggiornamento del piano triennale 2017/20	Progettazione e realizzazione corsi di formazione ed elaborazione proposta aggiornamento piano triennale della formazione 2017/20	Rispetto dei tempi e dei risultati pianificati

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Sistema qualità	Percorso formativo ad hoc destinato al Servizio Formazione e ad altri Servizi APSS certificati finalizzato al potenziamento delle conoscenze relative alla nuova norma ISO 9001, necessarie per la revisione dei processi e adeguamento alle nuove indicazioni (documento di valutazione dei rischi)	Realizzazione del percorso destinato al personale del Servizio formazione e ad altri Servizi coinvolti	Rispetto dei tempi e dei risultati pianificati
Integrazione Socio Sanitaria	Sviluppo Piano Demenze come da Piano Provinciale 2015	Completamento progetto "Ospedale che cura con cura" per ospedale di Tione e Borgo	Elaborazione progetto ed avvio attività
Integrazione Socio Sanitaria	Monitoraggio della qualità di vita e assistenziale nelle RSA	Elaborazione reportistiche delle attività di vigilanza tecnico sanitaria e amministrativa	Elaborazione report anno 2016 Realizzazione incontro monotematico accreditato
Integrazione Socio Sanitaria	Supporto alla DISS nella applicazione delle direttive PAT e aziendali in materia di I.S.S.	Applicazione delle previsioni delle direttive in tutti gli ambiti APSS. Produzione reportistiche richieste dalla direzione ed analisi dei dati sulle attività dei PUA . Organizzazione e gestione incontri monotematici a supporto della applicazione delle direttive PAT .	Elaborazione report attività PUA da inviare alla PAT Realizzazione incontri monotematici accreditati per: - introduzione quadro sinottico - sviluppo percorso autismo
Integrazione Socio Sanitaria	Attivazione nuovo sistema @home per le cure domiciliari	Completamento sperimentazione nei 3 ambiti individuati.	Rispetto attività e scadenze previste
Autorizzazione e accreditamento	Revisione delle liste di accreditamento istituzionale su richiesta della PAT	Liste di accreditamento istituzionale revisionate	Rispetto attività e scadenze previste
Assistenza specialistica	Governo tempi di attesa	Predisposizione piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	disponibilità proposta di piano

Dipartimenti tecnico-amministrativi

MACRO OBIETTIVO AZIENDALE	ATTIVITA'	INDICATORI	RISULTATO ATTESO
Riorganizzazione aziendale	Contribuire alle attività di riorganizzazione pianificate a livello aziendale (su specifici piani di attività / progetto comunicati dal Consiglio di Direzione)	Piano di riorganizzazione aziendale (responsabilità, tempi, risultati attesi)	Rispetto attività assegnate nelle scadenze previste
Efficienza operativa e dinamica dei costi	Miglioramento delle procedure e ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse assicurando il raggiungimento dei livelli di attività previsti	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico	Miglioramento dell'appropriatezza e uso efficiente delle risorse
Supporto all'operatività delle UUOO e dei Servizi	Assicurare la continuità delle funzioni tecnico amministrative sinora espletate e di competenza delle strutture individuate nel precedente assetto organizzativo (indipendentemente dalle competenze assegnate dal nuovo Regolamento Aziendale), anche con riferimento ai Piani Trasversali e a specifici progetti	Programma di attività APSS 2017	Risultati congruenti rispetto al Programma di attività e mantenimento delle performance attese (attività / risorse)
Avvio del nuovo Dipartimento	Realizzare le fasi di progettazione e di avvio della nuova organizzazione dipartimentale, in modo coerente rispetto alla riorganizzazione complessiva aziendale, anche svolgendo un ruolo di comunicazione e promozione del cambiamento all'interno delle relative strutture	Incontri di informazione e coinvolgimento del personale	Almeno due incontri con evidenza di proposte, suggerimenti e criticità emerse, inviate al Consiglio di direzione

VALUTAZIONE INFRA-ANNUALE E REVISIONE

Alla luce delle dinamiche di riorganizzazione aziendale e della scadenza dell'incarico del Nucleo di valutazione in carica al 1° gennaio 2017, la valutazione semestrale dello stato di raggiungimento degli obiettivi aziendali è stata fatta dal Consiglio di Direzione. La valutazione ai 9 mesi è stata invece effettuata dal nuovo Nucleo di valutazione nominato in corso d'anno.

Il Servizio Programmazione e Controllo di Gestione ha predisposto l'istruttoria tecnica in entrambi i momenti di rinegoziazione: è stata richiesta una relazione ai Direttori di AOF inerente l'andamento del primo semestre, chiedendo di evidenziare il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, eventuali richieste di rinegoziazione e criticità emerse.

Con riferimento alle esigenze di rinegoziazione, nel mese di novembre le richieste di revisione del budget sono state analizzate dal Consiglio di Direzione e, sulla base anche dell'analisi istruttoria predisposta dai servizi competenti, si è proceduto alla revisione degli obiettivi e alla integrazione delle risorse (delibera del D.G. n. 528 del 18/12/2017).

Sulla base delle indicazioni e delle modalità fornite sono stati rinegoziati **111** obiettivi su un totale di **1.545** obiettivi negoziati, riguardanti in massima parte obiettivi riferiti alle risorse. I CdR interessati sono stati **88** pari al **56,05%** del totale. (Dettaglio per area nelle Tab. 4)

Tab. 4

RIEPILOGO RINEGOZIAZIONI						
AREA	INDICATORI RINEGOZIATI	TOTALE OBIETTIVI	% RICHIESTE SU TOT OBIETTIVI	NR CDR CHE HANNO PRESENTATO RICHIESTE	NR TOT SCHEDE	% SCHEDE RINEGOZIATE SU TOT SCHEDE
CONSIGLIO DI DIREZIONE E DIPARTIMENTI	2	107	1,87%	2	17	11,76%
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	1	195	0,51%	1	17	5,88%
SERVIZIO TERRITORIALE: CURE PRIMARIE	2	108	1,85%	1	5	20,00%
SERVIZIO TERRITORIALE: RIABILITAZIONE		35	0,00%		3	0,00%
SERVIZIO TERRITORIALE: SALUTE MENTALE		99	0,00%		10	0,00%
SERVIZIO TERRITORIALE: ALTRE UU.OO.		36	0,00%		7	0,00%
SOP: AREA CHIRURGICA	19	195	9,74%	14	16	87,50%
SOP: AREA CHIRURGICA SPECIALISTICA	8	56	14,29%	6	6	100,00%
SOP: AREA EMERGENZA	10	98	10,20%	10	10	100,00%
SOP: AREA MATERNO INFANTILE	11	103	10,68%	9	10	90,00%
SOP: AREA MEDICA	9	150	6,00%	9	10	90,00%
SOP: AREA MEDICA SPECIALISTICA	9	86	10,47%	9	9	100,00%
SOP: AREA SERVIZI	19	153	12,42%	19	20	95,00%
SOP: ALTRE UU.OO.	21	124	16,94%	8	17	47,06%
TOTALE	111	1.545	7,18%	88	157	56,05%

Risorse - rinegoziazione

L'integrazione dei consumi per il budget 2017 è stata di € **5.096.000**, pari ad un incremento dello **3,87%** rispetto al budget assegnato. Tale integrazione è stata distribuita sulle diverse Aree in base all'andamento dei consumi nel corso del 2017. L'istruttoria tecnica per l'analisi delle richieste ha permesso il recupero delle risorse nelle Aree dove l'andamento dei consumi era in linea con il budget assegnato e la conseguente redistribuzione nelle Aree in cui l'analisi evidenziava uno sfioramento del consumo teorico di budget.

Circa il 98% delle risorse incrementate sono state assegnate al Servizio Ospedaliero provinciale e in particolare all'Area Medica (52%) – principalmente per il finanziamento di maggiori spese collegate all'utilizzo di farmaci onco-ematologici innovativi – e all'Area Chirurgica (31%) – per i forti incrementi di spesa relativamente ai dispositivi medici impiantabili.

Tab. 5

BUDGET CONSUMI ANNO 2017			
AOF	BUDGET 2017	INTEGRAZIONE	BUDGET 2017 new
CONSIGLIO DI DIREZIONE E DIPARTIMENTI	185.549	-	185.549
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	5.640.000	-	5.640.000
SERVIZIO TERRITORIALE	13.187.451	60.000	13.247.451
CURE PRIMARIE	9.793.768	-	9.793.768
RIABILITAZIONE	617.528	-	617.528
SALUTE MENTALE	801.535	60.000	861.535
ALTRE UU.OO. TERRITORIALI	1.974.620	-	1.974.620
SOP	112.568.000	5.036.900	117.604.900
AREA CHIRURGICA	15.312.000	1.593.000	16.905.000
AREA CHIRURGICA SPECIALISTICA	8.190.000	50.000	8.240.000
AREA EMERGENZA	22.296.000	259.000	22.555.000
AREA MATERNO INFANTILE	5.186.500	408.500	5.595.000
AREA MEDICA	17.062.000	2.667.000	19.729.000
AREA MEDICA SPECIALISTICA	18.000.000	- 203.000	17.797.000
AREA SERVIZI	20.894.100	335.900	21.230.000
DIP. FUNZIONALE SOP e ALTRE UU.OO. SOP	5.627.400	- 73.500	5.553.900
COSTI COMUNI	30.000	-	30.000
Totale	131.611.000	5.096.900	136.707.900

VERIFICA ANNUALE

La verifica annuale dei risultati (alla pari di quella ai 9 mesi) è stata esaminata ed approvata dal Nucleo di Valutazione di nuova nomina.

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

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

Complessivamente risultano conseguiti **1.478** obiettivi dei **1.545** negoziati pari al **95,53%**. Dei **1.153** obiettivi **pesati** ne sono stati conseguiti **1.124 (97,48%)** e non conseguiti **29**. Dei **392** obiettivi **non pesati**, **352** risultano conseguiti (**89,80%**) mentre ne risultano non conseguiti **40**. Nella tabella seguente (Tab. 6) vengono riportati i dati complessivi per singola Area.

Tab. 6

PROSPETTO SINTETICO DISTRIBUZIONE PUNTI ANNO 2017												
	PESATI				NON PESATI				TOTALE			
	CONSE GUITI	NON CONSE GUITI	TOTAL E	% CONSEG UIMENT O	CONSE GUITI	NON CONSE GUITI	TOTA LE	% CONSEG UIMENTO	CONSE GUITI	NON CONS EGUITI	TOTAL E	% CONSEG UIMENTO
CONSIGLIO DI DIREZIONE E DIPARTIMENTI	86	1	87	98,85%	19	1	20	95,00%	105	2	107	98,13%
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	133	1	134	99,25%	53	8	61	86,89%	186	9	195	95,38%
SERVIZIO TERRITORIALE: CURE PRIMARIE	48		48	100,00%	47	13	60	78,33%	95	13	108	87,96%
SERVIZIO TERRITORIALE: RIABILITAZIONE	28		28	100,00%	6	1	7	85,71%	34	1	35	97,14%
SERVIZIO TERRITORIALE: SALUTE MENTALE	82	1	83	98,80%	15	1	16		97	2	99	97,98%
SERVIZIO TERRITORIALE: ALTRE UU.OO.	28		28	100,00%	8		8	100,00%	36	-	36	100,00%
SOP: AREA CHIRURGICA	143	13	156	91,67%	39		39	100,00%	182	13	195	93,33%
SOP: AREA CHIRURGICA SPECIALISTICA	41	1	42	97,62%	12	2	14	85,71%	53	3	56	94,64%
SOP: AREA EMERGENZA	64	2	66	96,97%	29	3	32	90,63%	93	5	98	94,90%
SOP: AREA MATERNO INFANTILE	80	3	83	96,39%	19	1	20	95,00%	99	4	103	96,12%
SOP: AREA MEDICA	87		87	100,00%	59	4	63	93,65%	146	4	150	97,33%
SOP: AREA MEDICA SPECIALISTICA	57	5	62	91,94%	21	3	24	87,50%	78	8	86	90,70%
SOP: AREA SERVIZI	133		133	100,00%	19	1	20	95,00%	152	1	153	99,35%
SOP: ALTRE UU.OO.	114	2	116	98,28%	6	2	8	75,00%	120	4	124	96,77%
TOTALE	1.124	29	1.153	97,48%	352	40	392	89,80%	1.476	69	1.545	95,53%

Risorse

Riguardo all'utilizzo delle risorse con riferimento alle unità di personale si rileva che a fronte di un budget di **7.823,14** unità equivalenti sono state impiegate mediamente nell'anno **7.773,62** u.e. (compresi gli incarichi libero professionali) e a dicembre 2017 erano **7.867,79**. Nella tabella 7 vengono rappresentati i risultati per qualifica.

Tab. 7

	UNITA' EQUIVALENTI				
	Unità Equivalenti Ultimo Mese	Media Annuale Unità Equivalenti	Unità Equivalenti Budget Anno	Scostamento Mese / Budget Anno	Scostamento Media Anno / Budget Anno
DIRETTORE MEDICO	95,00	96,33	97,66	2,66	1,33
DIRIGENTE MEDICO	1.030,52	1.014,96	1.037,88	7,36	22,92
DIRETTORE FARMACISTA	3,00	2,83	3,00	0,00	0,17
DIRIGENTE FARMACISTA	20,61	20,75	20,94	0,33	0,19
DIRETTORE VETERINARIO	1,00	1,33	1,33	0,33	0,00
DIRIGENTE VETERINARIO	36,00	32,00	35,00	-1,00	3,00
DIRIGENTE BIOLOGO	18,68	19,18	18,85	0,17	-0,33
DIRIGENTE CHIMICO	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00
DIRETTORE FISICO	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
DIRIGENTE FISICO	15,68	15,26	15,68	0,00	0,42
DIRETTORE PSICOLOGO	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
DIRIGENTE PSICOLOGO	56,40	53,40	53,65	-2,75	0,25
DIRIGENTE ASS. INFERMIERISTICA	13,00	13,00	13,00	0,00	0,00
COLLAB. PROF. SANITARIO ESPERTO - INFERM	206,81	206,97	214,29	7,48	7,32
COLLAB. PROF. SANITARIO - PERS. INFERM.	2.652,08	2.591,01	2.611,37	-40,71	20,36
OPER. PROF. SANITARIO PERS. INFERM.	51,40	60,07	58,69	7,29	-1,38
COLLAB PROF SAN ESP - TEC SANIT AREA TEC DIAGN	24,69	23,87	22,69	-2,00	-1,18
COLLAB PROF SAN ESP - TEC SANIT AREA TEC ASSIST	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
COLLAB PROF SAN - TEC SANIT AREA TEC DIAGN	385,31	385,18	390,26	4,95	5,08
COLLAB PROF SAN - TEC SANIT AREA TEC ASSIST	42,63	41,88	42,37	-0,26	0,49
COLLAB. PROF. SANITARIO ESPERTO PERS. VIGIL. ISPEZ.	8,83	8,04	7,58	-1,25	-0,46
COLLAB. PROF. SANITARIO PERS. VIGIL. ISPEZ.	131,58	129,48	131,43	-0,15	1,95
COLLAB. PROF. SANITARIO ESPERTO - PERS. RIABILIT.	22,21	21,54	22,07	-0,14	0,53
COLLAB. PROF. SANITARIO PERS. RIABILIT.	341,11	334,09	345,20	4,09	11,11
OPER. PROF. SANITARIO PERS. RIABILIT.	2,19	2,61	2,44	0,25	-0,17
DIRETTORE ODONTOIATRA	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
DIRIGENTE ODONTOIATRA	3,00	3,00	3,00	0,00	0,00
DIRIGENTE INGEGNERE	8,00	8,42	8,17	0,17	-0,25
DIRIGENTE ANALISTA	4,00	4,00	4,00	0,00	0,00

	UNITA' EQUIVALENTI				
	Unità Equivalenti Ultimo Mese	Media Annuale Unità Equivalenti	Unità Equivalenti Budget Anno	Scostament o Mese / Budget Anno	Scostament o Media Anno / Budget Anno
DIRIGENTE STATISTICO	1,68	1,68	1,68	0,00	0,00
COLLAB. PROF. ESPERTO ASSISTENTE SOCIALE	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00
COLLAB. PROF. ASSISTENTE SOCIALE	14,13	13,30	13,87	-0,26	0,57
COLLABORATORE TECNICO PROF. ESPERTO	12,83	13,66	13,83	1,00	0,17
ASSISTENTE TECNICO	48,18	48,85	48,43	0,25	-0,42
COLLABORATORE TECNICO PROF.	45,85	44,27	45,93	0,08	1,66
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	352,66	354,12	356,26	3,60	2,14
OPERATORE TECNICO	234,71	237,41	238,16	3,45	0,75
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA	16,25	16,44	16,56	0,31	0,12
OPERATORE SOCIO SANITARIO	845,61	837,14	855,28	9,67	18,14
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	150,47	157,78	158,67	8,20	0,89
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	15,00	14,33	16,08	1,08	1,75
COLLAB. AMMINISTRATIVO PROF. ESPERTO	43,60	45,49	44,26	0,66	-1,23
COLLAB. AMMINISTRATIVO PROF.	137,81	137,37	139,29	1,48	1,92
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	426,83	420,61	429,70	2,87	9,09
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	253,00	259,86	265,34	-12,34	-5,48
DIRETTORE	0	6,42	7,00	-7,00	-0,58
DA DEFINIRE	0,28	0,72	0,75	-0,47	-0,03
PAT - 4° LIVELLO	1,50	1,50	1,50	0,00	0,00
PAT - 7° LIVELLO	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00
INCARICO LIB. PROF	83,67	63,46	-	83,67	63,46
TOTALE	7.867,79	7.773,62	7.823,14	44,65	- 49,52

Per quanto concerne i consumi (beni sanitari e non), complessivamente a fronte di un budget assegnato di **136.694.750** euro sono stati utilizzati **137.311.626** euro. Nella tabella che segue (Tab. 8) vengono riportati i valori dei singoli fattori produttivi con il confronto con l'anno precedente.

Tab. 8

	VALORE		SCOSTAMENTO			BUDGET ANNO	
	2017	2016	ASS.	%	ASSEGNAT O	SCOSTAM ENTO	% UTILIZ ZO
101 - MEDICINALI E PRODOTTI FARMACEUTICI	53.794.861	49.135.650	4.659.211	9,48	51.424.352	2.370.509	104,61
102 - EMODERIVATI	1.940.455	1.892.990	47.465	2,51	1.869.100	71.355	103,82
104 - RADIOFARMACI	979.699	894.577	85.122	9,52	949.165	30.534	103,22
105 - OSSIGENO MEDICINALE	1.042.956	1.081.977	-39.021	-3,61	1.083.828	-40.872	96,23
106 - DISPOSITIVI MEDICI	56.051.363	54.910.245	1.141.118	2,08	55.885.389	165.974	100,30
107 - DISPOSITIVI MEDICI - REAGENTI	11.613.780	12.055.239	-441.460	-3,66	11.713.481	-99.701	99,15
108 - PRODOTTI CHIMICI	82.410	89.601	-7.191	-8,03	83.290	-880	98,94
109 - PRODOTTI DIETETICI	1.973.876	1.907.923	65.953	3,46	1.751.559	222.317	112,69
110 - MATERIALI PER LA PROFILASSI (VACCINI)	5.124.602	3.347.549	1.777.053	53,09	5.146.260	-21.658	99,58
111 - PRODOTTI PER USO VETERINARIO	103.921	165.975	-62.053	-37,39	179.860	-75.939	57,78
112 - ALTRI PRODOTTI SANITARI	1.524.356	961.672	562.684	58,51	1.477.367	46.989	103,18
120 - ABBUONI E SCONTI PRODOTTI SANITARI	-1.400.065	-1.140.754	-259.311	22,73			
BENI SANITARI	132.832.215	125.302.644	7.529.570	6,01	131.563.651	1.268.564	100,96
201 - PRODOTTI ALIMENTARI	1.928.948	2.064.869	-135.921	-6,58	2.014.647	-85.699	95,75
202 - MATERIALE DI LAVANDERIA, PULIZIA, STIRERIA E GUARDAROBA	99.246	143.241	-43.995	-30,71	106.135	-6.889	93,51
203 - SCORTE ECONOMICHE E ALTRO MATERIALE D'USO	830.464	711.934	118.530	16,65	778.387	52.077	106,69
204 - MATERIALI MANUTENZIONE DI IMMOBILI	454.677	536.438	-81.761	-15,24	408.337	46.340	111,35
205 - MATERIALI MANUTENZIONI E RIPARAZIONI DI ATTREZZ. SANIT.	213.266	51.930	161.336	310,68	180.270	32.996	118,30
206 - MATERIALI PER MANUTENZIONI E RIPAR ATTREZZ. TECNICO-ECONOMICI	90.715	118.734	-28.019	-23,60	732.208	-641.493	12,39
207 - MATERIALI MANUTENZIONE MEZZI DI TRASPORTO		1.593	-1.593	-100,00		0	
208 - MATERIALE DIDATTICO E AUDIOVISIVO	20.347	10.685	9.661	90,41	8.838	11.509	230,22
209 - ALTRO MATERIALE DI CONSUMO	70.104	90.808	-20.704	-22,80	81.228	-11.124	86,31
211 - CANCELLERIA, STAMPATI E SUPPORTI MECCANOGRAFICI	771.046	772.251	-1.205	-0,16	821.049	-50.003	93,91
BENI NON SANITARI	4.478.812	4.502.483	-23.671	-0,53	5.131.099	-652.287	87,29
TOTALE	137.311.026	129.805.127	7.505.899	5,78	136.694.750	616.276	100,45

PROCESSI E PRESTAZIONI

Tutte le articolazioni aziendali hanno promosso azioni di miglioramento secondo quanto stabilito negli obiettivi Aziendali e Provinciali. Di seguito si riportano in sintesi le relazioni dei Direttori di AOF relative alle attività svolte ed ai risultati raggiunti nel corso dell'esercizio 2017.

Dipartimento di Prevenzione

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.

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 carcinoma al collo dell'utero (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 carcinoma coloretale (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 mammografico (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 del 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:

- 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: 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 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.

Di seguito alcuni indicatori di attività del Dipartimento di Prevenzione:

ATTIVITA'	2016	2017
NUMERO TOTALE DI VACCINAZIONI	164.095	216.053
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEI SOGGETTI >= 65 ANNI (%)	54,1	53,5
COPERTURA VACCINALE ANTIMORBILLO AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	87,5	
COPERTURA VACCINALE ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE B AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	92,4	91,6
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE POTABILI	5.598	6.059
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE DI BALNEAZIONE	542	542
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE SUPERFICIALI	609	511
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ALIMENTI UFFICIALI	1.244	1.766
TOTALE DETERMINAZIONI TOSSICOLOGIA UMANA	63.631	71.783
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE DI TOSSICOLOGIA AMBIENTALE	70	70
VIGILANZA SUI CANTIERI EDILI (SOPRALLUOGHI ESEGUITI)	560	534
NUMERO DI SOPRALLUOGHI A CARATTERE ISPETTIVO IN AMBIENTE DI LAVORO	2.060	2.100
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI	248	220
NUMERO COMPLESSIVO DI VISITE MEDICHE	57	123
NUMERO DI INIZIATIVE DI INFORMAZIONE	20	20
NUMERO REGISTRI CARICO/SCARICO CONTROLLATI	1.316	1.245
NUMERO DI CAPI CONTROLLATI CON PROVE UFFICIALI PER BRUCELLOSI BOVINA	6.958	4.130
NUMERO COMPLESSIVO DI CARCASSE SOTTOPOSTE A ISPEZIONE POST-MORTEM	92.951	88.156
NUMERO COMPLESSIVO DI DETERMINAZIONI PIANO RESIDUI E FITOSANITARI *	240	233
CAMPIONI DI MIDOLLO ALLUNGATO PER TEST RAPIDO ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI**	1.052	1.363
NUMERO DI AZIENDE/STRUTTURE RICONOSCIUTE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE AI SENSI DEL REG. (CE) 882/2004	160	155

Servizio Territoriale

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 U.O.

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 Consulenti, 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 BFCI che coinvolge tutti i Consulenti, 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 alle 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, GrLomb, GrPiscina);
- 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 endovena 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.

Servizio Ospedaliero Provinciale

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.

Nella tabella qui sotto sono presentati alcuni indicatori relativi all'attività ospedaliera anno 2017

	GIORNATE DEGENZA (ORD.)	GIORNATE DEGENZA (DAY HOSPITAL)	N. DIMESSI (DEGENZA ORD.)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	178.795	32.760	25.411	9.545	151.115.204
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	78.937	5.897	11.447	3.217	53.179.491
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	14.835	3.013	2.257	1.250	10.576.754
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	18.215	2.137	2.046	1.130	9.231.885
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	22.975	3.714	3.649	1.270	13.976.648
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	23.154	3.301	2.126	1.479	9.708.034
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	15.335	2.179	2.228	718	9.761.755
TOTALE	352.246	53.001	49.164	18.609	257.549.772

	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO UTILIZZAZIO NE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIO NE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	29.561	7.565	1,16	0,79	83,88%	144,83%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	12.002	2.455	1,05	0,76	83,82%	108,00%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2.520	1.160	1,12	0,93	67,74%	115,88%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2.142	912	1,05	0,81	75,61%	102,74%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	3.515	1.055	0,96	0,83	77,71%	89,28%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2.153	1.303	1,01	0,88	79,29%	115,42%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2.496	640	1,12	0,89	84,03%	83,81%
TOTALE	54.388	15.089	1,11	0,81	81,85%	125,06%