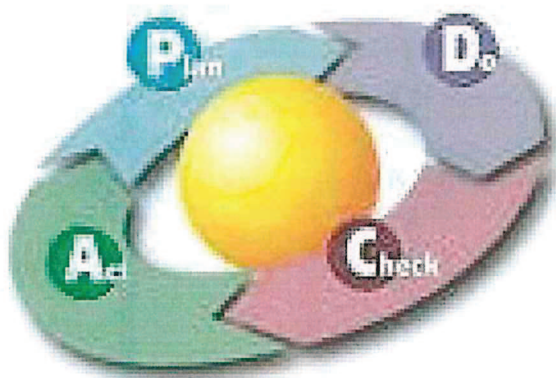




Esercizio 2015



Relazione sulle performance



2008



2014



19/7/2016

Paolo Secchi
Roberto Albertini
Mario Giampà

1
No PS

Relazione sulle performance esercizio 2015

1	Premessa.....	3
2	L'A.O.U. Ospedali riuniti di Trieste: caratteristiche dimensionali , contesto di riferimento e strutturazione del ciclo delle performance.....	5
2.1	Il contesto normativo di riferimento.....	5
2.2	Il contesto demografico	8
2.3	Evoluzione dello scenario in cui l'Azienda si trova ad operare	12
2.4	La domanda soddisfatta da AOUTs.....	15
3	La performance Aziendale nel 2015	17
3.1	Programmazione aziendale 2015: gli obiettivi ed i risultati	18
3.1.1	Strategia e risultati 2015	18
3.1.2	I vincoli operativi	27
3.1.3	L'attività 2015: dati ed indicatori di funzionalità	33
3.2	Livelli di raggiungimento degli obiettivi correlati alle linee progettuali: dettagli ..	45
3.3	Il ciclo delle performance ed i piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	86
3.4	Indagini sulla qualità percepita e clima	93
3.5	Aggiornamento e crescita professionale.....	96
4	La performance dei Centri di responsabilità.....	105
4.1	Obiettivi gestionali correlati con fondi di risultato e produttività collettiva.....	105
4.2	Obiettivi gestionali correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali	108
5	La performance individuale	109
5.1	Sintesi dei risultati per l'area del Comparto	110
5.2	Analisi dei risultati per il personale Dirigente	121

1 Premessa

Il presente documento che conclude formalmente il ciclo di gestione 2015 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste (di seguito, per brevità, AOUTs), viene redatto in conformità a quanto previsto dall'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 nonché dall'art. 6 comma 2 della L.R. 16 dd 11 agosto 2010 recante *“Norme urgenti in materia di personale e di organizzazione nonché in materia di passaggio al digitale terrestre”* che, nello specifico, prevede la stesura di *“un documento di relazione sulla prestazione che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti”*.

Lo stesso viene inoltre prodotto a tre mesi dall'avvio di un nuovo assetto aziendale che deriva dall'applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 679 dd. 22.4.2016 recante all'oggetto *“LR 17/2014: avvio delle Aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e di Udine ai sensi dell'art. 4, comma 2, e atti conseguenti ai sensi dell'art. 10, comma 6”*, cui è stata data attuazione con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.4.2016, che ha preso atto, tra l'altro:

- dell'incorporazione, a decorrere dal 1.5.2016, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria *“Ospedali riuniti”* di Trieste da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 *“Triestina”*, la quale subentra nelle funzioni del predetto ente soppresso, secondo le modalità definite con il protocollo d'intesa approvato con la deliberazione giunta n. 612 del 13 aprile 2016 e sottoscritto in data 22 aprile 2016;
- del fatto che a decorrere dal 1.5.2016, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 *“Triestina”* viene ad assumere il nome di Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
- che, oltre alle funzioni di cui al precedente punto, all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, con decorrenza 1.5.2016, sono trasferiti, come precisato al citato articolo 5 del protocollo d'intesa, il patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria *“Ospedali riuniti”* di Trieste consistente nel risultato della ricognizione dei beni mobili registrati e immobili di cui al decreto dell'A.O.U. n. 107 del 29 marzo 2016, recepito nei relativi contenuti, nonché tutti i rapporti giuridici attivi e passivi che fanno capo all'ente incorporato, ivi compresi i rapporti di lavoro;

La Relazione fornisce il quadro dei risultati raggiunti nel 2015 a livello aziendale, di struttura operativa ed individuali con riferimento agli obiettivi ed alle risorse definiti nell'ambito del Piano delle Performance per il medesimo esercizio dell'AOU di Trieste che

nel medesimo esercizio manteneva quindi un assetto istituzionale indipendente ancorché assoggettata ad una gestione commissariale unica assieme all'allora A.A.S. n. 1 triestina .

Nel seguito del documento, tali dinamiche vengono dettagliatamente descritte inquadrando l'attività dell'AOU di Trieste nel più ampio scenario costituito dal quadro normativo di riferimento e dal contesto in cui la stessa si è trovata ad operare.

Per quanto attiene la strutturazione del documento, si evidenzia che la parte relativa alle performance a livello aziendale costituisce un estratto della "Relazione sulla gestione" allegata al Bilancio Consuntivo 2015 adottato con Decreto 157/2016 ("Preso d'atto della Relazione del Collegio Sindacale al Bilancio d'esercizio 2015 e definitiva approvazione del Bilancio di esercizio e del rendiconto finanziario 2015") del Commissario Straordinario dell'A.O.U. di Trieste, mentre le parti relative alle performance delle articolazioni organizzative ed individuali, rappresentano la sintesi degli esiti delle valutazioni effettuate in seconda istanza dall'Organismo Indipendente di Valutazione delle prestazioni.

2 L'A.O.U. Ospedali riuniti di Trieste: caratteristiche dimensionali , contesto di riferimento e strutturazione del ciclo delle performance

Il Ciclo delle performance è dettagliatamente descritto nel documento “Ciclo della performance e sistema dei controlli interni” pubblicato sul sito internet dell’Azienda alla sezione “Amministrazione trasparente / Performance / Piano delle performance”. Di seguito si riportano alcuni aspetti di sintesi ed i riferimenti ai provvedimenti regionali ed aziendali che hanno caratterizzato il 2015.

2.1 Il contesto normativo di riferimento

Il ciclo della Performance Aziendale, coincide con il cosiddetto ciclo della programmazione strategica e si ricollega agli obiettivi di medio lungo termine derivanti dalla mission aziendale. L’Azienda Ospedaliero-Universitaria, in quanto Ente di diritto pubblico ancorché dotato di autonomia imprenditoriale, svolge la propria mission nell’ambito dei più ampi Sistemi Sanitari Regionale (SSR) e Nazionale (SSN). Non è in tal senso autoreferente, ma deve rispondere alle esigenze di un complesso sistema - normato da leggi nazionali e regionali - di cui fanno parte una molteplicità di Enti con cui l’Azienda stessa deve interfacciarsi per adeguare i propri comportamenti alle esigenze di salute della popolazione. La mission aziendale non si esaurisce, infatti, nella semplice erogazione di volumi di prestazioni, in quanto l’outcome ovvero l’efficacia delle prestazioni stesse, prevede che vi sia un costante confronto con gli Enti sovraordinati (la Regione), gli Enti di pari livello (Aziende Sanitarie, IRCCS, ecc.) e le rappresentanze del territorio (Comuni, provincie ovvero forme di aggregazione degli stessi come la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale) e



dell’utenza per la definizione quali-quantitativa delle esigenze da soddisfare.

Il quadro di riferimento regionale 2015 è stato profondamente modificato dalla nuova L.R. n. 17 del 16 ottobre 2014 recante “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”.

Da un contesto che fino al 31/12/2014 risultava essere articolato in sei Aziende per i Servizi Sanitari, un'Azienda Ospedaliera, due Aziende Ospedaliero Universitarie e due IRCCS, si passa, a far data dal 01/01/2015, ad un assetto descritto dagli Articoli 3, 4 e 5 comma 1, che si riportano di seguito in forma integrale:

<<

Art. 3

(Enti del Servizio sanitario regionale)

1. Per assicurare una piena e completa presa in carico della salute del cittadino e garantire la continuità dell'assistenza, nonché una maggiore efficienza, efficacia e uniformità nella gestione dei fattori produttivi, a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono enti del Servizio sanitario regionale:

- a) le Aziende per l'assistenza sanitaria di cui all'articolo 5;
- b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- c) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano;
- d) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

2. Le aziende di cui al comma 1, lettera b), assicurano un approccio integrato per una gestione sinergica della propria attività istituzionale con l'attività istituzionale rispettivamente dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5.

Art. 4

(Integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università)

1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 2, a decorrere dall'1 gennaio 2015 e per il periodo massimo di due anni:

- a) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario;
- b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario.

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, **entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine** subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell' articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche. La Regione addiviene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 2 devono avere la finalità di integrazione delle funzioni, evitando la duplicazione di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative.

Art. 5

(Aziende per l'assistenza sanitaria)

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;
- b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.

...omissis>>

Nelle more dell'incorporazione dell'AAS 1 e dell'AOU di Trieste nell'Azienda Sanitaria universitaria integrata, per il 2015 è stata quindi prevista una gestione commissariale unica per i due enti che mantengono tuttavia la loro autonomia. Di conseguenza, il documento "Ciclo delle performance ed il sistema dei controlli interni" è stato aggiornato, recependo le innovazioni di cui alla L.R. 17/2014 ed alle successive disposizioni in materia. Tale documento è stato adottato nella sua revisione definitiva con Decreto CS 317/2015.

Per quanto attiene la Programmazione Regionale 2015, si ritiene utile riportare di seguito gli atti che hanno informato i provvedimenti aziendali in materia:

DGR 2560 del 22.12.2015: Lr 49/1996, art 22. gestione del servizio sanitario regionale: Il rendiconto trimestrale 2015 di valutazione economica, finanziaria e gestionale del servizio sanitario regionale.

- DGR 2434 del 4.12.2015: Dgr 1363/2015 e dgr 1871/2015 'lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2015 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni.

- DGR 1871 del 25.9.2015: Dgr 1363/2015 'lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2015 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni.

- DGR 1813 18/09/2015: "Disposizioni con riferimento alla Legge 125/2015 "conversione in legge con modificazioni del DL 78/2005 recante 'disposizioni urgenti in materia di enti territoriali'"

- DGR 1364/ del 10.7.2015 Patto tra regione e i commissari straordinari/direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale

- DGR 1363 del 10.7.2015: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2015 del servizio sanitario regionale.

- DGR 394 del 6.3.2015: Lr 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2015: approvazione definitiva.

2.2 Il contesto demografico

L'AOU di opera prevalentemente su un territorio di 211,82 kmq coincidente con la Provincia di Trieste, con una popolazione complessiva di 236.186 abitanti (fonte SISSR), distribuiti in 6 comuni (Duino Aurisina, Monrupino, Muggia, San Dorligo della Valle, Sgonico, Trieste) e 3 ambiti, suddivisi in 4 distretti afferenti all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina.

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

Popolazione al 1/1/2015	Femmine		Maschi		TOTALE	
Classi di età	valore	%	valore	%	valore	%
0-13	11.982	9,67	12.850	11,43	24.832	10,51
14-64	72.344	58,35	71.960	64,15	144.304	61,12
65-74	17.279	13,93	14.474	12,90	31.753	13,45
ultra75	22.394	18,06	12.903	11,52	35.297	14,91
Totale	123.999		112.187		236.186	

La distribuzione per fasce di popolazione per Distretto è la seguente:

Classi di età	Distretto 1						Distretto 2					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-13	3.318	10,33	3.507	11,78	6.825	11,02	2.702	9,27	2.962	11,30	5.664	10,23
14-64	18.947	58,88	18.987	63,82	37.934	61,25	17.269	59,16	17.362	66,33	34.631	62,54
65-74	4.413	13,70	3.920	13,18	8.333	13,46	3.807	13,06	3.039	11,62	6.846	12,37
ultra75	5.503	17,10	3.348	11,27	8.851	14,27	5.405	18,51	2.810	10,75	8.215	14,86
Totale	32.181		29.762		61.943		29.183		26.173		55.356	

Classi di età	Distretto 3						Distretto 4					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-13	2.938	9,36	3.111	10,81	6.049	10,07	2.986	9,68	3.236	11,89	6.222	10,72
14-64	17.832	56,71	17.706	61,53	35.538	59,01	18.107	58,74	17.755	65,13	35.862	61,76
65-74	4.988	15,85	4.359	15,14	9.347	15,51	4.048	13,12	3.150	11,55	7.198	12,39
ultra75	5.692	18,11	3.604	12,52	9.296	15,43	5.674	18,43	3.121	11,44	8.795	15,14
Totale	31.450		28.780		60.230		30.815		27.262		58.077	

Il bacino per alcune funzioni hub si estende anche alla Provincia di Gorizia e per gli ospedali delle due città (Gorizia e Monfalcone) l'AOU di Trieste gestisce anche la funzione immunotrasfusionale (raccolta e distribuzione sangue ed emoderivati ed attività laboratoristica correlata). L'AOU di Trieste rileva anche una sensibile attrazione extra-regionale dell'ordine del 5,3% dei ricoveri.

Da ultimo si evidenzia che la popolazione di riferimento utilizzata per il riparto delle risorse economiche 2015 nelle "Linee per la gestione del SSR nel 2015" (di cui alla DGR 394 dd 06/03/2015) è riportato nella seguente tabella:

	Regione	AAS1	AAS2	AAS3	AAS4	AAS5
popolazione secca al 31/12/2013	1.229.456	235.793	253.397	171.980	253.642	314.644
popolazione pesata al 31/12/2013 (pesi FSN 2013)	1.347.592	275.607	280.319	188.435	276.538	326.693
popolazione pesata > 65 al 31/12/2013	742.356	163.594	155.955	103.774	150.589	168.444
popolazione pesata > 65 al 31/12/2013 oltre 500 m alt.	18.224			16.251	140	1.833

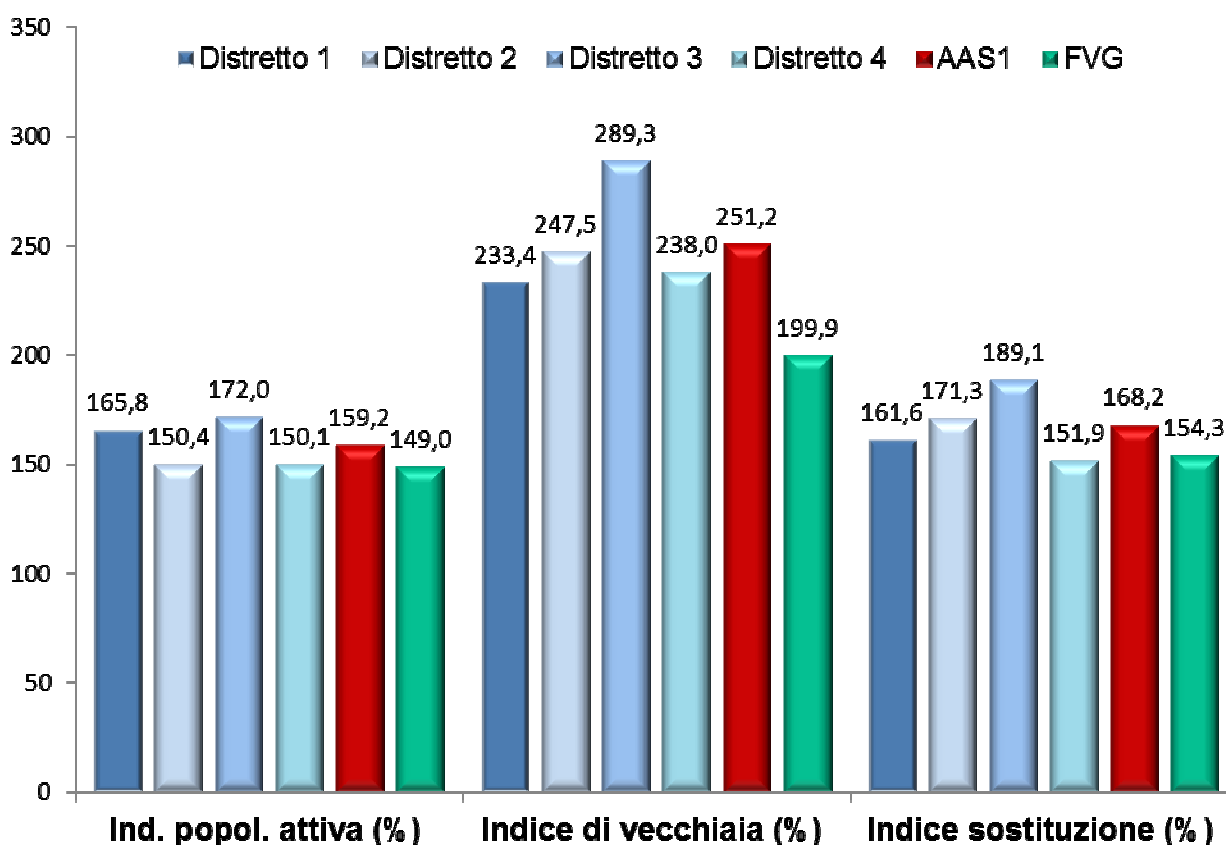
Il quadro demografico di ASS1 (popolazione riferita al 1/1/2015 - anagrafe comunale, fonte SISR). Nella tabella e nei grafici che seguono si esprime in sintesi il confronto demografici tra AAS1, Distretti e regione FVG sui principali indicatori.

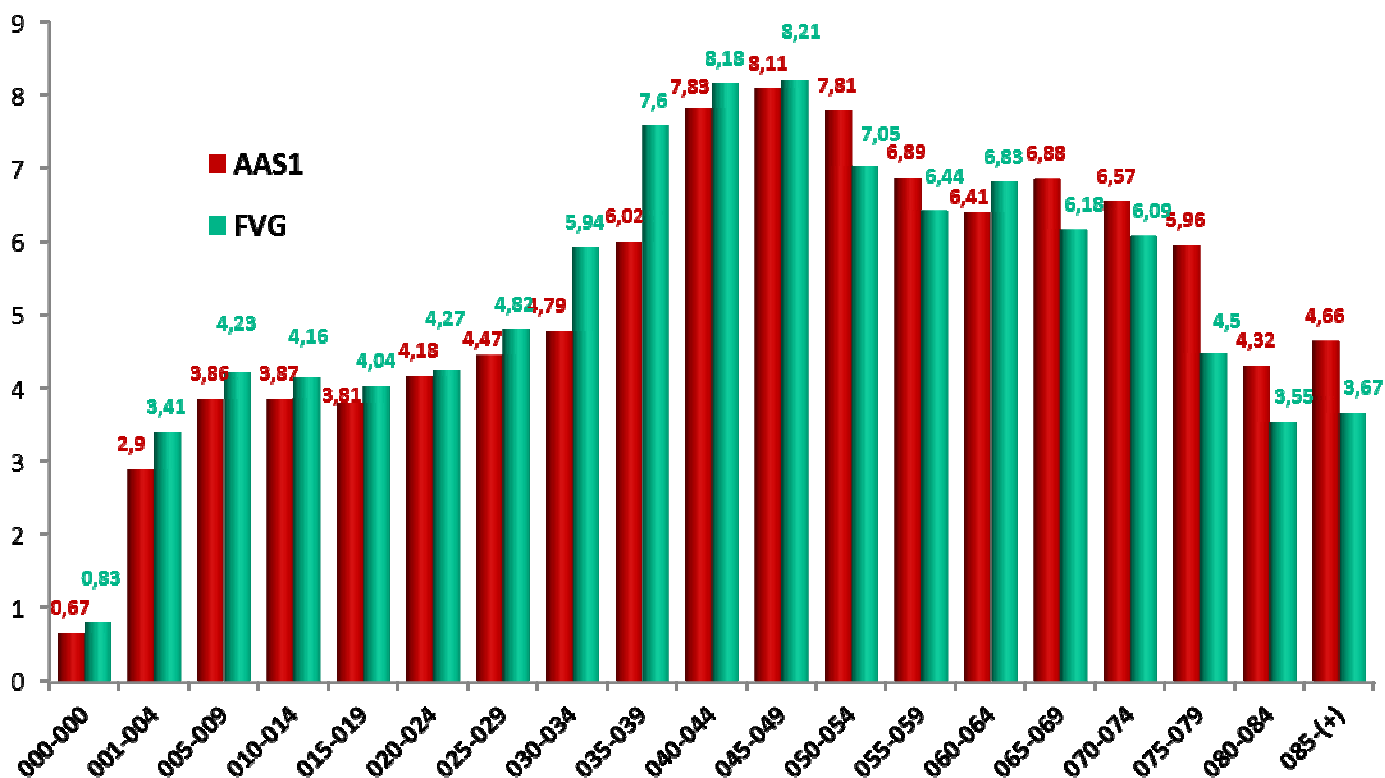
INDICATORI	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	ASS1	FVG
Ind. dip. giovanile (%)	19,69	17,79	18,34	19	18,74	20,15
Ind. dip. senile (%)	45,95	44,03	53,05	45,22	47,07	40,28
Ind. popol. attiva (%)	165,8	150,35	171,98	150,07	159,18	148,98
Indice di carico (%)	23,08	22,59	23,66	23,67	23,28	24,43
Indice di dipendenza (%)	65,65	61,81	71,39	64,22	65,81	60,43
Indice di fecondità (%)	4,05	4,79	4,06	4,53	4,4	4,58
Indice di vecchiaia (%)	233,35	247,51	289,26	238,03	251,24	199,87
Indice sostituzione (%)	161,57	171,34	189,13	151,93	168,15	154,32

Si segnala come AAS1 presenti un indice di vecchiaia che supera di oltre 50 punti la media regionale. Ciò a fronte di una popolazione ultra 65enne che ha superato oramai la soglia del 28% del totale della popolazione residente (+3,27% rispetto al valore del FVG), e quella ultra settantacinquenne che sfiora il 15% (+2,33% rispetto al dato FVG). In generale da tutti i confronti il quadro demografico di AAS1 è pesantemente più sfavorevole rispetto al contesto regionale.

Ciò risulta fondamentale per una corretta interpretazione dei risultati della performance aziendale per l'anno 2015.

Classi di eta	AAS1		FVG		Differenza %
	valore	%	valore	%	
0-14	26.688	11,3	154.161	12,56	-1,26
15-64	142.448	60,31	764.945	62,33	-2,02
65-74	31.753	13,44	153.433	12,5	0,94
Over 65	67.050	28,38	308.129	25,11	3,27
Over 75	35.297	14,94	154.696	12,61	2,33
TOTALE	236.186	100	1.227.235	100	



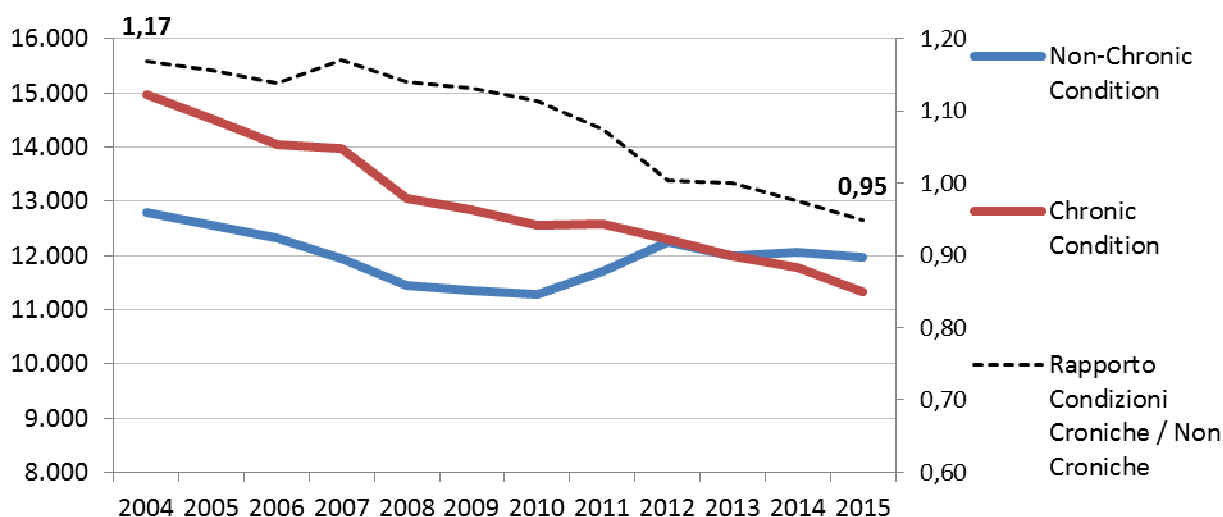


La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2015 è pari a **100.403** unità (54.455 per motivi di reddito, 77.089 per altri motivi). Nella tabella che segue in sintesi e per tipologia il quadro delle esenzioni al 1/1/2015 e al 1/1/2016:

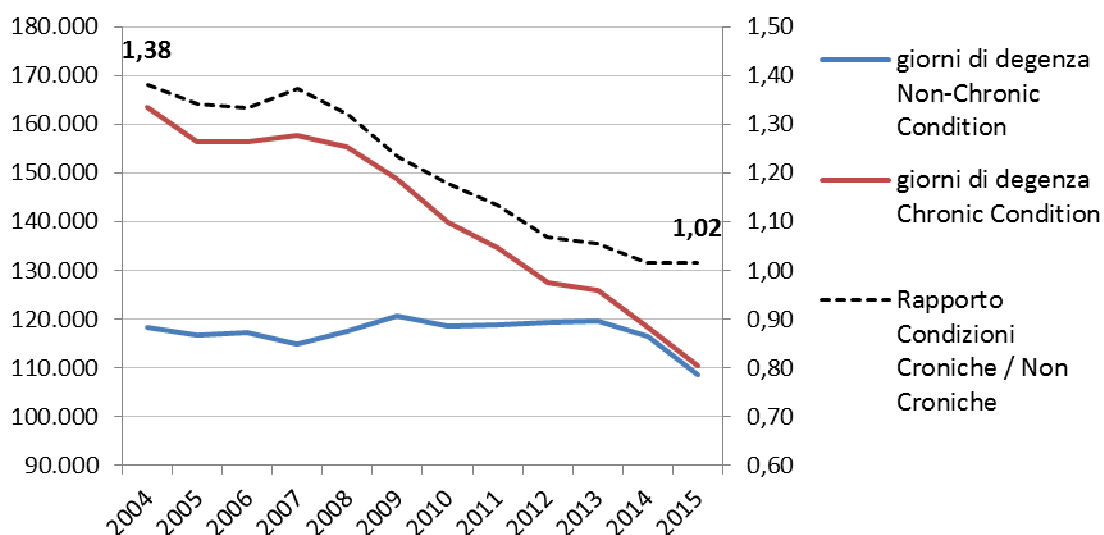
	1/1/2015		1/1/2016	
	Esenti	Esenzioni	Esenti	Esenzioni
Gravidanza	930	970	898	950
DEL 22.11.91 N. 6033 (AFIR)	66	66	67	67
Invalidità	18.345	19.193	18.305	19.153
Malattie rare	2.379	2.431	2.544	2.598
Patologia	65.023	94.539	65.829	96.062
ISEE contrib. Reg.	-	-	1.733	1.733
Reddito	53.213	54.919	54.455	56.108
Non Reddito	74.959	117.199	77.089	120.563
TOTALE	98.720	173.681	100.403	176.481

2.3 Evoluzione dello scenario in cui l'Azienda si trova ad operare

Come noto lo scenario in cui opera l'Azienda ospedaliero universitaria è contraddistinto dall'incremento della speranza di vita dei residenti, in un contesto caratterizzato da indici socio-demografici unici in Italia. La provincia di Trieste, infatti, è la più anziana d'Italia e presenta un indice di vecchiaia pari a 249/100. Anche l'indice di dipendenza strutturale (residenti attivi/non attivi) è di sei punti superiore alla media regionale e di oltre 10 superiore a quella italiana. La proporzione di ultrasessantacinquenni nella popolazione triestina ha superato il 28%. Questi indici socio-demografici contribuiscono all'incremento del numero di persone affette da patologie croniche (una persona su tre ha almeno una patologia cronica; due su 5 sono affette contemporaneamente da due o più malattie croniche). Ciò si riflette sulla tipologia dei ricoveri in Azienda, in quanto è evidente il peso relativo delle patologie croniche sul totale delle dimissioni, che ha un riflesso su degenza ed esiti. Tuttavia tale rapporto, negli ultimi dieci anni, è in costante diminuzione. Il rapporto tra dimissioni ordinarie per condizioni di cronicità e condizioni acute (non croniche) era pari a 1,17 nel 2004. Nel 2015 è pari a 0,95.



Lo stesso, in maniera più marcata, si è verificato relativamente alle giornate di degenza. Il successivo grafico evidenzia la costante e rilevante diminuzione delle giornate di degenza ordinarie per gruppo di patologie, croniche e non. Il rapporto tra giornate di degenza cumulate da pazienti dimessi per una condizione di cronicità rispetto a chi era dimesso con una condizione non cronica era di 1,38 nel 2004. Questo rapporto è sceso a 1,02 nel 2014 e nel 2015, ossia si è ridotto del 30%.



La degenza media per i pazienti con una condizione cronica come diagnosi principale era di 10 giorni nel 2014 e si è ridotta a 9.7 gironi nel corso del 2015. Per le condizioni non croniche la degenza è di poco superiore ai 9 giorni. Nel complesso si sono risparmiate quasi 16.000 giornate di degenza ordinaria. Una dimissione su tre presenta almeno un'altra condizione cronica oltre la diagnosi principale (Indice di Charlson, dati SDO 2015). Quasi il 14% dei dimessi ha due o più condizioni di cronicità associate ad una diagnosi principale diversa (chirurgica o medica, in acuzie). Un dato rilevante è, per esempio, che il diabete mellito è diagnosi secondaria nel 9,4% dei dimessi, seguita dalla BPCO (bronco-pneumopatia cronica ostruttiva) con il 6,1%. Uno scompenso cardiaco congestizio si associa ad altre diagnosi di ricovero nel 5,1%. Pertanto, la comorbidità associata alle patologie acute è rilevante, così come la prevalenza delle patologie croniche trattate in ospedale. Come si evincerà anche dalla lettura del resto del documento, l'avvio dei percorsi di cura integrati o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i pazienti residenti in Provincia di Trieste già precedentemente elaborati nel corso del 2014 si inseriscono in questo contesto operativo ospedaliero. I principali PDTA sui quali si sono confrontati operatori di AAS1, Burlo e AOUTs, spesso coinvolgendo le Associazioni dei pazienti sono stati quelli per le donne con cancro alla mammella, BPCO, scompenso cardiaco, ictus, mesotelioma pleurico, frattura del femore e protesi d'anca. A questi si è associato un tavolo tecnico che ha definito il percorso attuativo per la gestione dei pazienti diabetici. La metodologia di lavoro ha permesso ai professionisti di considerare il trattamento della persona ammalata ed il suo problema di salute in modo cooperativo, sperimentando pertanto una prima forma di integrazione clinica sul "micro livello" operativo. Questo a dimostrazione che l'assistenza richiede frequentemente il contributo di

più attori all'interno di un sistema molto complesso. Le esperienze hanno mirato a valutare la congruità delle attività rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili. In altri termini, nel corso del 2015 è stato possibile comparare il percorso teorico (ideale) tracciato sulla carta con quello praticato realmente nel territorio triestino.

2.4 La domanda soddisfatta da AOUTs

Una giornata di servizio “tipo” in Ospedale è fatta dai numerosi contatti, intendendo qualsiasi azione clinica o tecnica che, in media, ciascun medico, infermiere, riabilitatore, OSS, tecnico, ha con i pazienti. Nel 2015 se ne sono stati contati in media oltre 4.100.

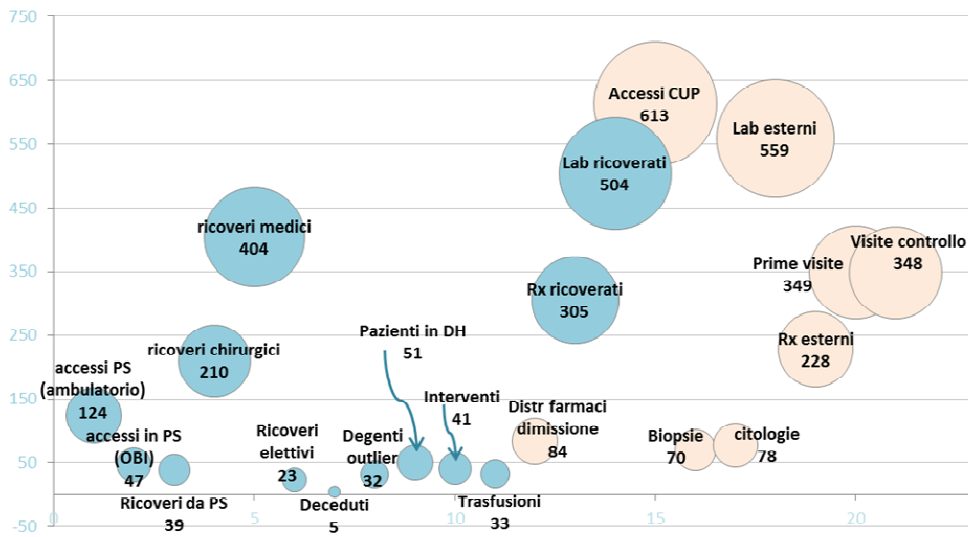
Il profilo che emerge potrebbe essere rappresentato nella seguente Tabella come attività clinica (diagnostica e di assistenza) tipica di una giornata infrasettimanale.

Contatti in media per giorno (nr. Pazienti che accedono ai servizi)

Una giornata in Ospedale nel 2015	
124	accessi PS (ambulatorio)
47	accessi in PS (OBI)
39	Ricoveri da PS
210	ricoveri in area chirurgica
404	ricoveri in area medica
23	Ricoveri elettivi
5	Deceduti
32	Degenti outlier
51	Pazienti in Day Hospital
41	Interventi chirurgici
33	Trasfusioni
84	Distribuzione di farmaci alla dimissione
305	Rx per ricoverati
504	Esami di laboratorio per ricoverati
613	Accessi CUP
70	Biopsie
78	Citologie
559	Esami di laboratorio per esterni
228	Esami di radiologia per esterni
349	Prime visite
348	Visite controllo
4.147	Media dei contatti con pazienti ogni giorno da parte dei medici, infermieri, riabilitatori, OSS, tecnici dell'Ospedale

La successiva Infografica rende eloquente il peso relativo di ciascuna attività per le specifiche funzioni elencate nella tabella precedente.

Una giornata in Ospedale nel 2015



I contatti “prevalenti” sono attribuibili ad attività di tipo diagnostico (dall’accesso diretto al prelievo alla refertazione); tuttavia, l’assistenza ai pazienti ricoverati in regime “ordinario” si realizza attraverso il contatto di infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia e di laboratorio, OSS, medici o altro personale laureato con 670-680 persone ogni giorno

3 La performance Aziendale nel 2015

Il quadro delle performance a livello aziendale descritto nel presente documento deriva da una sintesi dei risultati conseguiti nel 2014 ampiamente dettagliati nella Relazione al Bilancio Consuntivo 2015 approvata in via definitiva con Decreto AOUTs CS 157/2016 recante “Presa d'atto della Relazione del Collegio Sindacale al Bilancio d'esercizio 2015 e definitiva approvazione del Bilancio di esercizio e del rendiconto finanziario 2015”.

Rimandando per i dettagli alla relativa documentazione, peraltro specificatamente descritti nel “Piano Aziendale 2015” e nel “Bilancio Consuntivo 2015”, per quanto concerne l'esercizio in argomento, si ritiene di evidenziare anche in questa sezione alcune peculiarità riguardanti i principali vincoli/obiettivi posti dall'Amministrazione regionale agli enti del SSR nell'ambito del processo di Programmazione 2015

Data la rilevanza dei vincoli sulle risorse professionali, economiche e strumentali che hanno caratterizzato l'esercizio in argomento, appare opportuno riportare per prima nella presente relazione, una sintetica digressione (estratta dalla relazione sulla Gestione dell'AOUTs) su questi aspetti e sulla loro correlazione con le molteplici riorganizzazioni - anche strutturali - attuate al fine di conseguire gli obiettivi quali-quantitativi di attività in un contesto caratterizzato da una contrazione delle risorse a disposizione.

Di seguito, quindi, si relazionerà in merito ai risultati conseguiti a margine dei vincoli gestionali e si attenderà alla descrizione degli aspetti quali-quantitativi dell'attività erogata nel 2015.

Per quanto attiene invece gli specifici obiettivi di attività assegnati all'Azienda nel suo complesso (Ciclo delle performance aziendali), si ritiene invece rimandare alla lettura delle tabelle di sintesi riportate in coda al capitolo.

3.1 Programmazione aziendale 2015: gli obiettivi ed i risultati

Nel rimandare per i dettagli alla lettura degli schemi di sintesi relativi ai risultati conseguiti a margine delle progettualità per l'esercizio 2015 e dei cosiddetti "obiettivi di Patto" di seguito riportati, si ritiene utile, in questa sede, fornire una visione d'insieme riprendendo lo schema descrittivo degli assi prioritari della strategia di sistema condivisa tra AAS 1 e AOUTs riassunti nei rispettivi PAL/PAO.

3.1.1 Strategia e risultati 2015

Tale strategia è riassunta nella seguente infografica:

Integrazione		
Continuità assistenziale <small>(sviluppo ed applicazione di PDTA integrati ospedale-territorio che permettano alle aziende di promuovere una logica di rete)</small>	Gestione della cronicità <small>per favorire il passaggio dalla medicina d'attesa alla presa in carico (integrazione MMG, assistenza distrettuale e specialisti ospedalieri)</small>	
Appropriatezza ed efficienza nell'attività di ricovero		
<small>potenziare e rendere più efficiente il filtro attuato dal Pronto Soccorso</small>	<small>governo dei posti letto e riduzione del fenomeno dei «fuori reparto»</small>	<small>garantire performance in linea con gli standard regionali e nazionali</small>
Coadiuvare le attività di riorganizzazione e le progettualità previste dalla Programmazione regionale <small>con particolare riferimento all'avvio dell'ASUI ed alle funzioni di laboratorio/microbiologia (Area Vasta)</small>		
Investimenti		
Strutture edilizie	Attrezzature	
Accurata gestione delle risorse		

In quanto all'integrazione si sottolinea che il perfezionamento del percorso definito dalla riforma del SSR in merito all'attivazione della nuova ASUI, era inteso non come mera

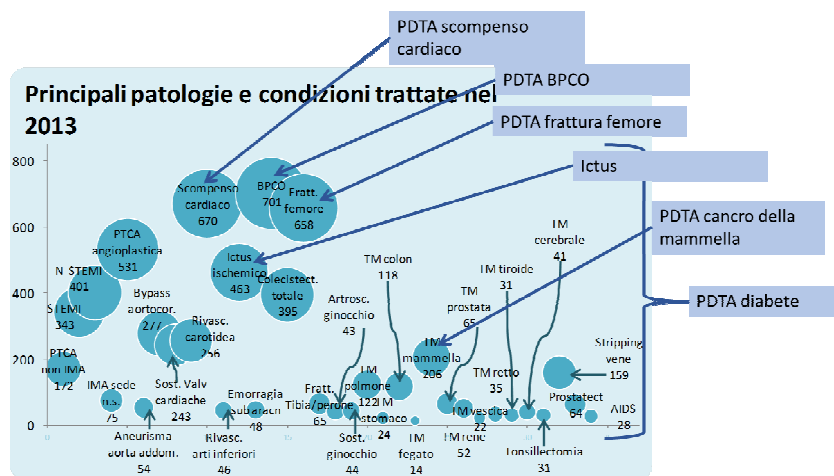


applicazione di quanto previsto dalla Legge di riforma ma come avvio di un nuovo modello di sanità che da un lato andasse ad estendere l'integrazione dell'attività di didattica e ricerca anche nel settore dei servizi sanitari territoriali e, dall'altro, attivasse percorsi di semplificazione di un'organizzazione figlia dello sviluppo separato di due Aziende. Il perfezionamento formale di tale attività,

seguendo una tempistica scandita dai necessari passaggi istituzionali di natura sovra-aziendale, come noto (si vedano le Linee per la gestione del SSR nel 2016) è previsto avvenga nel corso dell'esercizio 2016. Tuttavia, le due aziende, come da piano, hanno avviato azioni propedeutiche di verifica e confronto dei rispettivi modelli operativi nei diversi settori dall'area clinico-sanitaria a quelle tecnico amministrative di supporto, con l'obiettivo di agevolare l'avvio dell'ASUI.

Per quanto attiene il potenziamento della continuità clinico/assistenziale (inteso come lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali –PDTA- condivisi capaci di usare nella maniera ottimale e più appropriata le risorse di entrambe le Aziende), questo prevedeva il coinvolgimento di tutte le realtà operative ospedaliere (Dipartimenti, Reparti, Servizi) e quelle territoriali (Distretti, Dipartimenti, CCV, CSO, 118, inclusi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) con le loro nuove forme associative, le strutture intermedie –RSA, Hospice-).

Altrettanto importante il correlato tema della gestione della cronicità, che prevedeva il



Nel 2015 AAS1 e AOOTS (anche in collaborazione con IRCCS Burlo) hanno sviluppato, con gruppi di lavoro comuni, i PDTA su alcune patologie di grande impatto, definendo anche sinergie e responsabilità, criteri di appropriatezza, obiettivi sanitari da raggiungere assieme.

In pratica la scelta strategica è quella di non pensare in termini di somma matematica di diverse organizzazioni (Reparti, Dipartimenti, Distretti, ecc.) ma di spingere verso una armonica collaborazione di professionisti che agiscono sulla base di scelte comuni con l'attivazione, anche formale, di reti basate sui percorsi di salute delle persone.

I percorsi, selezionati con una logica di priorità ed i principali risultati conseguiti nel 2015, sono riportati nella seguente figura:

	Formazione/ Informazione	Principali RISULTATI (in ospedale)
PDTA scompenso cardiaco	2 incontri	Ricoveri invariati; +0,2 gg degenza media;
PDTA BPCO	3 incontri	-14% ricoveri (tutte le età); -0,2 gg degenza media;
PDTA frattura femore	10 incontri	70% di 65+ anni operati <48h; -4 gg degenza;
PIC ictus	8 incontri	77 trombolisi effettuate a dicembre 2015; -1,6 gg degenza;
PDTA cancro della mammella	1 incontro	+16% ricoveri; degenza media invariata;
PDTA diabete	4 incontri	-26% ricoveri; +1 g degenza media;

Per il 2016 si intende proseguire sulla strada della costruzione di reti clinico assistenziali e percorsi a partire dai bisogni reali della popolazione, per offrire garanzie di continuità, sicurezza ed eccellenza coinvolgendo appieno i professionisti ospedalieri e territoriali. In tal senso, i settori prioritari saranno:

- gli interventi sulla rete a sostegno delle persone con diabete, sulla rete del dolore e sulla rete delle cure palliative
- la continuazione nella costruzione, già iniziata a livello regionale, delle reti ictus, rene e fegato.

Si è partecipato attivamente al gruppo tecnico regionale relativo al potenziamento dell'odontoiatria sociale (per il quale l'AOUTs è stata individuata quale Ente gestore del relativo finanziamento sovra-aziendale) mettendo a disposizione del gruppo l'esperienza maturata negli anni nell'ambito di uno specifico progetto aziendale frutto dell'integrazione dell'attività didattica e assistenziale nella SC (UCO) Clinica odontoiatrica e stomatologica dell'AOUTs. Il lavoro effettuato a supporto dei tavoli regionali ha permesso di avviare il progetto nel corso del 2016.

Sempre nel settore sanitario, l'attività di riorganizzazione del settore del Laboratorio relativamente al quale la LR 17/2015 prevede per l'Ospedale di Cattinara un ruolo di hub di Area Vasta Giuliano Isontina è stata portata avanti sia sul fronte istituzionale (è stato siglato un primo accordo tra AOUTs e IRCCS Burlo Garofolo per l'avvio nel 2016 della riorganizzazione delle attività di Medicina di Laboratorio) sia sotto il profilo logistico-strutturale (sono state avviate le azioni di riorganizzazione logistica, strutturale e informatica dei laboratori dell'AOU propedeutiche all'acquisizione della funzione di hub)

Infine, per quanto attiene invece le aree dei servizi tecnico-amministrativi di supporto, si evidenzia che, al fine dell'integrazione è stato avviato un percorso fra le due Aziende per il confronto delle attività rispettivamente svolte, delle procedure, dei regolamenti, degli standard operativi, delle risorse umane, delle dotazioni informatiche.

Sono state quindi poste in essere le azioni necessarie all'avvio di una gestione sinergica dell'attività istituzionale prevista peraltro anche dalla programmazione regionale, con l'obiettivo di addivenire, in una prima fase, ad una convenzione per la gestione unificata dei servizi in oggetto, che consentisse l'allineamento progressivo delle politiche e delle procedure delle funzioni di competenza. In particolare, tale percorso ha sinora riguardato l'approvvigionamento dei Farmaci, ambito che riveste particolari complessità in quanto coinvolge istituzionalmente anche le rispettive Farmacie delle due aziende, nonché la logistica di Magazzino. Nel corso del 2015 è stata studiata congiuntamente la futura fase di unificazione dei magazzini attivi nelle due Aziende, anche quale attività propedeutica al previsto successivo inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS. E' stata svolta una accurata ricognizione complessiva del patrimonio immobiliare dedicato a tali funzioni, pervenendo infine alla scelta di destinare il comprensorio di via Travnik quale nuova sede; i relativi adeguamenti edili e impiantistici sono stati resi possibili grazie alle risorse individuate dall'Azienda, che ha richiesto e ottenuto la specifica autorizzazione regionale al relativo impiego.

Ulteriori attività svolte congiuntamente e nell'ottica dell'obiettivo in argomento sono quelle relative alle anagrafiche dei beni, alla condivisione dei fabbisogni per i nuovi appalti economici (ristorazione, asilo nido, etc.), all'avvio di procedure di gara comuni, alla gestione condivisa delle manutenzioni delle apparecchiature biomedicali.

Le attività di cui sopra hanno successivamente permesso nel 2016 il trasferimento del cosiddetto "Magazzino Scorte varie" dell'AOUTs nella nuova sede di Via Travnik e l'avvio dal mese di febbraio delle funzioni interaziendali con apicalità unica dei servizi di Farmacia, Logistica, Gestione Stabilimenti e Informatica/telecomunicazioni

In merito all'appropriatezza ed all'efficienza dell'attività di ricovero, con un approccio integrato tra le Aziende, nel 2015 sono state avviate azioni che hanno portato ad evidenti risultati consentendo di ridurre la pressione su Pronto Soccorso e reparti (in particolare di medicina interna) e, ad un tempo, di avviare le riorganizzazioni strutturali (in particolare dotazione di posti letto) previste dalla Riforma del SSR e dai nuovi assetti logistici conseguenti anche alla ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara.

Tra le azioni poste in essere in tal senso, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione sulle seguenti:

- integrazione con il territorio (vedi sopra anche continuità assistenziale e gestione della cronicità)
 - avvio dei PDTA elaborati nel 2014 per
 - riduzione degenze
 - riduzione accessi evitabili
 - riduzione ricoveri
 - valutazione del punto di vista dei pazienti
- inserimento degli "assistenti di sala" presso il PS Ospedale di Cattinara per coadiuvare l'equipe nella gestione dei pazienti. Un'indagine condotta a fine anno ha permesso di rilevare come il 96% degli intervistati abbia giudicato "utile" il supporto fornito da queste figure;
- potenziamento del PS (+ 1 ambulatorio; +3 medici, +3 Infermieri): tali interventi sono stati posti in essere al fine di migliorare principalmente la logistica riconosciuta come una delle criticità della sede di Cattinara;
- riorganizzazione Medicina d'Urgenza (+7 posti letto) al fine di potenziare le possibilità di accoglimento dal PS del paziente critico (ancora da stabilizzare sotto il profilo clinico) da parte di questa strutture e quindi liberare risorse nel PS stesso;

- riorganizzazione del DAI di Medicina Interna (accoglimento condiviso esteso sulle 24 ore 7 giorni su 7, riorganizzazione logistica Bassa Intensità di Cure con trasferimento della stessa presso l'ospedale di Cattinara e della Clinica medica) finalizzato a massimizzare l'efficienza dello stesso;
- attivazione e potenziamento dei percorsi brevi per ridurre ulteriormente la pressione sul PS (odontostomatologico, oculistico, urologico, otorinolaringoiatrico, dermatologico, chirurgia plastica)
- potenziamento delle ortopedie con attivazione della guardia attiva nel mese di maggio 2015 (+2 medici)
- miglioramento di alcuni indicatori di funzionalità ospedaliera

Altre azioni che pur non coinvolgendo le aree critiche hanno sicuramente coadiuvato le iniziative di cui sopra e si sono sviluppate in area chirurgica:

- riorganizzazione logistica delle funzioni di chirurgia generale, plastica e toracica
- redistribuzione delle sedute operatorie sulla base delle liste d'attesa (governo delle liste d'attesa)

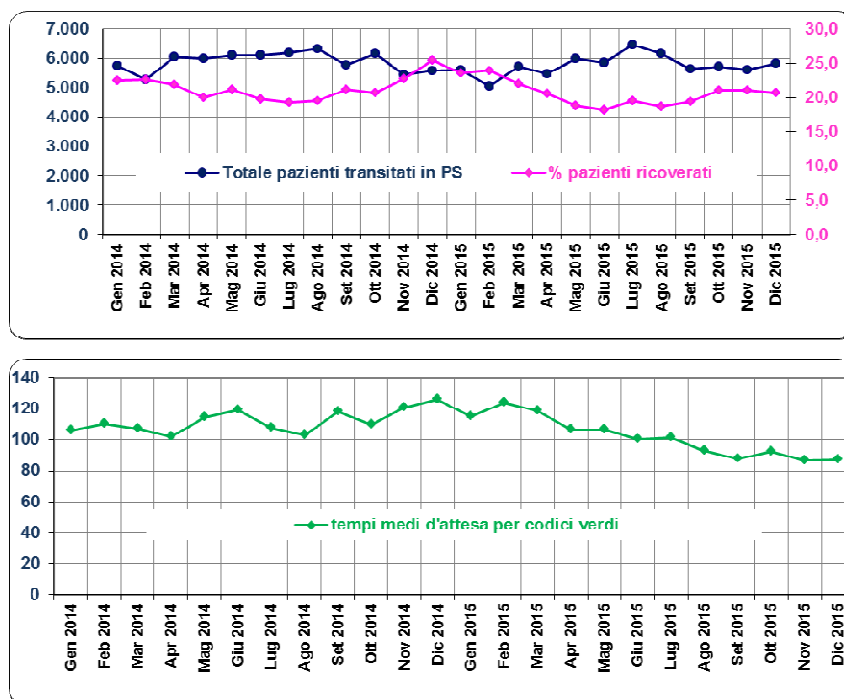
Altre ancora si sono sviluppate nell'ambito dei setting assistenziali alternativi al ricovero (es. governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali)

I dati disponibili permettono di apprezzare un netto miglioramento nelle aree del PS e della medicina interna.

Per quanto attiene il PS, nel 2015 si osservano i seguenti andamenti:

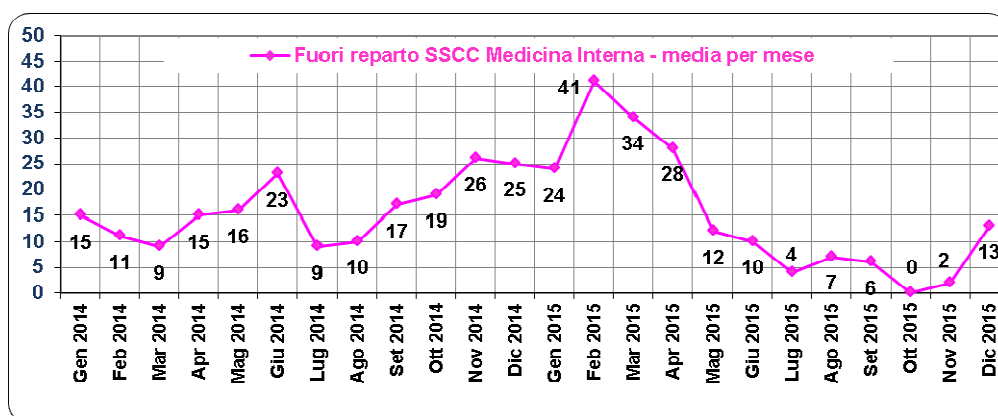
- Ridotti gli accessi al PS di 1.594 casi (-2,3%)
- Ridotta la % di ricoverati dopo accesso al PS dal 25% di dicembre 2014 al 20,7% dicembre 2015
- Ridotti quindi i ricoveri da PS di -854 unità (-5,7%)
- Avviati progressivamente nel I trimestre 2015 i percorsi brevi (6.900 casi trattati in questo regime nel 2015)
- Ridotti i tempi medi di attesa per codici verdi da 126 minuti dicembre 2014 a 87 minuti dicembre 2015

I grafici riportati di seguito rappresentano gli andamenti mensili dei principali indicatori: dal trend degli stessi si può evincere il miglioramento correlato al progredire delle azioni sopra elencate.

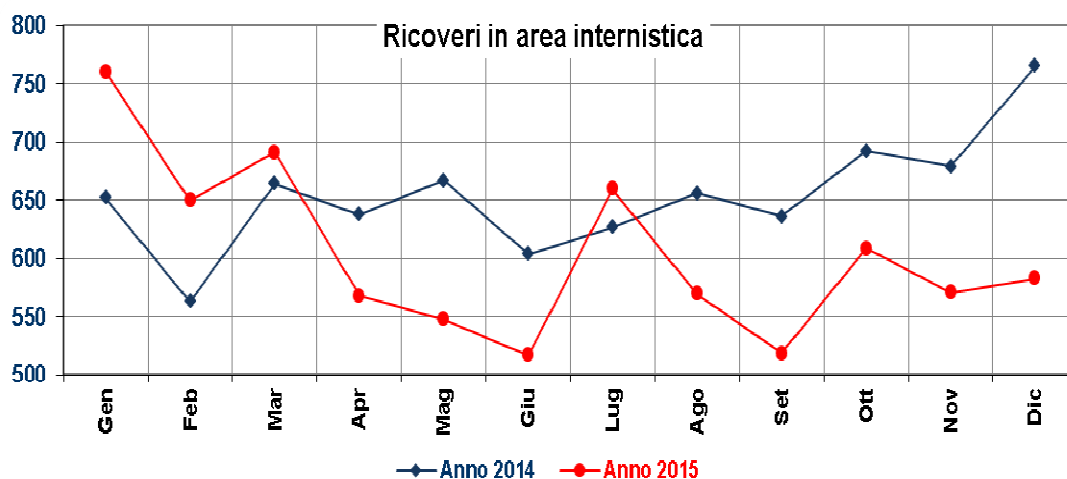


Nel 2016 si prevede di consolidare i risultati e avviare ulteriori azioni miglioramento delle performance in particolare in relazione ai tempi di attesa dei pazienti.

Sul fronte delle medicine interne, nel corso del 2015 le azioni di miglioramento hanno permesso di ridurre il fenomeno dei fuori reparto (pazienti in carico alle medicine interne ma ospitati presso altre strutture

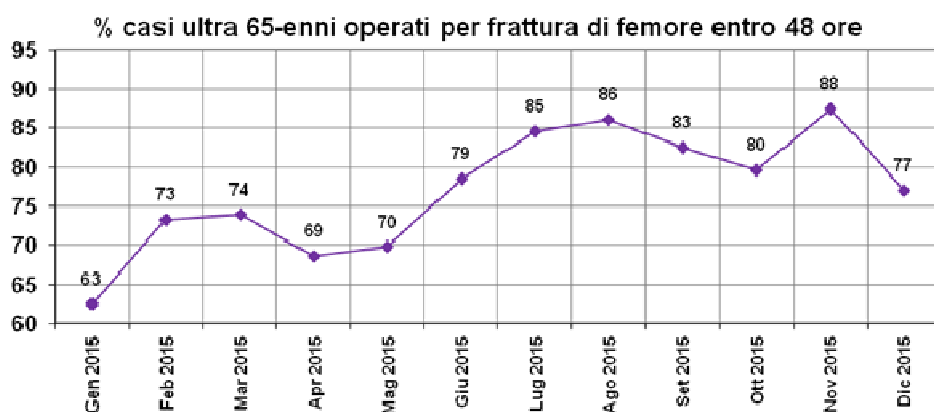


dell'AOU). Il grafico riportato di fianco evidenzia il trend di progressiva riduzione del fenomeno. Parimenti, sono stati ridotti anche i ricoveri nella medesima area. Il miglioramento del filtro esercitato dal PS anche grazie al potenziamento logistico della medesima struttura e della medicina d'urgenza hanno prodotto il trend rappresentato nel grafico riportato di seguito.



Nell'anno i ricoveri internistici sono stati ridotti significativamente di 597 unità (-7,6%). I miglioramenti indotti dalle azioni già citate hanno permesso di apprezzare anche i seguenti risultati su alcuni indicatori particolarmente sensibili:

- Aumento % pazienti over 65enni con frattura di femore operati entro 48h (attivazione della guardia ortopedica sulle 24 ore e acquisizione di 2 ulteriori unità mediche). Si è passati dal 34,3% del 2014 al 69,5% del 2015 a fronte di un obiettivo regionale del 65%. Nel 2016 si punta a mantenere il valore al di sopra del 70%. I grafico riportato di seguito evidenzia il netto miglioramento della performance conseguente all'attivazione della guardia attiva dal mese di maggio.



- Riduzione dei casi potenzialmente inappropriati in ricovero ordinario. Si stima una riduzione dell'8,8% (circa 452 casi in meno) concentrata in area medica e conseguente alla riduzione dei ricoveri da PS
- Riduzione dei ricoveri oltre soglia di degenza nei pazienti ultra-65 enni. La continuità assistenziale comporta una migliore e più tempestiva presa in carico del

paziente anche all'uscita dalla struttura. Nel 2015 si stima una riduzione di circa 50 casi pari al 6,5%

- Riduzione delle giornate di degenza. La riduzione dei ricoveri (appropriatezza) parallelamente alla riduzione delle degenza media da 9,8 a 9,4 giorni (accurata gestione dei casi, sviluppo tecnologico, continuità assistenziale) - in particolare nelle medicine interne - hanno consentito, unitamente alla riduzione dei ricoveri, una riduzione delle giornate di degenza pari al 6,9% (16.211 giorni) ed un notevole recupero di efficienza. Si evidenzia altresì che a fronte di una casistica leggermente più complessa della media regionale (indice di case mix pari a 1,06), anche grazie a questa riduzione della degenza media, le performance in questo settore (durata della degenza rapportata alla complessità dei casi) dell'AOUTs per il primo anno risultano migliori della media regionale (Indice Comparativo di performance pari a 0,99).
- Riduzione dei ricoveri per Day Hospital medico di tipo diagnostico. Le iniziative attivate sin dal II semestre 2014 hanno permesso una riduzione della % di DH medici dal 54,5% del 2013 (1.188 ricoveri) al 38% del 2015 (si stima meno di 586). Ciò anche grazie a un più appropriato ricorso a setting assistenziali alternativi (es. prestazioni ambulatoriali).
- La degenza media prima dell'intervento (preoperatoria) presenta un significativo miglioramento passando da 1,1 a 1,03 giorni e ciò, anche in conseguenza delle azioni di ottimizzazione dei ricoveri e della riorganizzazione del settore chirurgico. Si conta di proseguire su questo fronte perseguendo l'obiettivo generale di una riduzione a 0,9 giorni medi. I dati del I bimestre 2016 confermano il trend (la degenza preoperatoria nel I bimestre registra un dato di 0,9 giorni medi)
- L'attrazione (extra AAS1) nel suo complesso si è mantenuta al 14% e si registra un leggero incremento dell'attrazione extra regionale che si attesta ora al 5,3%

Sul fronte degli investimenti, rimandando per ulteriori dettagli alla lettura dell'apposita sezione del presente documento, per il 2015 si segnalano in particolare:

- L'aggiudicazione dell'appalto per la riqualificazione edilizia del nuovo Cattinara e del Burlo in data 27 ottobre 2015
- La Progettazione nuova Unità per l'allestimento dei Farmaci Antitumorali che si prevede di avviare nel 2016

- Il completamento dei lavori di sostituzione delle finestre dell'Ospedale di Cattinara e di quelli di costruzione dell'Asilo Nido
- L'avvio procedure di acquisizione di una nuova Risonanza Magnetica Nucleare a 3 tesla

Per quanto attiene infine la gestione delle risorse, si ritiene di porre in evidenza quanto segue:

- 1) Gli accordi relativi alla ripartizione del finanziamento tra le due aziende (AAS1 e AOUTs), come esplicitato in sede di preventivo, hanno seguito una logica di equilibrio di sistema, anticipando quindi, nella sostanza, l'assetto previsto istituzionalmente per la futura ASUI;
- 2) Anche nel 2015, entrambe le aziende hanno assicurato l'equilibrio di bilancio in un contesto di finanziamenti articolato e complesso (per i dettagli si veda più avanti la sezione dedicata alla gestione economica) data la compresenza di fenomeni difficilmente gestibili a livello aziendale (es. introduzione dei nuovi farmaci ad altissimo costo per pazienti affetti da HCV) e vincoli gestionali, peraltro rispettati, sopravvenuti anche in corso d'esercizio ("spending review 2015");

In un simile contesto, gli sviluppi sopra descritti a livello di strutturale e logistico, hanno necessariamente trovato la loro fonte di finanziamento nei recuperi di efficienza dagli stessi indotti. Primo fra tutti, la considerevole riduzione delle giornate di degenza legata all'appropriatezza garantita sia dai servizi territoriali sia da quelli ospedalieri. Ciò è reso evidente anche dalle dinamiche registrate dalla dotazione di personale, che pur a fronte di potenziamenti introdotti in alcune aree, non registra nel totale alcun incremento e rispetta il vincolo gestionale del tetto sui costi relativi alle cosiddette "voci fisse" (pari ai costi 2012 ridotti dell'1%).

3.1.2 I vincoli operativi

Agli obiettivi strategici di Sistema sopra descritti, si aggiungono e, in parte, si sovrappongono i vincoli operativi fissati dalle "Linee per la gestione del SSR 2015" (DGR 394/2015) considerati - alla stregua dell'equilibrio di bilancio - prerequisito per la successiva valutazione degli Obiettivi di Patto di cui alla DGR 1364/2015. Tali vincoli sono di seguito riassunti:

- 1) Per la Farmaceutica ospedaliera; le aziende non in linea con gli standard NISAN (IRCCS Burlo Garofolo, AAS2, AAS3, AAS4 e AAS5), dovranno ridurre la farmaceutica ospedaliera del 2% rispetto al costo 2014. Per la Farmaceutica territoriale dovrà essere rispettato il valore indicato come criterio di costruzione del finanziamento.
- 2) Per i Dispositivi medici, le aziende non in linea con gli standard NISAN (IRCCS Burlo Garofolo e CRO, AAS3 e AOUUD) dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2014 (proiezione annuale dei primi 9 mesi presente nel III rendiconto).
- 3) Il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.
- 4) Il tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non deve superare il 140 per mille.
- 5) Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2014; le Aziende adoteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
- 6) La completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi.
- 7) mantenimento dei costi per voci fisse del personale dipendente al di sotto di quello registrato nel 2012 ridotto dell'1%;
- 8) riduzione delle prestazioni aggiuntive al di sotto del 50% della spesa 2012 (salvo autorizzazione esplicita dell'Amministrazione regionale al supero di tale limite.)
- 9) Equilibrio di Bilancio

In quanto al vincolo operativo di cui al punto 1 sulla spesa farmaceutica, l'AOUTs (farmaceutica ospedaliera) risulta esserne esentata in quanto in linea con i consumi standard definiti dalla Regione per la spesa farmaceutica ospedaliera. Per quanto attiene la spesa farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC) questa si attesta a 154,57 euro euro per abitante (popolazione pesata) a fronte di uno standard previsto dai criteri di costruzione del finanziamento pari a 153 euro per abitante (popolazione pesata) e di una media regionale registrata a consuntivo pari ad euro 159,4. Nel 2015 AAS1 ha ridotto il costo pro capite (-0,45€) nella farmaceutica territoriale, in controtendenza rispetto alla Regione FVG - che registra un dato medio sensibilmente superiore pari a 159,40 € - cercando di coniugare l'innovazione terapeutica con la sostenibilità.

Sempre nel 2015 il costo pro-capite per la farmaceutica territoriale diretta si attesta in AAS1 a 51,20€, il valore più basso in Regione e ben al di sotto della media regionale (62,04€). Tuttavia tale dato è inficiato dalla spesa per i farmaci per l'HCV. Se si calcola il valore pro-capite per la farmaceutica diretta, ad esclusione dei farmaci per l'HCV (come previsto anche dallo specifico obiettivo di patto), l'AAS1 raggiunge ampiamente l'obiettivo attestandosi a 43,04€.

Alla luce di quanto sopra si ritiene che il vincolo sia rispettato.

In quanto al vincolo di cui al punto 2 sui dispositivi medici, entrambe le aziende risultano esserne esentate in quanto in linea con i consumi standard definiti dalla Regione.

Relativamente al punto 3, ovvero al vincolo sul numero di prestazioni ambulatoriali, i dati 2015 rilevano 4,01 prestazioni pro-capite (popolazione pesata) a fronte di un tetto stabilito di 4 prestazioni pro-capite. Alla luce di quanto sopra si ritiene che il vincolo sia rispettato.

Per quanto concerne il punto 4, relativo al tasso di ospedalizzazione, i dati 2015 permettono una stima per i residenti nell'ambito territoriale di AAS1 di un tasso pari al 132,88 per 1000 a fronte di un tetto stabilito del 140 per 1000 abitanti. Il vincolo è stato quindi rispettato.

In merito al punto 5, ovvero ai tetti massimi sulle manutenzioni ordinarie pari al consuntivo 2014, si evidenzia che, come già segnalato nel III rendiconto trimestrale e con successiva nota prot. Dir. Gen. 19735 dd 7/12/2015, a seguito di verifiche sui dati di Bilancio 2014, si è accertata la presenza di un errore di imputazione dei costi nel bilancio di tale esercizio per un importo pari ad euro di 485.949 euro. Come emerso dall'analisi dei dati trasmessi dal fornitore solo dopo la chiusura del Bilancio 2014, si è constatato che l'errata imputazione era dovuta ad un'anomalia nella fatturazione e si è quindi richiesta l'emissione dei necessari documenti contabili di rettifica. Sono in tal senso pervenuti:

a) Servizi di riscaldamento - nota di credito elettronica n. 201520097 dd. 16/11/2015 euro – 485.949 (ex conto 315.400 corrispondente al conto 305.200.100.200 del piano dei conti 2015)

b) impiantistica varia - fattura elettronica n. 201507110 dd. 16/11/2015 euro + 485.949 (ex conto 310.200.020 corrispondente al conto 310.200.200 del piano dei conti 2015).

Ad esercizio 2014 ormai chiuso, gli uffici hanno quindi provveduto alla rettifica mediante iscrizione di pari importi, quali sopravvenienze attive e passive nel conto economico 2015. Tali scritture - come pure le anomalie riscontrate nel Bilancio 2014 - non hanno alcun effetto sul risultato complessivo dei due esercizi. Tuttavia, l'anomalia ha comportato una nominale riduzione dei costi per manutenzioni edilizie ed un altrettanto nominale incremento dei costi per riscaldamento.

Il prospetto riportato di seguito evidenzia quindi il dato consuntivo 2014, il consuntivo rettificato in base a quanto sopra segnalato, il consuntivo 2015 e lo scostamento rilevato.

	Consuntivo 2014	Correttivo	Dati effettivi 2014	Consuntivo 2015	Scostamento
Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	467.765		467.765	424.889	-42.876
Impianti di trasmissione dati e telefonia	255.396		255.396	354.666	99.270
Impiantistica varia	3.511.933	485.949	3.997.882	4.301.905	304.023
Altre manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	126.236		126.236	95.808	-30.428
Totale	4.361.330	485.949	4.847.279	5.177.267	329.988

Le motivazioni dei maggiori costi nel 2015 rispetto al 2014 per quanto attiene gli impianti di trasmissione dati e telefonia sono da ricercarsi

- a. all'effetto trascinarsi dei lavori di riordino nei data center, iniziati nel 2014 ma sviluppati e portati a compimento nel 2015
- b. negli spostamenti di reparti avvenuti nel 2015 (a Cattinara la I chirurgica e la BIC, al Maggiore l'Endocrinologia, tra i due ospedali lo spostamento dell'Ortopedia) in conseguenza di specifici obiettivi strategici indifferibili già dettagliatamente descritti nella sezione precedente;
- c. negli spostamenti di reparti tra piani per il rifacimento degli infissi a Cattinara.

Per quanto attiene in particolare l'impiantistica varia, nel corso del 2015 il costo complessivo della manutenzione degli edifici è aumentato rispetto al 2014, e si registra in particolare un aumento relativo all'impiantistica varia. Il costo della manutenzione è fortemente condizionato dal contratto di global service tecnologico che prevede un canone annuo pari all'80% del budget complessivo dei conti riferibili alle manutenzioni edili-impiantistiche. Il residuo 20% è in parte attribuibile alle riparazioni extra canone a guasto e in parte ad altri contratti di manutenzione specifici attivati per esigenze di carattere organizzativo-sanitario o di sicurezza. Tale residuo è quindi il margine sul quale è possibile intervenire per il contenimento dei costi gestionali. L'aumento del 2015 viene giustificato, oltre al progressivo grado di obsolescenza tecnologica che comporta un aumento degli interventi a guasto, soprattutto dalla necessità di intervenire per la messa in sicurezza dei

luoghi. Gli interventi di messa in sicurezza vengono messi in atto prima possibile dal ricevimento della segnalazione, questa necessità rende particolarmente difficile una determinazione preventiva del budget necessario alla gestione tecnica degli stabilimenti.

Nel dettaglio, si sono rilevati:

- costi conseguenti a danni da maltempo: 16.500 euro
- costi per la risoluzione del problema esalazioni in anatomia patologica (scavi in terra e messa a nudo di cavi + ripristino): 12.500 euro
- costi per interventi urgenti per la messa in sicurezza di luoghi o di impianti: 169.000 euro
- costi per interventi necessari allo sviluppo delle iniziative strategiche di riorganizzazione nell'area sanitaria (chirurgie, ortopedie, medicina d'urgenza, BIC, ecc.): 196.000 euro

Si ritiene che quanto sopra giustifichi ampliamento lo scostamento rilevato a margine del vincolo

Per quanto concerne il punto 6, relativo alla completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi, si ritiene necessario evidenziare che, in corso d'esercizio sono intervenute in materia normative statali (art. 9-ter D.L. 78/2015 convertito dalla L. 125/2015 "Spending Review 2015") e conseguenti atti e direttive regionali (DGR 1813/2015 e Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della DCSISSPSF). In merito all'attuazione di quanto disposto da tali normative, si è già avuto modo di relazionare alla Direzione Centrale con nota prot. Dir Gen 1381/P dd 27/01/2016 avente per oggetto "Relazione sullo stato di avanzamento delle azioni previste dalla DGR 1813/2015 e dal Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 in applicazione di quanto disposto dall'art. 9-ter D.L. 78/2015 convertito dalla L. 125/2015 (Spending review 2015)". Successivamente, con Decreto CS 47 dd 16/02/2015, si è atteso ad una ricognizione dello stato di avanzamento delle azioni poste in essere dall'AOUTs a margine della sopra richiamata normativa, cui l'Azienda ha dato e continua a dare piena adesione.

Relativamente al punto 7, riguardante il mantenimento dei costi per voci fisse del personale dipendente entro quelli registrati nel 2012 ridotto dell'1%, si conferma il pieno rispetto dello stesso anche nel 2015. Per i dati di dettaglio si rimanda alla lettura della sezione relativa alle politiche ed ai costi del personale dipendente. Alla luce di quanto sopra riportato si ritiene che il vincolo operativo sia stato pienamente rispettato.

In quanto al punto 8, di riduzione delle prestazioni aggiuntive al di sotto del 50% della spesa 2012 - per quanto attiene il personale della Dirigenza medica - si conferma l'azzeramento del fabbisogno per il 2015 (confermando in tal modo il trend virtuoso innescato negli ultimi anni da questa Azienda).

Per il personale del comparto, si è valutato un fabbisogno di euro 116.000 e quindi superiore al limite disposto dai vincoli operativi. In tal senso, questa Azienda ha trasmesso una motivata richiesta di autorizzazione alla Direzione Centrale Salute con nota prot. Dir gen 910115 dd. 20.07.2015, cui ha fatto seguito la nota di precisazione prot. Gen. 12798 dd 03/08/2015 dalla quale si evinceva, tra l'altro:

- che la richiesta di autorizzazione è stata inoltrata con riferimento all'intero esercizio in corso;
- che la richiesta trova motivazione nella necessità di supportare il servizio di pronta disponibilità in aree strategiche e che non risultano quindi percorribili soluzioni alternative quali ad esempio l'assunzione di ulteriori unità.

La Direzione Centrale, con nota n. 18885 del 04/11/2015, ha autorizzato tali prestazioni nel limite di 116.000 euro (al netto degli oneri e dell'IRAP). Il dato a consuntivo rileva una spesa inferiore a tale tetto pari ad euro 108.391,70. Per i dati di dettaglio si rimanda, anche in questo caso, alla lettura della sezione relativa alle politiche ed ai costi del personale dipendente.

Alla luce di quanto sopra riportato si ritiene che il vincolo operativo sia stato pienamente rispettato.

Per quanto attiene infine il punto 9, ovvero l'equilibrio di Bilancio, l'esercizio 2015 chiude con un utile di euro 57.538,22

3.1.3 L'attività 2015: dati ed indicatori di funzionalità

Dati strutturali ed organizzativi delle Attività di ricovero

Nel 2010 AOUTs disponeva di 898, nel 2013 si contavano 849 p.l. attivi, nel 2014 819 e al termine del 2015 i p.l. erano in totale 774.

Nel corso del 2015, pertanto, i p.l. complessivi si sono ridotti di 45 unità (-5,5%).

	ASSETTO AL 31/21/2014								ASSETTO AL 31/12/2015							
	day surgery OM	day hospital*	degenza ordinaria**	ALP	post acuzie	semintensivi o recoverv room	intensivi	totale	day surgery OM	day hospital*	degenza ordinaria**	ALP	post acuzie	semintensivi o recoverv room	intensivi	totale
OSPEDA LE	1	2	5		1	2	2	6	1	2	5		1	2	2	6
CATTINARA	6	6	27	0	8	3	9	39	6	5	19	0	4	3	9	26
OSPEDA LE	9	3	1		5	0	3	1	9	2	1		0	0	3	1
MAGGIORE		0	33	0				80	8	8	08	0				48
TOTALE	2	5	6	0	2	2	3	8	2	5	6	0	1	2	3	7
AOUTs	5	6	60	0	3	3	2	19	5	3	27	0	4	3	2	74

(*) comprende 2 p.l. di DH in Medicina riabilitativa

(**) comprende 24 p.l. ordinary in Medicina riabilitativa

(***) non comprende i 6 p.l. di SPDC gestiti da AAS1

Le variazioni hanno riguardato una rimodulazione dei p.l. di DH, una riduzione di p.l. di post-acuzie (-39%) e di ricovero ordinario (-5%), garantendo i p.l. necessari a svolgere l'attività intensiva o semi-intensiva.

Sintesi delle attività di cura e assistenza erogate nel 2015

Una sintesi delle attività e dei principali risultati nel corso dell'esercizio 2015, confrontati con quelli del 2014, indicano:

- ✘ flessione degli accessi in Pronto Soccorso (-2,3%, circa 4,4 accessi in medio ogni giorno)
- ✘ incremento dei codici rossi, gialli, nonché dei codici bianchi. Registrano una riduzione invece i codici verdi. Incrementano altresì cosiddetti "percorsi brevi" (se confrontati con gli ex "fast track blu" presenti nel precedente sistema PSNET attivo fino a novembre 2014) anche in ragione di un progressivo e rapido avvio nei primi mesi del 2015.
- ✘ diminuzione dei tempi d'attesa medi per codice triage giallo e verde (presso l'Ospedale di Cattinara dove si registra il maggior afflusso i tempi medi di attesa 2015 risultano: codici gialli = 24,6 minuti ridotti del 6%; codici verdi = 102,1 minuti ridotti dell'8,7%)
- ✘ riduzione di 5,7 punti percentuali del numero di pazienti che dal PS vengono ricoverati (-2,3 pazienti di ricoverati dopo accesso in PS ogni giorno)
- ✘ diminuzione del 2,5% delle dimissioni in ricovero ordinario (-593 dimissioni)
- ✘ diminuzione del 15,4% dei day hospital (-498 cicli,), calo dei DH diagnostici (812 nel 2014; 554 nel 2015) e di tutti i DH con DRG medico (1.914 nel 2014; 1.511 nel 2015) e sensibile riduzione del numero di accessi in DH (-1.593 accessi; -11%)
- ✘ riduzione di oltre 16.000 giornate di degenza per ricovero ordinario (-6,9%) e delle giornate "oltre soglia" (criteri regionali: -2.425 giornate, -19,7%)
- ✘ diminuzione della degenza media (-0,4 giorni) che si attesta a 9,4 iorni
- ✘ progressivo incremento della complessità della casistica trattata (peso medio complessivo 1,32; peso medio DRG chirurgico di 1,89; DRG medico: 0,99) e mantenimento dell'indice di case-mix complessivo (1,06)
- ✘ riduzione del 4% dell'indice comparativo di performance (ICP 0,99 nel 2015) che per la prima volta è inferiore al valore unitario, indice di pari efficienza nell'utilizzo delle giornate di degenza rispetto allo standard regionale
- ✘ riduzione del 3,9% del tasso di occupazione dei p.l. all'82,2% nonostante la riduzione dei posti letto medi;
- ✘ diminuzione della degenza media preoperatoria per interventi in elezione (criteri regionali: da 1,2 giorni nel 2014 a 1,03 giorni nel 2015). I dati del I bimestre 2016 confermano il trend (la degenza preoperatoria nel I bimestre registra un dato di 0,9 giorni medi)
- ✘ incremento dell'1,6% degli interventi chirurgici in regime di ricovero (+138 dimessi) e diminuzione di un punto percentuale degli interventi eseguiti in regime di urgenza (dal 23,1 al 22,1%)
- ✘ incremento del tasso operatorio del 2,2% che nel 2015 si attesta all'86,7%
- ✘ incremento del DRG di tipo chirurgico complessivo (34,2% nel 2014 e 36,4% nel 2015) e contestuale riduzione dei DRG di tipo medico per i pazienti dimessi da reparto chirurgico (in ricovero ordinario dal 23,9% nel 2014 al 22% nel 2015)
- ✘ aumento della proporzione dei pazienti di età superiore ai 75 anni accolti in regime di ricovero (48,5% nel 2014; 49,6% nel 2015)
- ✘ incremento della proporzione di pazienti 65+ anni sottoposti ad intervento per frattura di femore (II semestre 2015: 69,5%)
- ✘ incremento di mezzo punto percentuale dell'attrazione per ricovero totale (14,0%) e sui DRG di tipo chirurgico (19,2%) in ricovero ordinario) e mantenimento dell'attrazione per la Specialistica ambulatoriale (8,9% per prime visite)

DATI DI SINTESI E DETTAGLIO RELATIVI ALL'ATTIVITA' OSPEDALIERA

ATTIVITA' DEL PRONTO SOCCORSO

ACCESSI	Pazienti trattati ambulatorialmente				Pazienti trattati in oss. Temporanea (*)				Totale pazienti transitati in PS (compresi Percorsi Brevi)			
	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %
Totale PS AOU OO RR	47.561	53.673	6.112	12,9	18.814	11.101	-7.713	-41,0	66.375	64.774	-1.601	-2,4
di cui PS Cattinara	28.746	35.159	6.413	22,3	16.318	9.414	-6.904	-42,3	45.064	44.573	-491	-1,1
di cui PS Maggiore	18.815	18.514	-301	-1,6	2.496	1.687	-809	-32,4	21.311	20.201	-1.110	-5,2
CPC (*)	3.707	3.988	281	7,6	673	399	-274	-40,7	4.380	4.387	7	0,2
Totale AOU OO RR +CPC	51.268	57.661	6.393	12,5	19.487	11.500	-7.987	-41,0	70.755	69.161	-1.594	-2,3

CASI RICOVERATI	Pazienti ricoverati dopo amb.				Pazienti ricoverati dopo OT				Totale pazienti ricoverati			
	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %
Totale PS AOU OO RR	6.941	10.217	3.276	47,2	8.073	3.886	-4.187	-51,9	15.014	14.103	-911	-6,1
di cui PS Cattinara	6.630	9.648	3.018	45,5	7.681	3.601	-4.080	-53,1	14.311	13.249	-1.062	-7,4
di cui PS Maggiore	311	569	258	83,0	392	285	-107	-27,3	703	854	151	21,5
CPC (*)	23	74	51	221,7	42	48	6	14,3	65	122	57	87,7
Totale AOU OO RR +CPC	6.964	10.291	3.327	47,8	8.115	3.934	-4.181	-51,5	15.079	14.225	-854	-5,7

% CASI RICOVERATI	% pazienti ricoverati/transitati amb.			% pazienti ricoverati/trattati in OT			% pazienti ricoverati/transitati		
	Anno 2014	Anno 2015	Delta	Anno 2014	Anno 2015	Delta	Anno 2014	Anno 2015	Delta
Totale PS AOU OO RR	14,6	19,0	4,4	42,9	35,0	-7,9	22,6	21,8	-0,8
di cui PS Cattinara	23,1	27,4	4,4	47,1	38,3	-8,8	31,8	29,7	-2,0
di cui PS Maggiore	1,7	3,1	1,4	15,7	16,9	1,2	3,3	4,2	0,9
CPC (*)	0,6	1,9	1,2	6,2	12,0	5,8	1,5	2,8	1,3
Totale AOU OO RR +CPC	13,6	17,8	4,3	41,6	34,2	-7,4	21,3	20,6	-0,7

(*) Il CPC è una sezione di PS gestita in collaborazione con AAS1 (e con l'ex ASS1) sin dal 2007. La sezione si fa carico degli accessi notturni presso l'Ospedale Maggiore.

Accessi per codice Triage – Totale Pronto Soccorso AOU Ts (escluso CPC)

ACCESSI	Pazienti trattati ambulatorialmente				Pazienti trattati in oss. temporanea				Totale pazienti transitati in PS			
	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %
Totale PS AOU OO RR	47.561	53.673	6.112	12,9	18.814	11.101	-7.713	-41,0	66.375	64.774	-1.601	-2,4
Rosso	92	652	560	608,7	838	478	-360	-43,0	930	1.130	200	21,5
Giallo	1.081	5.739	4.658	430,9	10.150	5.979	-4.171	-41,1	11.231	11.718	487	4,3
Verde	28.114	25.942	-2.172	-7,7	7.196	4.064	-3.132	-43,5	35.310	30.006	-5.304	-15,0
Bianco	12.102	14.400	2.298	19,0	590	577	-13	-2,2	12.692	14.977	2.285	18,0
Blu PSNET o Percorsi brevi SEI (**)	6.167	6.935	768	12,5	39	0	-39	-100,0	6.206	6.935	729	11,7
Nero	5	5	0	0,0	1	3	2	200,0	6	8	2	33,3

(**) Il dato è stato riclassificato per garantire omogeneità con il 2014. Fino a novembre 2014 è rimasto attivo il Software PSNET che prevedeva una diversa classificazione e scorporava dal resto del triage i cosiddetti "fast track bianchi" (percorsi di cura analoghi ai percorsi brevi anche se non del tutto identici). Da novembre 2014 è invece attivo il software SEI che identifica i percorsi brevi attribuendo una triage a tutti gli accessi (compresi i percorsi brevi). Nella tabella questi percorsi sono stati estrapolati dalle relative righe (se ne contano, nel 2015 6935 di cui 6.288 bianchi, 646 verdi e 1 giallo)

Tempi medi di attesa per codice Triage – Totale Pronto Soccorso AOU Ts (escluso CPC)

TEMPI MEDI DI ATTESA (***)	Tempi di attesa tra accesso e apertura caso (minuti)			
	Anno 2014	Anno 2015	Delta	delta %
Totale PS AOU OO RR (esc. Blu ed ex. Fast track bianchi)	104,0	90,6	-13,4	-12,9
Rosso	5,7	6,9	1,1	20,0
Giallo	26,1	24,6	-1,6	-6,0
Verde	111,8	102,1	-9,7	-8,7
Bianco	93,6	99,9	6,3	6,7

(***) Per garantire omogeneità sono rispetto al 2014 sono stati esclusi gli accessi ex fast track bianchi 2014 ed i percorsi brevi 2015 (vedi anche nota precedente). A causa di diverse anomalie rilevate in fase di avviamento del software SEI, i tempi di attesa tra accesso e apertura caso sono stati calcolati escludendo i casi con attesa anomala (oltre i 360 minuti)

% pazienti inviati al ricovero per codice Triage – Totale Pronto Soccorso AOU Ts (escluso CPC)

	% pazienti ricoverati per triage (****)		
	Anno 2014	Anno 2015	Delta
Totale PS AOU OO RR	22,6	21,8	-0,8
Rosso	88,1	84,9	-3,2
Giallo	47,5	45,0	-2,5
Verde	24,5	23,5	-1,0
Bianco	1,5	5,4	4,0

(***) Per garantire omogeneità sono rispetto al 2014 sono stati esclusi nella lista gli accessi ex fast track bianchi 2014 ed i percorsi brevi 2015 sono stati estrapolati dai rispettivi colori di triage (vedi anche note precedenti). La riga del totale si riferisce al totale degli accessi (compresi quindi ex fast track bianchi 2014 ed i percorsi brevi 2015).

Prestazioni richieste dal PS ad altre strutture dell’AOU TS

(fonte sistema SEI).

Per quanto attiene il numero di consulenze richieste dal PS alle strutture ospedaliere, si registra nel 2015 un numero pari a 42.956 Per quanto attiene invece il numero di esami radiologici sempre richiesto dal PS questo nel 2015 è risultato essere pari a 60.166. Analogamente, sono state inviate richieste ai laboratori in numero di 374.566

ATTIVITA' DI RICOVERO

Dato / indicatore	Anno 2014	Anno 2015	Var con 2014	Var %
Ricovero ordinario				
Pazienti accettati	23.843	23.146	-697	-2,9
Dimissioni	23.855	23.262	-593	-2,5
di cui deceduti	1.621	1.650	29	1,8
Casi trattati	24.470	23.760	-710	-2,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	234.052	217.841	-16.211	-6,9
Entrati usciti lo stesso giorno	543	569	26	4,8
Posti letto medi	751,3	728,2	-23,1	-3,1
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	85,5	82,2	-3,3	-3,9
<i>% DRG Chirurgici</i>	33,7	36,0	2,3	6,8
<i>% DRG Medici</i>	66,3	64,0	-2,3	-3,5
Peso DRG (dei dimessi)	30.932,3	30.651,0	-281,2	-0,9
Performance in ricovero ordinario				
<i>Indice comparativo di performance</i>	1,03	0,99	-0,04	-3,9
<i>Degenza media del caso netta</i>	9,8	9,4	-0,4	-4,0
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,2	1,0	-0,2	-15,6
<i>% dimessi outlier (criteri regionali)</i>	2,9	2,4	-0,5	-17,2
Giornate di degenza outlier (criteri regionali)	12.303	9.878	-2.425	-19,7
<i>% Giornate di degenza outlier (criteri regionali)</i>	5,2	4,5	-0,7	-13,5
Giornate di degenza post dimissibilità	27.867	24.045	-3.822	-13,7
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	3,4	3,0	-0,4	-11,8
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	6,3	5,9	-0,4	-6,3
Ricoveri in DH				
Dimessi	3.232	2.734	-498	-15,4

Dato / indicatore	Anno 2014	Anno 2015	Var con 2014	Var %
Accessi	14.439	12.846	-1.593	-11,0
Posti letto medi	80,2	81,4	1,2	1,5
Tasso di occupazione dei posti letto	57,90	50,30	-7,60	-13,1
Accessi medi per caso	4,3	4,5	0,2	3,5
% DRG Chirurgici	40,60	42,80	2,20	5,4
% DRG medici	59,40	57,20	-2,20	-3,7
Peso DRG (dei dimessi)	2.941,4	2.568,3	-373,2	-12,7
Peso medio DRG (dei dimessi)	0,910	0,940	0,030	3,3
Attività chirurgica				
Interventi chirurgici in regime di ricovero	8.894	9.032	138	1,6
% di interventi urgenti	23,1	22,1	-0,9	-4,1
Tasso operatorio (ric. ord. + dh)	84,5	86,7	2,2	2,6
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	74,8	76,5	1,7	2,3
% Day surgery	24,8	25,2	0,4	1,6
Caratteristiche della casistica trattata in ricovero				
Indice case mix (ric. ord.)	1,06	1,06	0,0	0,0
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,300	1,320	0,020	1,5
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,930	1,890	-0,040	-2,1
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,970	0,990	0,020	2,1
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	32,7	32,1	-0,6	-1,8
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	18,7	18,4	-0,3	-1,6
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	48,5	49,6	1,1	2,3
% di attrazione reg. Area Vasta Giuliano-Isontina	91,1	91,0	-0,1	-0,1
% di attrazione reg. Extra Area Vasta Giuliano-Isontina	3,7	3,7	0,0	-0,8
% di attrazione Extra Regionale	5,2	5,3	0,1	2,5

Attività di ricovero per i primi 10 DRG

D.R.G.	RICOVERO ORDINARIO				
	Dimessi >48 ore	Dimessi < 48 ore		Totale dimessi	% cumulata
		Totali	Day-division		
127 M 127 - Insufficienza cardiaca e shock	899	40	8	939	4,0
89 M 089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	652	25	8	677	6,9
87 M 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	590	14	9	604	9,5
14 M 014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	514	27	10	541	11,9
124 M 124 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	302	42	5	344	13,3
576 M 576 - Setticemia senza ventilazione meccanica ? 96 ore, età > 17 anni	294	35	11	329	14,8
544 C 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	325			325	16,2
211 C 211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	305			305	17,5
88 M 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva	288	11	4	299	18,8
557 C 557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	270	8	1	278	20,0
TOTALE PRIMI 20 DRG	4.439	202	56	4.641	20,0

TOTALE GENERALE	20.475	2.787	589	23.262	100,0
------------------------	---------------	--------------	------------	---------------	--------------

D.R.G.	DAY HOSPITAL				
	Dimessi con più di 1 accesso	Dimessi con 1 accesso	Totale dimessi	% Cumulata	Accessi
266 C 266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	89	118	207	7,6	510
323 M 323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	119	57	176	14,0	392
162 C 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1	116	117	18,3	118
92 M 092 - Malattia polmonare interstiziale con CC	105		105	22,1	880
119 C 119 - Legatura e stripping di vene	2	100	102	25,9	104
241 M 241 - Malattie del tessuto connettivo senza CC	75	6	81	28,8	567
284 M 284 - Malattie minori della pelle senza CC	53	15	68	31,3	275
339 C 339 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni		67	67	33,8	67
13 M 013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	65		65	36,1	483
270 C 270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	16	44	60	38,3	97
TOTALE PRIMI 20 DRG	525	523	1.048	38,3	3.493
TOTALE GENERALE	1.650	1.084	2.734	100,0	12.846

Attività ambulatoriale per esterni (Fonte: SIASA)

	2014	2015	Delta	Delta %
Totale generale	1.909.482	2.005.414	95.932	5,0
- MULTIBRANCA	35.449	35.528	79	0,2
08 - CARDIOLOGIA	19.280	21.949	2.669	13,8
09 - CHIRURGIA GENERALE	557	638	81	14,5
12 - CHIRURGIA PLASTICA	24.217	24.101	-116	-0,5
14 - CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	12	5	-7	-58,3
29 - NEFROLOGIA	37.712	37.807	95	0,3
30 - NEUROCHIRURGIA	1.820	1.397	-423	-23,2
32 - NEUROLOGIA	5.789	6.022	233	4,0
34 - OCULISTICA	28.485	31.402	2.917	10,2
35 - ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	27.649	29.854	2.205	8,0
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10.644	11.178	534	5,0
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	181	203	22	12,2
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	5.637	4.205	-1.432	-25,4
40 - PSICHIATRIA	575	890	315	54,8
43 - UROLOGIA	4.964	4.997	33	0,7
52 - DERMOSIFILOPATIA	4.196	3.974	-222	-5,3
56 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	34.659	34.007	-652	-1,9
58 - GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	5.300	6.688	1.388	26,2
61 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	5.180	5.490	310	6,0
64 - ONCOLOGIA	16.208	13.894	-2.314	-14,3
68 - PNEUMOLOGIA	15.759	16.061	302	1,9
69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	70.371	75.058	4.687	6,7
70 - RADIOTERAPIA	22.700	24.985	2.285	10,1
82 - ANESTESIA	7.024	6.998	-26	-0,4
98 - LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.365.314	1.437.978	72.664	5,3
99 - ALTRE PRESTAZIONI	159.800	170.105	10.305	6,4

Il contributo ai ricoveri di AOUTs in Regione

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste contribuisce a soddisfare la domanda di ricovero dei pazienti residenti nell'area triestina e in quella confinante dell'area isontina. I trend che si registrano dal 2004 (anno di creazione dell'A.O.U. di Trieste) evidenziano:

- a) una sensibile riduzione della casistica trattata in regime di ricovero per i residenti in Provincia di Trieste (da 28.094 dimessi nel 2004 a 22.348 dimessi nel 2015 pari al -20,5%) che si riflette anche a livello di ricoveri complessivi (-17,4%). Tale riduzione è da correlare allo sviluppo di setting assistenziali alternativi al ricovero (prestazioni ambulatoriali) conseguente allo sviluppo tecnologico ed a maggiore appropriatezza;
- b) un altrettanto sensibile incremento dei ricoveri dall'area isontina (da 1.429 a dimessi nel 2004 a 1.737 dimessi nel 2015 pari al 18,5%) conseguente al consolidamento del ruolo di hub dell'AOU di Trieste nelle funzioni di alta specialità (cardiologia, cardiocirurgia, neurochirurgia neurologia, ematologia, ecc.);
- c) un decremento dell'11% circa dell'attrazione da altre aree della Regione che nel 2015 registra 630 casi;
- d) un incremento in termini assoluti e relativi dell'attrazione extra-regionale che registrando un +5,8% rispetto al 2004 si attesta nel 2015 a 1.380 casi.

Dal 2004 ad oggi, in accordo con le politiche sanitarie regionali e l'ampliamento dell'offerta sanitaria distrettuale, si è ridotto il Tasso di ospedalizzazione dei triestini residenti.

Nel 2015 il filtro all'accesso in reparto (-854 ricoveri da PS) ha ulteriormente contribuito al conseguimento dell'obiettivo territoriale del tasso di ospedalizzazione che dai dati forniti è inferiore al tetto (vincolo) dei 140 ricoveri/1.000 residenti e si stima un valore di 132,88 (x 1.000 residenti) contro il 137,9 del 2014 e 142,7 del 2013 (fonte portale SISSR).

L'attività chirurgica

L'attività chirurgica, sia elettiva che in urgenza, si è progressivamente concentrata presso l'Ospedale di Cattinara (Complesso Operatorio che dispone di 16 postazioni di recovery room).

L'attività ortopedica è stata definitivamente trasferita dal presidio del Maggiore a Cattinara e ha dimostrato la piena adesione alle politiche di miglioramento delle performance avviate dopo la concentrazione dell'attività chirurgica nel complesso operatorio di Cattinara e l'avvio della guardia attiva ortopedica sulle 24 ore.

Alla fine del 2014 presso la sede del Maggiore è rimasta l'attività operatoria di pertinenza oculistica, odontostomatologica, maxillo-facciale e quella di Day Surgery. Quest'ultima attività è organizzata secondo un modello dipartimentale con una equipe di sala, infermieristica e assistenziale, dedicata. In questa sede le sedute operatorie vengono

assegnate alle differenti strutture chirurgiche che per la degenza di tipo ambulatoriale o in ricovero diurno, utilizzano i 25 p.l. complessivi.

Nelle sale operatorie, nel Day Surgery e presso gli ambulatori di “classe A” vengono effettuati circa 13.000 interventi l’anno, senza contare l’attività di sala gessi. Dal 2012 si sono ridotte le cosiddette “urgenze” (in totale il 22% degli interventi effettuati nel 2015, - 1% rispetto al 2014 e - 4% rispetto al 2013) con un incremento della proporzione delle sedute “programmate”. Anche la percentuale di interventi in day surgery (DH o ricoveri ordinari di 0-1 giorno) che supera il 25%, è leggermente incrementata rispetto al 2014, esercizio che già registrava un aumento di 3 punti percentuali rispetto al 2013.

Il peso medio (1,89) degli interventi eseguiti in ricovero ordinario registra un sostanziale mantenimento con variazioni tra le differenti strutture di ricovero. La degenza media preoperatoria per i pazienti ammessi in elezione (interventi programmati) raggiunge un valore (1,03 giorni) è prossimo allo standard-obiettivo regionale (di 0,9 giorni). I dati del I bimestre 2016 confermano il trend (la degenza preoperatoria nel I bimestre 2016 registra un dato di 0,9 giorni medi)

In particolare una degenza preoperatoria pari all’obiettivo previsto è stato raggiunto per le discipline di Chirurgia specialistica (0,85 gg.) mentre per le Ortopedie il dato è 0,99 gg. Per la casistica di peso elevato la degenza media preoperatoria ha raggiunto l’obiettivo previsto 0,9 per il DAI. Testa-Collo mentre si è mantenuta ancora superiore per il DAI. Ch generale (1,07 gg.) e Cardiovascolare (1,56 gg.).

Si è inoltre mantenuta l’attività di Intraoperative Radiotherapy (IORT) avviata nel 2013, che utilizza un acceleratore lineare (modello Mobetron) di tipo portatile, per gli interventi di chirurgia oncologica, prevalentemente per le donne affette di cancro alla mammella. Sono stati eseguiti come BUST anticipati 20 trattamenti intraoperatori nel 2013 e 17 nel 2014 e 19 nel 2015.

In sintesi si è registrato:

- 1) un incremento del numero di interventi (+ 1,6% interventi rispetto al 2014);
- 2) il mantenimento del peso DRG delle dimissioni ospedaliere di tipo chirurgico;
- 3) il rispetto dei tempi di riparazione delle fratture di femore nei pazienti ultrasessantacinquenni (69,5% operati entro 48 ore nel 2015 a fronte di un obiettivo del 65%);
- 4) la sensibile riduzione della degenza pre-operatoria in tutti i Dipartimenti chirurgici che ha portato il dato 2015 a 1,03 (da 1,2 del 2014).

Rapporti con il Dipartimento di Scienze Mediche, chirurgiche e della salute dell’Università degli Studi di Trieste.

Il rapporto è stato improntato al confronto, alla leale e costruttiva collaborazione e reciproca consapevolezza dei problemi.

Il “progetto Aule” nella sua prima attuazione è stato portato a compimento ed è in corso di pianificazione l’estensione che renderà congrua l’offerta logistica e la multimedialità

degli ambienti, avvicinando il polo didattico dell'Ospedale di Cattinara ad un vero Campus universitario.

Attraverso la collaborazione con le strutture formative AAS1 e AOUST si è potuto procedere ad adeguare l'offerta didattica e formativa relativa al BLSO sia per gli studenti dei corsi di laurea che delle scuole di specializzazione, per questi ultimi aderendo agli standard JCI ed alle regole per l'Accreditamento istituzionale.

La formalizzazione di Crediti ECM per Medici ed Infermieri, pur con difficoltà che si sta cercando di superare, ha consentito di meglio formalizzare l'integrazione di personale ospedaliero competente e disponibile nelle attività didattiche professionalizzanti ai vari livelli della formazione pre e postlauream.

Apprezzabili e foriere di aumenti di efficienza, sono state le riorganizzazioni concertate con l'Università nell'area della Chirurgia Generale, Ortopedia e Complesso Operatorio.

E' stata strutturata l'attività della Clinica Psichiatrica nell'ambito dell'attività dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria triestina.

Più deciso dovrà essere l'impegno per formalizzare una struttura stabile di ricerca clinica che sappia provvedere a tutte le fasi del processo favorendo questa fondamentale attività che è nella mission di un Azienda Sanitaria Universitaria Unificata ed Integrata.

Sono state poste le basi per una revisione dei regolamenti inerenti le partecipazioni ad attività formative sponsorizzate e le incompatibilità per alcuni ruoli istituzionali. Tale revisione dovrà garantire lo svolgimento di ruoli costitutivi per la didattica universitaria ed il trasferimento di conoscenze, il rispetto della norma e la trasparenza totale degli atti.

Irrinunciabile e non più rinviabile è lo sviluppo di un sistema avanzato di informatizzazione che consenta una moderna gestione integrata medico-infermieristica-amministrativa e che faccia colloquiare in continuum e per tutte le informazioni utili, la globalità degli attori e dei sistemi coinvolti nei percorsi di cura dei malati dalla Medicina Generale, alle Strutture Territoriali a quelle Ospedaliere, Burlo incluso.

Importante è stato il ruolo dell'Università nel ripristinare un rapporto costruttivo e contribuire alla razionalizzazione di alcuni processi previsti dalla riforma del SSR ed in corso di attuazione pratiche nell'anno (immunotrasfusionale, laboratorio, microbiologia) nell'interazione con il Burlo e nella discussione del protocollo d'intesa Università-Regione.

3.2 Livelli di raggiungimento degli obiettivi correlati alle linee progettuali: dettagli

Relativamente agli obiettivi di esercizio, si riporta di seguito la rappresentazione sintetica dei risultati inerenti la pianificazione annuale così come definita nel PAO aziendale e nei provvedimenti che hanno informato la programmazione regionale.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.1 Nuovi atti aziendali	Per AOUTs e AAS1 l'atto aziendale verrà predisposto a valle della sottoscrizione dei Protocolli d'intesa Università-Regione, quando le aziende si fonderanno assumendo la denominazioni di "Azienda sanitaria universitaria integrata n. 1 di Trieste
Attuazione al 31/12/2015	
L'incorporazione è prevista, come da indicazioni regionali, nel 2016	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.2 Protocolli d'intesa	L'Azienda ospedaliero-universitaria è impegnata nella ridefinizione del protocollo d'intesa Università – Regione
Attuazione al 31/12/2015	
I rappresentanti di AOUTs hanno partecipato ai tavoli tecnici individuati dall'Assessorato Salute	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	Partecipazione alla costituzione dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi
Attuazione al 31/12/2015	
L'Azienda ha partecipato a tutte le iniziative, tavoli tecnici e attività promosse dall'EGAS. Il Commissario Straordinario partecipa al tavolo di governo dell'Ente regionale	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.4 Centrale operativa 118 unica regionale e sistema dell'emergenza urgenza	Partecipazione alla costituzione della Centrale operativa 118 unica regionale e al sistema dell'emergenza urgenza
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha garantito la partecipazione ai lavori del tavolo tecnico dei professionisti individuati dalla Direzione centrale salute. I professionisti di AOUTS hanno fornito un contributo attivo alla stesura dei documenti tecnici	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.5 Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti	Partecipazione all'avvio di attività del Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti
Attuazione al 31/12/2015	
L'attività relativa all'istituzione del Centro Unico di Produzione Emocomponenti (CUPRO) è iniziata a ottobre 2013, e da allora AOUs ha regolarmente inviato tutte le unità di sangue intero raccolte nelle 4 sedi fisse e nelle due mobili del Dipartimento, così come tutte le unità di plasmaferesi prelevate nelle sedi Isontine. Dal 14 dicembre 2015, anche tutte le unità di plasmaferesi raccolte nelle sedi giuliane vengono regolarmente inviate al CUPRO.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.6 Laboratorio analisi e microbiologia-virologia Primo semestre del 2015: redigere un piano di trasferimento presso il Dipartimento di Patologia clinica aziendale dell'attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia dell'IRCCS Burlo Garofolo	Elaborazione documento condiviso tra AAS2-AOUs-BURLO
Attuazione al 31/12/2015	
Entro i termini previsti (giugno 2015) è stata redatta la bozza di piano per il trasferimento delle attività di Laboratorio dell'IRCCS Burlo G. all'AOUs. Questa proposta è stata poi discussa dalle due Direzioni generali in data 22 luglio 2015, all'insediamento della DG dell'IRCCS. È in fase di definizione il percorso di unificazione. In data 2 luglio 2015 le due aziende hanno concordato che la funzione di microbiologia sarà assicurata da AOUs in via provvisoria, nel periodo estivo per far fronte a criticità segnalate dal Burlo. Ciò ha comportato il trasferimento fisico delle attrezzature, il trasferimento del personale in regime di comando e l'adeguamento delle configurazioni software. Questa esperienza costituisce un test per il futuro definitivo trasferimento.	
Alla fine dell'anno è stata trasferita la microbiologia (Batteriologia) ed è stato trasmesso alla Direzione centrale il piano condiviso di riorganizzazione definitivo del laboratorio AOUs-Burlo con nota prot. gen. 21067 dd. 30/12/2015	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.6 Laboratorio analisi e microbiologia-virologia	Nell'anno verrà redatto il piano di trasferimento delle funzioni di laboratorio delle funzioni Hub da Gorizia e Monfalcone ad AOUs
Attuazione al 31/12/2015	
È stato costituito un tavolo tecnico tra i professionisti di Laboratorio dell'AAS2 e AOUs riunitosi in prima seduta il 24 febbraio 2015. Durante l'incontro è stata definita l'agenda di lavoro, le modalità di analisi e raccolta dati e la proposta progettuale per la realizzazione del nuovo modello organizzativo.	
Sono stati raccolti i dati (attraverso l'istituzione di una Commissione) ed è stata sostenuta con una specifica convenzione le carenze di risorse evidenziate da AAS2	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.6 Laboratorio analisi e microbiologia-virologia	Estendere il sistema di "order-entry" di laboratorio in tutte le strutture di ricovero e di diagnosi dell'Azienda
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel primo semestre 2015 è stata avviata l'estensione del Gestore Richieste (GR: gestione informatizzata richieste esami ematochimici). In tutti i reparti di AOUTs è stata eseguita la formazione, forniti i dispositivi necessari (stampanti etichette, lettori codici a barre) ed è stata garantita una particolare configurazione di profili e "schedoni".</p> <p>Nel secondo semestre 2015, si è lavorato per il consolidamento dell'uso del sistema, affrontando percorsi di analisi delle difficoltà riscontrate dagli operatori (es. difficoltà ad individuare le corrette prestazioni o prestazioni mancanti) per individuare le soluzioni più opportune. Si è inoltre lavorato per allineare il sistema alle modifiche di operatività che hanno caratterizzato alcuni settori dei laboratori.</p> <p>Al 31.12.2015 il GR è funzionante in tutti i reparti richiedenti di AOUTs.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.7 – Posti letto	riduzione del tasso di ospedalizzazione
Attuazione al 31/12/2015	
Il calcolo dell'ospedalizzazione al 31/12/2015 indica un tasso pari al 132,88 (x 1.000 residenti) contro il 137,9 del 2014 e 142,7 del 2013 (fonte portale SSSR)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.7 – Posti letto	contenimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati
Attuazione al 31/12/2015	
In linea con il dato regionale (rapporto DRG appropriati /inappropriati = 0,23). Sono state condotte valutazioni specifiche su alcune condizioni croniche (Vedi anche applicazione PDTA sulle principali patologie croniche)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.1.7 – Posti letto	attivazione di una RSA intraospedaliera a gestione territoriale con sede presso il Presidio del Maggiore mediante la riconversione di 30 posti letto
Attuazione al 31/12/2015	
Non attivata	
In considerazione della necessità di utilizzo degli spazi previsti per l'insediamento della nuova RSA nel comprensorio dell'Ospedale Maggiore trasferendovi temporaneamente attività ospedaliere per permettere i lavori nell'Ospedale di Cattinara, si è stati costretti a rimandare l'attivazione della prevista RSA.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.2 – PREVENZIONE prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali	adesione ai programmi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali
Attuazione al 31/12/2015	
E' stata assicurata la partecipazione dei Medici Competenti (MC) AOUTS alle riunioni tecniche del gruppo di lavoro delle Az Sanitarie della Regione FVG. Sono stati organizzati 3 corsi ECM per i Medici Competenti della regione FVG riguardanti le malattie lavoro correlate di interesse ORL, Reumatologiche, Metaboliche	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.2 – PREVENZIONE Screening oncologici. Neoplasia della mammella	- Percentuale di early recall <10% - Il 90% degli esami negativi sono refertati entro 15 gg -Casi refertati entro 30 giorni >90%
Attuazione al 31/12/2015	
E' proseguito il lavoro del gruppo interaziendale in vista dell'accreditamento EUSOMA e dell'applicazione del PDTA già elaborato nel 2014. In quanto ai risultati relativi agli indicatori regionali si rileva quanto segue:	
<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di EARLY RECALL = 6,9% (8,6% nel 2014) - proporzione di esami negativi allo screening mammografico refertati entro 15gg= 33,1%; - casi refertati entro 30 giorni = 95,6% (97,36% NEL 2014) 	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.2 – PREVENZIONE Screening oncologici. Neoplasia della cervice uterina	confermare per il 2015 l'attività del primo livello e, in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo, quella di II livello (tipizz. virale per le residenti di AAS1 e per le donne inserite nello screening e residenti nel territorio dell'ex area vasta)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Attività di I livello dello screening (PAP test) Nel 2015 sono state effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° semestre: 5.896 esami (6.562 totali + 20 LP) - 2° semestre: 6.959 esami (7.412 totali + 107 LP) - Totale PAP test 2015: 12.855 esami (13.974 + 127 LP) <p>Nel 2014 sono state effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° semestre: 6.469 esami (7.311 totali + 0 LP) - 2° semestre: 6.096 esami (6.628 totali + 1 LP) - Totale PAP test 2014: 12.565 esami (13.939 + 1 LP) <p>Attività di II livello dello screening (HPV Test): Nel 2015 sono state effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° semestre: 281 (85 AAS2 + 51 Burlo) - 2° semestre: 264 (98 AAS2 + 39 Burlo) - Totale HPV test 2015: 545 esami (183 AAS2 + 90 Burlo) <p>Nel 2014 sono state effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° semestre: 219 esami (67 ASS2 + 55 Burlo) - 2° semestre : 217 esami (67 ASS2 + 50 Burlo) - Totale HPV test 2014: 436 esami (134 ASS2 + 105 Burlo) <p>Si registra pertanto nel 2015 un incremento significativo per gli HPV test ed un sostanziale mantenimento delle attività di refertazione per i PAP test di screening. Si conferma altresì l'effettuazione di test HPV per le donne residenti in AAS1 e per le donne inserite nello screening e residenti nel territorio dell'ex area vasta. Si specifica che tale attività è conseguente agli esami positivi ASCUS che per AAS1 sono effettuati presso i Consultori e i casi post-conizzazione provenienti dal 2° livello dell'IRCCS Burlo Garofolo</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.2 – PREVENZIONE Screening oncologici K coloretale: garantire la corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening	[(Numero campi compilati/ Totale dei campi della cartella endoscopica) x 100] >95%
Attuazione al 31/12/2015	
Numero campi compilati/ Totale dei campi della cartella endoscopica=99,9%	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.2 – PREVENZIONE Screening oncologici K coloretale: garantire un tempo di attesa tra l'esito del Fobt e la Colonscopia inferiore ai 30 giorni	[(Casi con tempo di attesa tra FOBT e Colonscopia minore ai 30 giorni/ Totale dei casi) x 100] >90%
Attuazione al 31/12/2015	
Casi con tempo di attesa tra FOBT e Colonscopia minore ai 30 giorni/ Totale dei casi = 79.17%	
<p>Come già rilevato nei rendiconti trimestrali e a consuntivo degli anni precedenti, una percentuale delle persone che hanno aderito e sono risultate positive al FOBT, hanno deciso, per volontà propria, di effettuare l'esame endoscopico in un tempo superiore ai 30 giorni. Ciò è stato documentato dalla segreteria di I livello.</p> <p>Inoltre si sono verificati problemi con l'invio degli inviti o delle risposte nell'ultimo trimestre del 2015, spiegabile con un problema del servizio di post-elaborazione, rilevato anche presso altre Aziende, registrato nella filiera di approvvigionamento dei moduli prefincati (i moduli erano personalizzati).</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.2 – PREVENZIONE Screening oncologici K coloretale: attivare i protocolli regionali dello screening genetico delle forme eredo-familiari di tumori del colon e del retto	Casi individuati e riferiti alla segreteria provinciale dello screening
Attuazione al 31/12/2015	
Non sono stati riferiti casi nell'ambito dei protocolli citati.	
Le S.C. Anatomia Patologica e Gastroenterologia non sono mai state coinvolte nello screening dei tumori eredo-familiari. Si è in attesa di indicazioni regionali in tal senso.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Accreditamento	- Messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accreditamento. - Partecipazione al programma di autovalutazione dei requisiti e alla redazione dei relativi piani di adeguamento.
Attuazione al 31/12/2015	
<p>- L'azienda ha messo a disposizione propri professionisti formati come valutatori regionali che hanno già effettuato visite di accreditamento</p> <p>- Nel 2015 la prevista visita di accreditamento istituzionale per la nefrologia e dialisi è stata rinviata per essere eseguita in contemporanea alla visita di accreditamento istituzione degli ospedali (DGR nr. 75/2015)</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Odontoiatria Sociale	Contributo al progetto regionale di potenziamento dell'odontoiatria sociale, per il quale sarà direttamente impegnato il personale della SC di Clinica Odontoiatrica e Stomatologica nella elaborazione del programma previsto dalle linee guida oltre che nel coordinamento della sua applicazione in ambito locale e regionale.
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nei primi mesi dell'anno si è proceduto all'analisi dei dati inviati dalle singole aziende sanitarie e estratti dal sistema regionale. Su questa base si è provveduto a stilare un documento, inviato alla Direzione Centrale salute con l'evidenza degli obblighi legati all'applicazione dei LEA, le opportunità e la fattibilità delle varie opzioni dell'offerta sanitaria. Si inoltre è provveduto a raccogliere ed elaborare i dati epidemiologici necessari alla definizione puntuale dell'offerta odontoiatrica. Nel 2016 il progetto risulta attivato anche grazie a questo lavoro propedeutico</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Cure Palliative	Partecipazione alla rete delle cure palliative in quanto elemento trasversale anche dei numerosi PDTA elaborati nel 2014
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel 2015 sono stati avviati confronti e verifiche fra le strutture che si occupano di cure palliative sia di AAS1 che di AOUTs. Il tutto finalizzato a tradurre nella organizzazione socio-sanitaria triestina quanto previsto nella DGR sulle cure palliative.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Salute Mentale demenze senili e ai disturbi cognitivi dell'anziano	
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel primo semestre è stato predisposto un programma di miglioramento del percorso diagnostico (Clinica Neurologica). Al 31.12.2015 si registra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'incremento del numero di rachicentesi per ricerca biomarker liquorali nei decadimenti cognitivi; 2) l'avvio di un programma di migliore definizione diagnostica nelle neuroimmagini; RM e SPECT; 3) l'aumento del numero dei test neuropsicologici di diagnostica 	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA	presa in carico delle persone con i Disturbi del comportamento alimentare da parte di AAS1, nel corso del 2015 dovrà essere meglio definito il raccordo con ASS1
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Le due Aziende hanno definito un unico protocollo di presa in carico e gestione del paziente comprendendo anche i criteri di ospedalizzazione per la fase acuta ("Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo integrato delle persone con Disturbi del comportamento alimentare").</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Riabilitazione pianificazione locale della Provincia di Trieste	<p>I professionisti concorrono alla pianificazione locale della provincia di Trieste , intesa come:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ridefinizione della dotazione dei posti letto e riqualificazione qualitativa degli standard b) partecipare alle due reti di patologia "tempo dipendenti" (ictus e trauma, Vedi Linea 3.4.2), garantendo la corretta applicazione degli standard qualitativi previsti da due PDTA specifici, costruiti nella ex Area vasta giuliano isontina nel corso del 2014
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel corso dell'anno è continuato senza interruzioni il lavoro di analisi e programmazione congiunto AAS1 - AOOUTS . È stata assicurata la partecipazione attiva al "Tavolo tecnico regionale in materia di riabilitazione" istituito con Decreto n° 75/DICE del direttore della SC Medicina Riabilitativa dott.ssa V. Pesavento che coordina il gruppo "Modello organizzativo della rete integrata della riabilitazione". È stata assicurata la partecipazione dei professionisti ai tavoli interaziendali (AAS1-AOOUTs) sulla realizzazione del piano di miglioramento dei PDTA su frattura di femore, protesi d'anca e ictus (formazione sul campo). Risultano implementate le modifiche previste dal piano di miglioramento e relative alla presa in carico riabilitativa ed alla degenza pre-operatoria.</p> <p>Fratture di femore: le giornate di degenza passano da 19,5 (2014) a 14,7 (2015). Il risultato complessivo è determinato dalla diminuzione della degenza pre-operatoria che passa da 4,2 giornate (2014) a 2,4 (2015), alla presa in carico riabilitativa precoce entro le 24 dall'intervento ed alla diminuzione della degenza post-operatoria che passa da 15,3 (2014) a 12,5 giornate (novembre 2015).</p> <p>Ictus: mantenimento della degenza nei pazienti con ictus; la diminuzione del tempo necessario alla presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus passa, in media, da 4 a 2 giornate.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Diabete	Partecipazione alle attività coordinate da AAS1 inerenti il tema e propedeutiche alla costruzione di un percorso integrato di cura per la Provincia di Trieste
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha partecipato ai tavoli di lavoro con AAS1 inerenti la costruzione di un percorso integrato di cura. È in fase di elaborazione un documento sulla istituzione di una rete diabetologica.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Diabete	Ridefinizione, in accordo con le azioni previste nell'area giuliana, del percorso di accesso del paziente con complicanze diabetiche, anche per abbattere il tasso di ospedalizzazione
Attuazione al 31/12/2015	
<p>AOUTs ha avviato l'applicazione all'interno dell'ospedale di uno specifico percorso clinico-assistenziale per la gestione del paziente diabetico in attesa dell'intervento chirurgico (al fine di non rimandare l'intervento per le complicanze del diabete e ridurre la degenza post intervento chirurgico).</p> <p>Allo scopo sono state condotte tutte le attività formative /informative inerenti l'applicazione del PDT</p> <p>Nel corso del 2015 si sono ridotte le dimissioni per pazienti con diagnosi principale di diabete del 32%.</p> <p>L'ospedalizzazione in Provincia di Trieste (x 10.000 residenti) si riduce di 17 punti (da 62 a 45), nella classe d'età dell'indicatore MeS-Bersaglio (età 20-74 anni) si è ridotta di 14 punti (da 47,7 a 33,9/10.000 residenti età 20-74anni)</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Violenza di genere	Piano di miglioramento ("Sostegno Donna") in collaborazione con altri Enti e Associazioni. Programma previsto dal progetto di miglioramento
Attuazione al 31/12/2015	
L'azienda ha mantenuto e ulteriormente sviluppato un progetto di miglioramento (SOstegno Donna) revisionando al proprio interno il protocollo di gestione delle donne oggetto di violenza che accedono al pronto Soccorso; sono state formate figure professionali dedicate alle pazienti e intraprese azioni per la presa in carico delle donne oggetto di violenza da parte di servizi, enti, associazioni presenti sul territorio triestino. Il programma è stato prorogato per un ulteriore anno (2016).	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Mediazione linguistico culturale	nuova convenzione interaziendale, maggiormente articolata rispetto a tempi, disponibilità oraria, appropriatezza delle attivazioni e degli interventi stessi che comprenderà anche l'attività di mediazione con le persone sordomute
Attuazione al 31/12/2015	
La mediazione culturale rientra in una gara EGAS. Il servizio è stato attivato e viene svolto regolarmente (viene inviato annualmente alla Regione un rendiconto conclusivo dell'attività). Per le persone sordomute, è stato rinnovata la convenzione con ENS-ONLUS del 227 dd. 18.08.2015	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI Attività operatoria	<ul style="list-style-type: none"> - revisione delle cosiddette "liste d'attesa" per gli interventi - numero effettivo delle persone con diagnosi, accertamenti e valutazioni anestesiolgiche eseguite - programmare incrementi di attività operatoria finalizzati a rispondere a priorità di natura clinica (oncologia, interventi classe priorità secondo i criteri regionali, ecc.) con le risorse disponibili
Attuazione al 31/12/2015	
<p>La revisione delle "liste d'attesa" per intervento chirurgico ha riguardato l'aggiornamento delle liste gestite dai reparti e verificate e validate dalla Direzione sanitaria. Ciò ha permesso di adeguare la programmazione delle sedute operatorie del complesso chirurgico (sia Cattinara che Maggiore). Il monitoraggio è condotto mensilmente e l'attribuzione delle sedute viene aggiornata in riferimento agli esiti di tale monitoraggio. Ad oggi, la Direzione Sanitaria monitora le liste di attesa, per classe di priorità. A tal fine, vengono inviati mensilmente alle SSCC chirurgiche il numero dei pazienti in attesa e i giorni medi di attesa, per classe di priorità e per anno di prenotazione, chiedendo un riscontro in merito al puntuale aggiornamento delle liste stesse. La riorganizzazione delle aree chirurgica ed ortopedica ha consentito la disponibilità di 10 sedute aggiuntive al mese che vengono assegnate, come già precisato, in base agli esiti dei monitoraggi.</p> <p>Ciò ha permesso sino ad ora di avviare una sensibile riduzione del numero delle persone in attesa di intervento nei settori dell'urologia, ortopedia e chirurgia generale.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione nel percorso di adozione del progetto obiettivo sulla sanità transfrontaliera ed alla predisposizione del piano di integrazione sociosanitaria per l'integrazione dei sistemi sociosanitari italiani e sloveni. - Collaborazione, previa adozione di idonee misure organizzative, alla ricognizione dei bisogni di ricerca in ambito sanitario e sociosanitario, al fine dell'ideazione, progettazione e gestione di iniziative, a finanziamenti UE diretto e indiretto. <p style="margin-left: 40px;">Previste proposte di attività di sviluppo sui temi in particolare di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostegno all'empowerment del cittadino nei rapporti con le istituzioni sanitarie; - Sistemi esperti per il supporto alle decisioni cliniche sulle malattie croniche; - Individuazione nell'ambito delle patologie croniche, di modalità di monitoraggio dei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti tramite soluzioni tecnologiche anche fortemente innovative.
Attuazione al 31/12/2015	
<ul style="list-style-type: none"> - Nel corso del 2015 è stata completata la sperimentazione prevista dall'accordo tra AOUTs e la Casa della Salute di Koper, autorizzata dalla Direzione Centrale Salute, indirizzata a migliorare la complementarità tra i servizi sanitari italiani e sloveni (cooperazione trans-frontaliera) per il trattamento delle cardiopatie ischemiche (pazienti europei presenti e/o residenti nelle aree slovene confinanti). È continuata la partecipazione dell'Azienda al progetto "Cross-border heart attack collaborative project" promosso su scala europea attraverso la partecipazione dei professionisti a convegni e studi organizzati su territorio europeo - L'Azienda ha concluso nel mese di novembre le attività specifiche di rendicontazione concomitanti con la conclusione dei finanziamenti di alcuni progetti trans-frontalieri e altri UE (Honcab). - L'Azienda ha fatto tuttavia fronte con risorse interne alle attività di rendicontazione e reporting di alcuni progetti di ricerca finalizzati del Ministero della Salute - È stato avviato nell'ultimo trimestre dell'anno un progetto di cooperazione internazionale con il Cameroun (progetto SANITA sul cancro della mammella femminile) - I principali risultati dei programmi condotti nel triennio precedente (progetti POR-FESR, PO Italia-Slovenia 	

e UE Health Programme 2006-2013) e conclusi nel corso del 2015 riguardano: 1) prestazioni comuni con i partner del Veneto e sloveni per procedure e protocolli standard, 2) miglioramento delle competenze professionali mediche ed infermieristiche, 3) modelli clinici innovativi (fast-track chirurgica, organizzazione trattamento pazienti con IMA STEMI e NON-STEMI), 4) procedure necessarie per la mobilità transfrontaliera del personale sanitario per interventi specialistici, 5) strumenti di integrazione delle piattaforme tecnologiche – accesso on-line ai servizi e agli archivi per gli operatori ospedalieri, accesso agli archivi video delle tecniche laparoscopiche, 6) piattaforme tecnologiche omogenee in Chirurgia mini-invasiva (anche per la formazione professionale), 7) modalità didattiche e di formazione professionale con accesso area e-learning, archivio video e PACS chirurgico, 8) meccanismi per il teleconsulto multilaterale tra specialisti dell'area di emergenza e in chirurgia, 10) moduli formativi per personale sanitario bilingue nell'area dell'emergenza e coinvolti nell'area di programma

- In riferimento ai programmi di “empowerment” e di “engagement” del paziente:

1) ha avviato nel primo semestre del 2015 con AAS1 un progetto di valutazione della qualità dei programmi di cura e presa in carico dei pazienti con ictus (“SAperE a Trieste_Ictus un anno dopo”)

2) ha avviato un progetto di attivazione e di “engagement” del paziente con patologie croniche in collaborazione con Enti universitari italiani.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti Cuore	partecipazione alla definizione di almeno tre percorsi assistenziale di valenza regionale (e propone i percorsi sullo Scompenso cardiaco congestizio in acuto; Fibrillazione Atriale e Paziente Cardioncologico)
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha garantito la partecipazione dei professionisti ai tavoli tecnici coordinati dalla Direzione centrale salute. Per quanto riguarda la Rete d'Organo Cuore sono in revisione i documenti relativi alle 3 linee costitutive, Emergenze, Scompenso Acuto e Scompenso Cronico	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti Cuore	contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti di eta 50-74 anni affetti da scompenso cardiaco congestizio, anche attraverso l'avvio del PDTA e del suo monitoraggio costruito nel 2014 dai professionisti di AAS1 e AOUTs portandolo al di sotto 250 per 100.000
Attuazione al 31/12/2015	
Si è avviata l'applicazione operativa del PDTA sul paziente con scompenso cardiaco, in particolare l'applicazione sui pazienti “a basso rischio” che accedono in Pronto Soccorso e sulla continuità clinico-assistenziale dei dimessi dai reparti di medicina interna di AOUTs.	
Gli accessi in PS con diagnosi di “insufficienza cardiaca congestizia-non da ipertensione” (ACC 108) diminuiscono sensibilmente a partire dal mese di maggio (la proporzione di ricoverati dopo accesso con ACC 108 passa dal 95 al 50%) .	
Le ospedalizzazioni (criteri MeS-Bersaglio) complessive per i residenti in Provincia di Trieste diminuiscono del 9,6%.	
Il tasso di ospedalizzazione (x 10.000 residenti) si riduce di 45 punti (da 459 del 2014 a 415 del 2015) ma, tuttavia, l'ospedalizzazione per la classe d'età 50-74 anni (indicatore MeS-Bersaglio) rimane invariato rispetto al 2014 (da 251,2 a 254,9)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti Cuore	collaborare con l'IRCCS Burlo Garofolo per sviluppare le competenze specifiche dell'equipe cardiologica dell'Istituto nel campo della diagnostica prenatale e dell'età pediatrica
Attuazione al 31/12/2015	
L'Azienda ha proseguito nel corso dell'anno la collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo con la messa a disposizione di professionisti cardiologi impegnati nel campo della diagnostica prenatale e dell'età pediatrica. AOUTS partecipa ai tavoli per i PDTA con il Burlo.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti RENE	partecipare alla definizione di almeno tre percorsi assistenziale di valenza regionale
Attuazione al 31/12/2015	
La Rete Rene è partita con Delibera di Giunta Regionale del 31 luglio 2015. I professionisti di AOUTs hanno partecipato alla definizione dei tre percorsi assistenziali previsti dalla pianificazione regionale. L'Azienda ha coordinato i lavori del gruppo dedicato al "percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto renale", conclusosi con l'elaborazione del documento adottato con decreto nr. 133 sts dd. 22.02.2016 della Direzione centrale salute. Partecipa con i suoi professionisti, inoltre, alla definizione del percorso sulla insufficienza renale in fase iniziale e del percorso sull'insufficienza renale avanzata	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti RENE	potenziare la dialisi peritoneale con obiettivo di utilizzare questa metodica almeno nel 20% dei pazienti in dialisi
Attuazione al 31/12/2015	
A dicembre i pazienti in dialisi peritoneale erano 32 su 201 pazienti dializzati (indicatore di "utilizzo" pari al 16%; FVG: 12%) Il numero di pazienti in dialisi è incrementato di 4 unità rispetto al 2014	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti RENE potenziare il programma di trapianto di rene con riduzione dei tempi di immissione in lista dei nuovi pazienti trapiantabili ed eleggibili	almeno il 75% dei nuovi dializzati trapiantabili pronti per l'invio a visita nefro-chirurgica presso il Centro regionale di riferimento trapiantologico entro sei mesi dall'inizio del trattamento sostitutivo dialitico
Attuazione al 31/12/2015	
L'Azienda ha attivato una valutazione sui pazienti candidabili a visita nefro-chirurgica presso il Centro Regionale Trapianti. Al 31.12.2015, 17 pazienti sui 25 inseriti in lista sono stati riferiti al Centro regionale di riferimento entro 6 mesi, 8 oltre i sei mesi (68%)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti RENE	nuova cartella nefrologica informatizzata acquisita di recente
Attuazione al 31/12/2015	
<p>La cartella Clinica Elettronica è attualmente disponibile sui PC della SC di Nefrologia e Dialisi e viene progressivamente utilizzata per la Dialisi nel paziente cronico.</p> <p>Nel corso del secondo semestre ne è stato esteso l'utilizzo agli ambulatori nefrologici.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti RENE	<p>Attività di integrazione con AAS1:</p> <p>Utilizzare le strutture territoriali per favorire la dialisi peritoneale presso le RSA, le CdR ed anche presso le abitazioni dei pazienti dei Distretti di Trieste attraverso formazione di personale infermieristico di AAS1, sia di tipo teorico che pratico presso le strutture di ricovero di AOUTs, e successiva sperimentazione</p>
Attuazione al 31/12/2015	
<p>La sperimentazione è partita in RSA a seguito del programma formativo previsto.</p> <p>Il progetto ha previsto l'addestramento del personale dei Distretti e la loro cooptazione nell'Ambulatorio di Orientamento al Trattamento Dialitico di AOUTs. Il personale dei Distretti ha contattato i pazienti Dializzati gestiti dalla Struttura per la loro presa in carico (progetto "Dialisi peritoneale assistita domiciliare", recepito da AAS1 con deliberazione n. 457 dd. 29.10.2015) finalizzato a realizzare la dialisi peritoneale a domicilio dell'assistito, in residenza sanitaria assistenziale e in casa di riposo per non autosufficienti.</p> <p>È stata pertanto predisposta una convenzione tra AAS1 e Comune di Trieste per la destinazione di un posto in RSA e un posto in CdR.</p> <p>Attualmente i posti individuati sono occupati da pazienti in dialisi peritoneale</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti RENE	gruppo di lavoro AOUTs-AAS1 con l'obiettivo di individuare le principali molecole farmacologiche ad escrezione renale ed avviare le opportune campagne formative ed informative per un loro corretto ed appropriato utilizzo e valutazione a seconda dei livelli di funzione renale (creatininemia).
Attuazione al 31/12/2015	
<p>L'azienda ha invitato i professionisti e i reparti coinvolti sul tema e ha promosso un tavolo di confronto con gli stessi e con i responsabili dei rispettivi servizi farmaceutici, allo scopo di promuovere uno specifico percorso formativo.</p> <p>Al termine del percorso di formazione e agli approfondimenti, è stato dedicato un numero monografico della pubblicazione AOUTs-AAS1 "Così è, se vi pare" (nr. 29, Novembre 2015)</p> <p>Si veda anche il punto 3.5</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas	costruzione del PDTA per il paziente diabetico coordinato da AAS1 e alle attività formative/informative relative alla sua applicazione
Attuazione al 31/12/2015	
L'azienda ha partecipato ai tavoli di lavoro con AAS1 inerenti il tema. Il documento è in fase di elaborazione. AOUTs ha inoltre effettuato attività formative /informative inerenti l'applicazione del PDT a livello ospedaliero prevalentemente in area chirurgica	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas	valorizza i percorsi di cura intraospedalieri per la gestione delle comorbidità diabetiche nel paziente chirurgico o ricoverato in aree specialistiche
Attuazione al 31/12/2015	
L'Azienda ha attivato una procedura interna di consulenze specialistiche diabetologiche per pazienti che accedono al Pronto Soccorso e per pazienti ricoverati che presentano comorbidità diabetiche ed un programma di formazione interna per la gestione delle iperglicemie perioperatorie	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti polmone	contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti di età 50-74 anni affetti da BPCO attraverso l'avvio del PDTA sui pazienti affetti da BPCO costruito nel 2014 dai professionisti di AAS1 e AOUTs e del suo monitoraggio, portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti (valore medio regionale 2013 di 101,5 fonte Bersaglio)
Attuazione al 31/12/2015	
Il trend mensile delle dimissioni con diagnosi di BPCO ha presentato un picco inatteso nei mesi di gennaio e febbraio 2015. È stato condotto un Audit specifico sulle dimissioni del primo quadrimestre che ha evidenziato modalità diagnostiche non coerenti con i criteri di assegnazione della diagnosi principale di BPCO. Inoltre una quota dei dimessi avrebbero beneficiato di percorsi alternativi al ricovero. È stata avviata l'applicazione operativa del PDTA interaziendali ed è stata condotta una valutazione congiunta AAS1-AOUTS sulla corretta definizione diagnostica della Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva. I principali risultati, a fine anno, evidenziano una riduzione del 21,7% delle dimissioni complessive per BPCO, con una diminuzione di 41,8 punti del tasso di ospedalizzazione (per 10.000 residenti tutte le età). Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è passato da 165 a 132,4 ricoveri /10.000 residenti età 50-74 anni (criteri MeS-Bersaglio)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Ictus	contribuire attivamente alla costruzione della rete dedicata alle emergenze cerebrovascolari e dei gruppi di lavoro costituiti nell'ultimo anno
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha garantito la partecipazione attiva dei Professionisti individuati dalla Direzione centrale salute quali componenti della Commissione Regionale ICTUS. Gli esiti dell'attiva partecipazione dei professionisti triestini sono riassunti nel "Percorso assistenziale per la presa in carico del paziente con ictus cerebrale" della Regione FVG, Decreto nr. 611/SPS dd. 10.08.2015. Viene mantenuta la rete ictus della ex-area vasta, anche definita attraverso il Percorso Integrato di Cura elaborato nel 2014 e costantemente monitorato nel corso dell'anno. AOUTs ha esteso il Servizio di Radiologia interventistica al fine di assicurare l'attività h24 per l'esecuzione della tecnica trombectomia anche il loco, coerentemente con la funzione Hub definita dalla Rete regionale FVG. L'attività ha avuto inizio nel primo bimestre 2016	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Ictus	partecipare alla formalizzazione del percorso integrato di cure per il paziente con ictus acuto
Attuazione al 31/12/2015	
Il documento regionale è stato definito dalla Commissione regionale in data 10.08.2015 (decreto nr. 611/SPS)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Ictus	attivazione di tutte le fasi previste dal percorso integrato di cure costruito nel 2014 e ne misurerà l'attuazione, anche realizzando alcuni punti del piano di miglioramento previsto
Attuazione al 31/12/2015	
<p>E' stato avviato il piano di miglioramento previsto dal Percorso Integrato di Cura dell'Ictus dell'area giuliano isontina (vedi http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/Progetti/SAPerE/index.html) ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sono state selezionati dal gruppo di lavoro di AOUTs, AAS1 e AAS2, attraverso tecnica RAND modificata, 21 indicatori di processo e di esito per le 12 fasi in cui si compone il Percorso Integrato di Cura dell'Ictus dell'area giuliano-isontina - è stato condotto a termine il progetto "SAperE a Trieste_Ictus un anno dopo" indirizzato a misurare il punto di vista del paziente con ictus sulle cure offerte e l'organizzazione. Al 31.12.2015 si registra: - miglioramento dei tempi di presa in carico riabilitativa precoce, - mantenimento della degenza intraospedaliera (degenza media: 15,4 gg nelle donne e 12,8 gg negli uomini) - mantenimento della mobilità attiva nei confronti dei residenti in Provincia di Gorizia - incremento del numero di pazienti sottoposti a trombolisi sistemica 	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Ictus	garantire, assieme alle strutture del 118 e di emergenza sia del territorio giuliano che isontino, il trattamento trombolitico ad almeno il 6% dei pazienti con ictus acuto: almeno 65 pazienti con ictus acuto sottoposti a trombolisi venosa
Attuazione al 31/12/2015	
Le TROMBOLISI effettuate al 31.12.2015 dalla SC di Clinica Neurologica sono state in tutto 77	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Emergenze cardiologiche	garantire il coordinamento della funzione Hub di II livello estendendo le attività di audit e valutazione di qualità e performance anche agli altri soggetti territoriali ed ospedalieri definiti dal processo di riforma del SSR
Attuazione al 31/12/2015	
<p>AOUTs garantisce il coordinamento delle funzioni Hub cardiologiche per l'area giuliano isontina.</p> <p>È stato costituito il gruppo di lavoro dei professionisti e sono state svolte specifiche riunioni delle SSCC Cardiologiche e AdE di AAS 1, AAS 2 e IRCCS Burlo presso il Polo Cardiologico AOUTS.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Emergenze cardiologiche	partecipare alla formalizzazione di almeno due percorsi assistenziale di valenza regionale (e tra questi propone i percorsi STEMI, NSTEMI, EMBOLIA POLMONARE)
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha prodotto i relativi documenti	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Emergenze cardiologiche	garantire, assieme alle strutture del 118 e di emergenza l'intervento di angioplastica primaria entro 120' dall'esecuzione ECG nell'85% della casistica STEMI
Attuazione al 31/12/2015	
<p>L'obiettivo è stato costantemente monitorato.</p> <p>Al 31.12.2015 sono stati trattati 206 Pz totali; 139 casi da AAS1.</p> <p>Il tempo "door to balloon" entro 90 min e 120 min è rispettivamente del 77% e dell'86%.</p> <p>L'89% dei Pazienti è stato accolto mediante 118; l'89% degli ECG preospedalieri sono stati trasmessi mediante Lifenet. Mortalità intraospedaliera STEMI 3,6%; a 30 gg 3,8%; re-IMA 1,4%</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Emergenze cardiologiche	consolidare il riferimento AOUTs di selezionati pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio dal limitrofo territorio sloveno
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel corso del 2015 è proseguita la collaborazione con la Casa della Salute di Capodistria/Ospedale di Isola per il trattamento dello STEMI di cittadini UE in territorio Sloveno. Non è stata tuttavia autorizzata ulteriore attività dalla Direzione Centrale della salute FVG. Sono state condotte le analisi di fattibilità per la realizzazione di un Progetto di rivascolarizzazione mediante PTCA primaria nello STEMI per i cittadini Sloveni. Nel 2015 sono stati trattati 7 Pazienti con STEMI afferiti mediante sistema 112-Slovenia (di cui 3 italiani). Nessun cittadino Sloveno è stato trattato in assenza di specifici accordi fra le Nazioni. Effettuata la traduzione di tutti i protocolli. Si fa presente che AOUTs PARTECIPA AL progetto "Cross-border heart attack collaborative project" promosso su scala europea con il Ministero della Salute sloveno e dalla Regione FVG</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Trauma	garantire l'intervento ortopedico entro 48 ore dall'accesso almeno al 70% dei pazienti di età superiore ai 65 anni con frattura di femore
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Dati SDO anno 2015. % pazienti 65+ anni con frattura di femore operati entro 48h: 69,5% (in totale sono stati accolti 703 pazienti con frattura di femore; di questi 579 di età 65+ anni)</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti Trauma	partecipare all'attuazione del PDTA per i pazienti con frattura di femore e per i pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi d'anca elaborato dai professionisti di AOUTs e AAS1 nel corso del 2014
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Le azioni specifiche condotte dalle strutture di AOUTs e AAS1 hanno permesso di monitorare l'applicazione del PDTA elaborato nel 2014.</p> <p>Il monitoraggio degli indicatori di processo del percorso intraospedaliero indicano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il mantenimento del volume di accessi in ospedale (703 come nel 2014; la media del periodo 2010-2013 era di 639,5 casi/anno) - la riduzione complessiva della degenza media si riduce da 19 a 14,6 gg. - la riduzione della degenza media pre-operatoria da 4,2 a 2,4 gg (con il 69,5% degli over 65enni operati entro le 48 ore) - l'ulteriore miglioramento dei tempi della presa in carico riabilitativa intraospedaliera : degenza media "post-operatoria" di 12,3 gg. (-3 gg. rispetto al 2014, - 19%) - la riduzione della mortalità intra-ospedaliera grezza (da 4,7 a 4,2%) 	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti PS ed emergenza urgenza	riduzione del tempo d'attesa dei codici verdi triage portandola entro 1h nell'80% dei casi
Attuazione al 31/12/2015	
<p>I dati regionali evidenziano una performance nel periodo 1° luglio – 31 dicembre 2015 pari a 49,27%.</p> <p>Nel primo semestre dell'anno la % di pazienti con codice verde triage e con attesa in PS inferiore ad 1h era del 41,1%</p> <p>Si segnala che è stato possibile avviare la riorganizzazione congiunta del PS, medicina d'Urgenza e DAI di Medicina Interna finalizzata anche ad una riduzione dei tempi previsti nel presente obiettivo solo ad ottobre 2015. Ciò ha condizionato il parziale miglioramento dell'indicatore</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti PS ed emergenza urgenza	riduzione dei ricoveri dopo accesso al Pronto soccorso
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Al 31.12.2015 i ricoveri dopo accesso al PS di Cattinara e maggiore (escluso Centro prime Cure) si sono ridotti del 6,1% (- 911 pazienti). Nello stesso periodo gli accessi si sono ridotti da 66.375 a 64.774 (-2,4%).</p> <p>Ricomprendendo anche il Centro Prime Cure la situazione con muta di molto ed i più che positivi risultati sono confermati: al 31.12.2015 i ricoveri dopo accesso al PS si riducono del 5,7%% (- 854 pazienti). Nello stesso periodo gli accessi si sono ridotti da 70.755 a 69.161 (-2,3%).</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti PS ed emergenza urgenza	incremento dei pazienti con codice verde triage non inviati a ricovero che permangono in pronto soccorso meno di 4 ore portandolo a valori superiori

all'85%
Attuazione al 31/12/2015
<p>I dati estratti dal portale SISR regionale evidenziano una performance nel periodo 1° luglio – 31 dicembre 2015 pari a 47,7% (65,6% al Maggiore e 39,3% a Cattinara)</p> <p>Nel primo semestre dell'anno la proporzione di pazienti con codice verde triage non inviati a ricovero che permangono in pronto soccorso meno di 4 ore (MeS-Bersaglio 16.3) è pari al 43,2%</p> <p>Si segnala che è stato possibile avviare la riorganizzazione congiunta del PS, medicina d'Urgenza e DAI di Medicina Interna finalizzata anche ad una riduzione dei tempi previsti nel presente obiettivo solo ad ottobre 2015. Ciò ha condizionato il parziale miglioramento dell'indicatore</p>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti PS ed emergenza urgenza	attivazione del servizio di assistenti di sala per il paziente in attesa presso il pronto soccorso
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Il Servizio di "assistenti di sala" è stato attivato il 9 marzo 2015 presso la SC Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cattinara .</p> <p>L'inserimento dell'Assistente di sala è stato graduale e sperimentale.</p> <p>Il personale è stato selezionato e formato appositamente per svolgere questo nuovo compito (accoglienza pazienti e accompagnamento, comunicazione assertiva, tecniche dell'ascolto attivo, comunicazione verbale e non e organizzazione dei percorsi dei pazienti in AOUTs ed in AAS1).</p> <p>L'indagine sul del nuovo servizio offerto condotta a fine anno sui pazienti che hanno avuto accessi ha rilevato un alto livello di gradimento.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti PS ed emergenza urgenza	avvio dei cosiddetti "percorsi brevi" (ex codici blu) per alcune specialità: urologia, ORL, odontoiatria, oculistica, dermatologia, ferite difficili e ortopedia
Attuazione al 31/12/2015	
<p>L'azienda ha definito e attivato dei "percorsi brevi" specifici per pazienti che accedono al Pronto Soccorso e che necessitano di consulenze specialistiche sulla base dei volumi di maggior accesso.</p> <p>I percorsi brevi attivati riguardano l'area urologica, dermatologica, odontostomatologica, ortopedica, oculistica e di chirurgia plastica</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.2 Patologie tempo dipendenti PS ed emergenza urgenza	attivazione della guardia ortopedica h 24
Attuazione al 31/12/2015	
<p>La guardia ortopedica è stata attivata in data 18/05/2015 (formalizzazione mediante decreto CS 121/2015 del 5/5/15)</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattie rare	partecipa con i propri professionisti alla definizione di almeno tre percorsi assistenziali di valenza regionale
Attuazione al 31/12/2015	
L'Azienda ha dato adesione alla partecipazione dei percorsi assistenziali di valenza regionale	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattie rare	aggiornare e garantire il flusso informativo del registro regionale e nazionale della malattie rare di cui al DM 279/2001
Attuazione al 31/12/2015	
Il flusso dei dati previsti dal registro è costante	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattie rare	definire con AAS1 le modalità della presa in carico di pazienti
Attuazione al 31/12/2015	
Al momento le modalità di presa in carico dei pazienti con malattie rare rimane incardinato nel flusso delle informazioni contenute nella lettera di dimissione o del percorso di continuità assistenziale.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattie reumatiche	partecipare alla definizione di almeno due percorsi assistenziali di valenza regionale
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha garantito la partecipazione dei professionisti individuati dalla Direzione centrale salute ai tavoli tecnici regionali. I due percorsi assistenziali individuati in tale sede hanno riguardato: 1) Priorità di accesso alle cure (lavoro metodologico preliminare a tutti i successivi PDTA di livello regionale: accesso dei pazienti ai MMG, centri spoke 1°e 2°, HUB) e individuazione delle patologie prioritarie per le quali individuare i primi percorsi di cura specifici (artrosi, osteoporosi, fibromialgia, dolore cronico) 2) Cartella Informatizzata con l'obiettivo di predisporre una piattaforma unica informatica con cui i centri (spoke, hub) possano comunicare	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattie reumatiche	completare la riorganizzazione del servizio di reumatologia e le agende di attività degli specialisti oggi in servizio
Attuazione al 31/12/2015	
A partire dal 1 maggio 2015 è stata riorganizzata l'attività di reumatologia con l'afferenza specialistica reumatologica ad un unico centro aziendale. È stata attivata l'agenda unica per prime visite reumatologiche a cui afferiscono tutti i medici specialisti reumatologi di AOUTs	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattia oncologica	partecipazione degli specialisti alla costituzione e all'avvio della rete di oncologia regionale, secondo il programma di lavoro previsto dalla Direzione centrale dell'Assessorato.
Attuazione al 31/12/2015	
AOUTs ha aderito alla costituzione del gruppo di lavoro regionale sulla rete oncologica nel 2014. Nel corso del 2015 la Regione ha definito con atto deliberativo (DGR 929 del maggio 2015) l'attuazione di una rete oncologica regionale	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Malattia oncologica	attivazione della Centrale UFA
Attuazione al 31/12/2015	
E' stato ottenuto il finanziamento specifico dall'Amministrazione Regionale e sono stati effettuati i lavori di adeguamento. Nel corso del 2015 si sono svolti gli incontri del gruppo di lavoro regionale sulla sicurezza antiblastici cui partecipa anche AAS1. L'UFA ha visto il completamento delle opere edili e della logistica entro il 31/12/2015. Le procedure per l'attivazione effettiva che avverrà a partire dalla seconda metà del 2016 sono in relazione alle necessarie attività di formazione del personale e all'installazione dei relativi supporti informatici nonché alla loro alimentazione con i protocolli operativi.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Terapia del dolore garantisce il mantenimento delle attività di contrasto al dolore acuto e di tipo cronico per i pazienti ricoverati	formazione e aggiornamento del personale; aggiornamento dei protocolli di trattamento del dolore del paziente ricoverato; adozione del protocollo di palli azione del paziente terminale; indagine annuale "Ospedale senza dolore"; valutazione su cartella clinica del dolore all'ingresso e sua rivalutazione nelle giornate di degenza; ecc.
Attuazione al 31/12/2015	
<ul style="list-style-type: none"> - AOUTs ha portato a termine nel mese di novembre l'indagine di prevalenza 2015 secondo le modalità ormai consolidate - Sono stati effettuati 2 corsi residenziali ECM sul dolore cronico e 1 corso FsC ECM sul dolore acuto (20 discenti per edizione) più 1 residenziale destinato al personale di ASS1 - Gli aggiornamenti sui protocolli per il trattamento del dolore acuto e cronico sono stati effettuati nel 2014. Nessuna revisione applicata nel corso dell'anno. - La rete delle cure palliative regionali è stata deliberata nel 2016 (DGR 165, dd. 5.02.2016). AOUTs nel 2015 ha fatto riferimento alle Linee Guida Nazionali - Nel 2015, non è stato adottato il protocollo sulla sedazione palliativa nel paziente terminale elaborato dal gruppo di lavoro dell'Ambulatorio di Terapia del Dolore dell'ARTA - La valutazione del dolore su cartella clinica all'ingresso del paziente in ospedale (screening della valutazione medica iniziale) è risultata conforme nel 91,3% delle cartelle esaminate (n. 1.502). La rivalutazione su FUT ogni 24 ore è conforme nel 66,6% del campione e parzialmente conforme nel 19,2% (non conforme nel 14,2% dei casi). La rilevazione del dolore dopo terapia antidolorifica è conforme nel 68,2%, parzialmente conforme nell'8,9% e non conforme nel 22,8% dei pazienti sottoposti a terapia specifica. 	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Terapia del dolore	garantire il mantenimento delle attività di specialistica ambulatoriale
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel 2015 AOUTs ha garantito l'attività di servizio specialistico ambulatoriale per i pazienti esterni che necessitano di inquadramento diagnostico e trattamento del dolore cronico, così come l'attività rivolta alla gestione del dolore cronico per i pazienti ricoverati a Cattinara o al Maggiore. Inoltre mantiene l'attività di gestione e controllo del dolore acuto sia presso il Pronto Soccorso che nel post-operatorio, quest'ultimo garantito dal servizio di APS (Acute Pain Service). Le prestazioni totali al 31.12.2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.645 per pazienti ESTERNI (delle quali 708 visite) - 2.759 per pazienti INTERNI (delle quali 2.656 visite) 	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Terapia del dolore	partecipare con AAS1 all'attuazione dello specifico percorso integrato di cura sulla palliazione (oncologica e non) per i pazienti terminali residenti nella Provincia di Trieste
Attuazione al 31/12/2015	
<p>E' stato mantenuto nel corso del 2015 il protocollo di presa in carico del paziente terminale Ospedale Territorio all'interno del protocollo di continuità assistenziale.</p> <p>Oltre alla precedente procedura, viene attivata la segnalazione dei servizi territoriali dall'Ambulatorio Terapia del Dolore ogni qualvolta lo richiede il quadro clinico.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.3 Reti di patologia Terapia del dolore	favorire la dimissione del paziente in fine vita e la sua presa in carico da parte delle strutture di assistenza primaria (contributo all'aumento dell'obiettivo regionale di incremento delle persone di 65+ anni che decedono nella propria abitazione/domicilio)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>L'Ambulatorio di Terapia del Dolore mantiene i contatti con i medici distrettuali, i medici specialisti e gli MMG per la gestione dei pazienti terminali</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti raccolta sangue ed emocomponenti	<p>a) autosufficienza regionale</p> <p>b) collaborazione con il Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti in merito alle attività di frazionamento secondo le modalità previste in sede regionale</p>
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel corso del 2015, presso le sedi fisse e mobili del Dipartimento sono state raccolte 16.518 unità di sangue intero (+4.8% rispetto al 2014). Le unità di plasma raccolte sono state 4.655 (+1,4% rispetto allo stesso periodo del 2014). Al 31 dicembre, tutte le unità di sangue intero e le unità di plasma vengono inviate al CUPRO</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti raccolta sangue ed emocomponenti	garantire la raccolta del sangue destinato al frazionamento industriale per il valore del 2014 (+/-5%) come previsto dalle Regioni che aderiscono all'accordo interregionale plasma.
Attuazione al 31/12/2015	
La raccolta di plasma mediante procedure di aferesi, nel 2015 ha segnato un +1,42% (4.655 nel 2015 vs. 4.590 nel 2014)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti raccolta sangue ed emocomponenti	piano di raccolta sangue ed emoderivati attraverso le unità mobili di raccolta secondo il programma concordato in sede regionale (Direzione centrale salute dell'Assessorato).
Attuazione al 31/12/2015	
Le due unità di raccolta mobile (autoemoteche) gestite dal Dipartimento sono in pieno funzionamento. L'autoemoteca di Gorizia ha raccolto nel 2015, 1.425 unità di sangue intero e 882 unità di plasma mentre l'autoemoteca di Trieste che ha ripreso l'attività a febbraio 2015 dopo più di un anno di inattività, ha raccolto 960 unità di sangue intero	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti appropriatezza trasfusionale	proporzione di sacche consegnate e non utilizzate <15%
Attuazione al 31/12/2015	
La percentuale di sacche consegnate e non utilizzate nel 2015 è del 17,5% in AO/UTS	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti raccolta sangue ed emocomponenti	accreditamento del processo "trapianto di cellule staminali emopoietiche" secondo gli standard JACIE.
Attuazione al 31/12/2015	
AO/UTS collabora attivamente, insieme alla Direzione dell'IRCCS Burlo Garofolo e alla SC Oncematologia Pediatrica, al progetto di accreditamento JACIE del programma trapianto di cellule staminali emopoietiche. Ad aprile è stata inviata la domanda ufficiale a JACIE secondo la nuova versione degli standards. Nel corso di tutto il 2015 si sono svolti incontri tra il personale del Dipartimento Trasfusionale ed il personale dell'IRCCS Burlo Garofolo ed è in corso l'adeguamento delle procedure secondo i requisiti JACIE.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti raccolta sangue ed emocomponenti	mantenere nel corso del 2015 il volume di attività trasfusionale erogata durante il 2014 a favore delle strutture territoriali afferenti ad AAS1
Attuazione al 31/12/2015	
Al 31.12.2015 l'attività di distribuzione esterna di emocomponenti a favore di residenti in Provincia di Trieste (AAS1) è aumentata del 3%. In particolare, è stabile la distribuzione di emazie alle strutture RSA di AAS1 (+3 sacche distribuite), è aumentata del 25% per le strutture appartenenti al privato convenzionato con AAS1 ed è risultata in lieve calo, del 3,8%, per le attività tipicamente ambulatoriali (che comprendono le attività di auto deposito in forte diminuzione, a fronte di un aumento del 46% di utilizzo ambulatoriale di emazie concentrate).	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti	Individuare le modalità cliniche e assistenziali necessarie ad incrementare tali attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio per i pazienti allettati. Si ritiene pertanto che l'obiettivo previsto (almeno il 50% dell'attività trasfusionale del secondo semestre 2015, effettuata per pazienti in RSA o in Residenza per anziani non autosufficienti, non accede ai servizi trasfusionali) possa essere conseguito nel primo semestre del 2016
Attuazione al 31/12/2015	
In data 9 novembre 2015, la Struttura di AOUTs ha partecipato ad un incontro con il Direttore Sanitario di AAS. 1 ed il responsabile dell'Ambulatorio Trasfusionale nel corso del quale, abbiamo ribadito la disponibilità a collaborare con il territorio in merito alla trasfusione domiciliare. Sono stati invitati i colleghi di AAS. 1 al COBUS. E' in corso la stesura di un protocollo operativo condiviso tra AOUTS e AAS. N.1 per la trasfusione domiciliare.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.5 Sangue ed emocomponenti	Il Dipartimento di Medicina Trasfusionale attiverà il percorso diagnostico terapeutico "veloce" previsto dalle attività integrate AAS1-AOUTs
Attuazione al 31/12/2015	
I dati del primo semestre indicano un migliore accesso dei pazienti residenti alle prestazioni di medicina trasfusionale. E' in corso la stesura di un protocollo operativo condiviso tra AOUTS e AAS. N.1 per la trasfusione domiciliare.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.6 Livelli di assistenza	ridurre il numero di ricoveri ordinari medici brevi al di sotto del 15% (soglia individuata dalla Commissione regionale controlli; valore medio regionale del 2013 del 19,9%, fonte Piano dei Controlli regionali)
Attuazione al 31/12/2015	
Nel 2015 la proporzione dei ricoveri ordinari medici brevi è pari al 19,3%, in linea con la media regionale (19,8%). Nel 2014 i ricoveri medici brevi corrispondevano al 20,7% del totale. La variazione 2015-2014 è pari a -6,5%	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.6 Livelli di assistenza	Riduzione del 10% rispetto al valore 1.7.2014-31.12.2014 del tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico. Il tasso non deve comunque essere superiore al 50%.
Attuazione al 31/12/2015	
Indicatore regionale (modello di calcolo: MeS – BERSAGLIO C14.2), % DRG medici diagnostici periodo luglio-dicembre 2015: 38,4% (602/1.569) con variazione percentuale rispetto al secondo semestre 2015 + 11,6%	
Si fa presente che, nel confronto anno su anno, il calo dei DH diagnostici è stato pari al 25,6% e che, nel complesso, tutti i DH con DRG medico sono diminuiti del 18%. Il maggior contributo al calo di tutti i DH (per il 60%) è da attribuire ai DH diagnostici evitati nel corso dell'anno	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.6 Livelli di assistenza	dimezzare tendenzialmente i ricoveri medici oltre soglia per il paziente anziano (65+ anni) per condurlo ad un valore al di sotto del 4% (valore medio regionale di 5,65%, fonte MeSBersaglio)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Al 31.12.2015 i ricoveri medici oltre soglia nei pazienti di 65+ anni sono il 6,3% (682/10.882 [Indcatore MeS-Bersaglio C14.4])</p> <p>Nel corso del 2015 i deceduti oltre soglia rappresentavano il 17,2% del totale dei dimessi "oltre soglia", con una degenza media di 40,2 giorni (30,9 giorni la degenza media dei dimessi vivi "oltre soglia"). Erano il 15,6% nel 2014.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.6 Livelli di assistenza	ridurre la degenza media pre-operatoria al di sotto di 0,9 giorni (valore medio regionale 2013 di 1,05 fonte Bersaglio)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>I dati a disposizione dell'Azienda indicano una degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici elettivi pari a 1,03 giorni (Indicatore MeS-Bersaglio C3). I dati del I bimestre 2016 confermano il trend (la degenza preoperatoria nel I bimestre 2016 registra un dato di 0,9 giorni medi)</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.6 Livelli di assistenza	ridurre la percentuale di ricoveri ripetuti al di sotto del 5% (valore medio regionale 2013 di 5,69%, fonte Bersaglio)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Il monitoraggio regionale riporta una proporzione pari a 7,1% (Indicatore MeS-Bersaglio 5.1), superiore al valore medio regionale (di 5,4%) ma in riduzione rispetto al dato 2014 pari a 7,6 per questa AOU.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.7 Tempi d'attesa (DGR 1363/2015) - Implementazione delle agende di prenotazione - Gestione della propria offerta - Monitoraggio tempi di attesa - Agende di prenotazione	Le aziende devono integrare e riformulare i propri risultati attesi ed i relativi piani di contenimento sulla base delle indicazioni di seguito illustrate che saranno convalidate dalla Direzione Centrale Salute.
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Le Aziende della Provincia di Trieste, AAS1, AOUTs e Burlo Garofolo, hanno rivisto nel terzo trimestre dell'anno il Piano di governo dei TA, inviato alla Direzione Centrale Salute con lettera trasmessa da AAS1, prot. N.15543/GEN.I.2.A</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.8 Rischio clinico monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale	Diffusione, messa a regime e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali e dei programmi inerenti: <ul style="list-style-type: none"> - il rischio infettivo - le lesioni da pressione - il controllo del dolore - le cadute in ospedale - la sicurezza nella documentazione sanitaria del percorso paziente - l'incident reporting - la corretta identificazione paziente - la sicurezza del percorso operatorio
Attuazione al 31/12/2015	
L'azienda ha partecipato a tutti gli incontri regionali sul rischio clinico, sono stati prodotti dati e indicatori richiesti e trasmessi secondo indicazioni regionali. È stata attuata la diffusione dei dati alle SSCC attraverso due "Quaderni della Qualità" (area chirurgica e qualità e rischio clinico)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.8 Rischio clinico	azioni specifiche individuate a livello regionale per garantire: <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza nell'uso del farmaco inclusa la preparazione di antiblastici anche mediante strumenti software a supporto del processo dalla prescrizione alla somministrazione - progetti di miglioramento sul tema della violenza su operatori (sarà costituito un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOUTs) per la definizione di protocolli e istruzioni operative ai fini di tutelare i dipendenti dalle aggressioni e per il corretto approccio alla persona con manifestazioni di aggressività)
Attuazione al 31/12/2015	
L'azienda ha partecipato ai tavoli tecnici regionali sulla sicurezza dei farmaci e sull'allestimento antiblastici; Per quanto attiene la parte informatica, è stato prodotto uno specifico documento di valutazione tecnica su caratteristiche del software di gestione a estensione regionale. Le specifiche sono state inviate ad INSIEL. AOUTs si è dotata di un software commerciale certificato CE ed idoneo all'uso clinico in UFA . Per quanto riguarda la violenza sugli operatori è stato costituito gruppo interaziendale per la stesura di un protocollo AAS1 AOUTs sulla violenza sugli operatori (politica-procedura), pubblicato sui siti Intranet delle due Aziende	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.8 Rischio clinico polifarmacoterapia nel paziente anziano	partecipazione ai survey regionali previsti nel corso dell'anno:
Attuazione al 31/12/2015	
E' stata effettuata la prima indagine regionale sulla polifarmacoterapia nel primo semestre 2015. I Dati, elaborati dal Gruppo regionale, evidenziano che in regione la prevalenza dei pazienti ai quali sono prescritti 10 o più farmaci è pari al 20%. AOUTs ha rilevato una prevalenza dell'8 % (la più bassa di tutte le realtà regionali). Nel secondo semestre dell'anno è stata effettuata la formazione specifica ed è stata condotta a termine la seconda survey prevista che ha confermato la bassa prevalenza della prima rilevazione	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.8 Rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> - valutazione del ricorso alla polifarmacoterapia nell'anziano e al programma di riduzione del 50% del numero di pazienti ai quali sono prescritti 10 o più farmaci - avvio di un programma di miglioramento AOUTs-AAS1 sull'utilizzo appropriato e la corretta prescrizione ed utilizzazione dei farmaci ad escrezione renale (Vedi § Vedi anche punto 3.4.1 e § 3.5 – Assistenza farmaceutica)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>L'indicatore regionale viene calcolato attraverso il confronto dei dati raccolti durante due survey condotti nel mese di aprile e nel mese di novembre 2015, sia strutture ospedaliere che territoriali (CdR, RSA, ecc.).</p> <p>In aprile 2015 è stata effettuata la prima indagine regionale sulla polifarmacoterapia nel paziente anziano (over 65 anni) nei vari contesti del SSR. L'indagine, elaborata dal Gruppo regionale del Rischio Clinico, hanno evidenziato che la proporzione di 10+ farmaci utilizzati per paziente ospedalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - passa a livello FVG dal 14,3% al 10,5% (obiettivo: -50,6%) - la proporzione di pazienti con polifarmacoterapia in AOUTs passa da 7,5 a 7,3%, inferiore alla media regionale tanto nel primo che nel secondo survey. <p>La Direzione Generale segnala che ha posto la questione formalmente nel corso delle periodiche riunioni dei Direttori Generali. Si è sottolineato come fosse poco proponibile ad una realtà che ha già i valori più bassi della Regione chiedere di ridurli di un ulteriore 50%. Per cui si conferma la richiesta di stralciare tale obiettivo dalla nostra organizzazione.</p> <p>Per i farmaci ad escrezione renale Vedi § 3.4.1 e §3.5.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.8 Rischio clinico programma di antimicrobial stewardship previsto dal livello regionale	<ul style="list-style-type: none"> - ridurre del 50% la differenza tra la prevalenza osservata di pazienti degenti con prescrizione di antibiotico e quella attesa regionale - utilizzare le indicazioni (microbiologiche, clinico terapeutiche, assistenziali e preventive) riportate nei documenti regionali - partecipare alla Point Prevalence Survey prevista per ottobre 2015
Attuazione al 31/12/2015	
<p>La prevalenza osservata nella precedente indagine (anno 2013) per l'AOUTs era del 40%. La media regionale era del 39%. La prevalenza osservata nell'indagine del 2015 per l'AOUTs è stata del 40,2%. La media regionale era del 35,9%. La Commissione Infezioni Ospedaliere ha mantenuto nel corso dell'anno la sorveglianza nell'utilizzo degli antibiotici in AOUTs adottando le LL.GG. Regionali pubblicate e promuovendo la diffusione delle indicazioni sulla corretta terapia antibiotica con la pubblicazione di un handbook tarato sulla microbiologia aziendale.</p> <p>L'Azienda aderisce all'utilizzo e implementazione delle indicazioni riportate nei documenti regionali (microbiologiche, clinico terapeutiche, assistenziali) tramite implementazione di proprie procedure e protocolli</p> <p>AOU ha aderito alla Point of Prevalence 2015 che si è tenuta nel mese di ottobre.</p> <p>I dati emersi dall'indagine sono stati valutati e analizzati dalla CIO nell'ottica di definire un piano di formazione per l'uso appropriato dell'antibiotico completato nel 2015 e riproposto nel 2016.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.9 Qualità e appropriatezza delle cure erogate AOUTs predisporrà nel primo semestre del 2015 un programma specifico e selezionerà alcuni dei temi previsti dal progetto regionale	Le direttrici dell'intervento saranno concordate anche con i professionisti di AAS1 in modo da rendere omogenee le attività e finalizzarle alle linee di azione integrate sui principali percorsi di cura e di appropriata gestione del paziente una volta dimesso.
Attuazione al 31/12/2015	
Nel corso del 2015, in occasione della discussione di budget, sono stati assegnati obiettivi specifici correlati alla qualità e appropriatezza di cure erogate (sicurezza farmaci, ecc.)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
33.4.9 Qualità e appropriatezza delle cure erogate	indagini di RM muscoloscheletriche degli over 65, richieste per specifiche condizioni sia dal professionista ospedaliero che dai medici territoriali e dai MMG
Attuazione al 31/12/2015	
<p>È stata condotta una valutazione sui prescrittori di RMN per i residenti della Provincia di Trieste nel periodo 1.01.2015-30.06.2015, attraverso un'integrazione di tipo deterministico degli archivi regionali e SOGEI (gestore della trasmissione dei dati al MEF).</p> <p>Principali risultati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nel 2014 sono state erogate 19.989 prestazioni di RM; nel 1° semestre 2015, 10.952 2) non è stato possibile ricondurre ad un medico prescrittore il 3,2% delle prescrizioni nel 2014 ed il 9,9% delle prescrizioni nel 2015 3) nel 2014 il 50% delle prestazioni erano RM "muscolo-scheletriche", il 27% RM della "colonna", le rimanenti corrispondono a prestazioni di angio-RM, RM a carico del SNC ed RM dell'apparato cardiovascolare, definite "altre RM"(*) 4) nel 1° semestre 2015 si è riscontrata una distribuzione percentuale delle tipologie di RMN quasi sovrapponibile, con una leggera variazione tra muscolo-scheletriche (48%) e colonna (30%) 5) medici prescrittori: nel 2014 erano 787 (294 MMG o medici AAS1, 252 AOUTs e 60 Burlo Garofolo); nel 1° semestre 2015 erano 586 (257 medici in carico ad AAS1, 176 ad AOUTs e 39 al Burlo) 6) prescrizioni di RM "muscolo scheletriche": nel 2014 il 6% delle sono state prescritte da medici di AOUTs (percentuale simile nel 2015), l'88% da medici di AAS1 (l'81,2% nel 2015). 7) prescrizioni di RM della "colonna": nel 2014 l'8,3% sono state prescritte da medici AOUTs (l'8,1% nel 2015), l'87% da medici di di AAS1 (l'80% nel 2015). 8) prescrizioni delle "altre RM"(*): nel 2014 il 26% sono state prescritte da specialisti AOUTs (il 31% nel 2015), il 60% da medici AAS1 (il 52% nel 2015) 9) sono stati costruiti indici di variabilità del ricorso dei residenti a RM per MMG (funnel plot), con lo scopo di individuare "cluster" e/o aggregati di MMG sui quali condurre approfondimenti o audit 10) è stata predisposta, per ciascuna tipologia di RM, una classifica di prescrizione dei medici, ordinati per rango sulla frequenza delle ricette compilate. Tale Allegato sarà utilizzato per avviare specifici audit. <p>(*) il gruppo di RM definite "altre" necessitano un separato approfondimento, data l'eterogeneità delle prestazioni presenti nella branca (angio-TC, colangio-RM, RM cardiache o del massiccio facciale, ecc.)</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.4.9 Qualità e appropriatezza delle cure erogate	programma di "reflex testing" in ambito laboratoristico, da concordare con gli specialisti del Dipartimento di Medicina di laboratorio e con i clinici dei reparti
Attuazione al 31/12/2015	
Per i pazienti trattati AOUTs è stato attivato il reflex per i test PSA e TSH (profilo tiroideo), ovvero i due esami numericamente più significativi, oltre allo studio delle componenti monoclonali	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica Appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa (farmaceutica e integrativa)	Individuazione per i prescrittori (territoriali, specialistici, ospedalieri) di specifici obiettivi correlati all'uso appropriato e sostenibile dei medicinali e dei prodotti di assistenza integrativa
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Le evidenze del monitoraggio al 30.06.2015, riguardo i farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici di AOUTs direttamente nelle ricette del SSR, indicano che le prescrizioni dei medici di AOUTS superano la media regionale per 8 delle 10 classi di farmaci analizzate.</p> <p>È verosimile che tali risultati possano essere anche effetto delle azioni avviate nel primo semestre del 2015 (note apposite inviate a tutti i prescrittori ospedalieri sul comportamento prescrittivo da seguire anche per la prescrizione su ricettario regionale).</p> <p>Rimangono tuttavia al di sotto della media regionale gli inibitori della alfa reduttasi, nonostante le iniziative intraprese con la CL. Urologica.</p> <p>Il numero di prescrizioni (ricette rosse SSR di medici ospedalieri) è tuttavia estremamente limitato, rispetto il volume complessivo di farmaci a brevetto scaduto che AOUTS eroga attraverso la DD.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica Incentivazione dei biosimilari	Aumento dei livelli prescrittivi, anche attraverso specifici protocolli condivisi H-T (si applica a tutti i biosimilari che si rendono disponibili sul mercato, prioritariamente a GH, ormone della crescita e fattori di crescita).
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Il 100% dei nuovi pz con Infliximab ha ricevuto il biosimilare.</p> <p>Il 99% dei pz con filgrastim* ha ricevuto biosimilare.</p> <p>Il 100% dei pz naive ad epoetina ha ricevuto il biosimilare.</p> <p>Nel corso del 2015 tutti i pz naive ai quali è stata prescritta epoetina o ai pazienti per i quali è stato prescritto Infliximab o Filgrastim durante il ricovero o in fase di dimissione in distribuzione diretta, hanno ricevuto dalla Farmacia ospedaliera soltanto biosimilari.</p> <p>*fanno eccezione una richiesta di Filgrastim per il Centro Trasfusionale e una richiesta di Filgrastim per paziente in Ematologia con reazione idiosincrasica al biosimilare</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica Efficientamento della Distribuzione Diretta	Favorire la prescrizione dei medicinali aggiudicatari di gara e introdurre opportuni sistemi di monitoraggio, coinvolgendo tutti gli specialisti interessati (compresi AOU e IRCCS) (condivisione dell'elenco dei farmaci prescrivibili in DPC con gli specialisti e monitoraggio del ricorso alla clausola di non sostituibilità)
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Al 31.12.2015 si è registrato un incremento del 4,9% della DD per i farmaci di esclusiva distribuzione diretta ospedaliera (non rientranti nella DPC).</p> <p>Si fa presente che il numero di confezioni consegnate per paziente è calato del 7%, ad indicare più pazienti coperti, con una quantità di farmaci inferiore.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica	accurato monitoraggio delle prescrizione di Epoetine, Filgrastim e Infliximab con l'obiettivo di prescrivere il bio-similare in almeno l'80% dei pazienti naive
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Il 100% dei nuovi pz con Infliximab ha ricevuto il biosimilare.</p> <p>Il 100% dei pz con filgrastim ha ricevuto biosimilare.</p> <p>Il 100% dei pz naive ad epoetina ha ricevuto il biosimilare.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica	farmaci a brevetto scaduto, si è concordato con AAS1 di correggere la situazione relativa a prescrizione su "ricetta rossa" di competenza degli specialisti ospedalieri per la classe di farmaci appartenenti agli Inibitori della testosterone 5 alfa riduttasi (finasteride) che dovrà raggiungere per il 2015 il 44,6%.
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Il 100% dei nuovi pz con Infliximab ha ricevuto il biosimilare.</p> <p>Il 99% dei pz con filgrastim* ha ricevuto biosimilare.</p> <p>Il 100% dei pz naive ad epoetina ha ricevuto il biosimilare.</p> <p>Nel corso del 2015 tutti i pz naive ai quali è stata prescritta epoetina o ai pazienti per i quali è stato prescritto Infliximab o Filgrastim durante il ricovero o in fase di dimissione in distribuzione diretta, hanno ricevuto dalla Farmacia ospedaliera soltanto biosimilari.</p> <p>*fanno eccezione una richiesta di Filgrastim per il Centro Trasfusionale e una richiesta di Filgrastim per paziente in Ematologia con reazione idiosincrasica al biosimilare.</p> <p>È il più alto rapporto Biosimilare/brand per Infliximab registrato in Regione</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica	monitoraggio sulla completezza della cartella oncologica, prevedendo uno standard di completezza per il 95% dei pazienti relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione
Attuazione al 31/12/2015	
Il monitoraggio regionale (anno 2015) riporta un valore (media dei quattro campi obbligatori) pari al 94,3%. Il dato è in riduzione rispetto al 2014 (era pari al 95,9%)	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica	farmaci a brevetto scaduto, si è concordato con AAS1 di correggere la situazione relativa a prescrizione su "ricetta rossa" di competenza degli specialisti ospedalieri per la classe di farmaci appartenenti agli Inibitori della testosterone 5 alfa reduttasi (finasteride) che dovrà raggiungere per il 2015 il 44,6%.
Attuazione al 31/12/2015	
Al 31.12.2015 il valore per AOUTs è pari al 18,7% (dato fornito dal Servizio farmaceutico di AAS1). Non è stato diffuso il numero di ricette totali che si presume insussistente rispetto la quantità di farmaco equivalente erogato attraverso distribuzione diretta. Nel contempo la distribuzione diretta ospedaliera fornisce il 100% di prodotto a brevetto scaduto (224 pz) e lo 0% del prodotto ancora sotto copertura brevettuale	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica	-registrazione (anche su sistema di prescrizione informatizzata PSM) dei farmaci rientranti nel c.d. "SIASA-File F" somministrati a tutti i pazienti ricoverati (anche residenti in Regione), a quelli ambulatoriali -mantenimento della registrazione su base individuale dei farmaci distribuiti alla dimissione (primo ciclo) attraverso il flusso ASCOT oggi disponibile
Attuazione al 31/12/2015	
L'azienda AOUTs non è ancora integrata nel magazzino unico EGAS, quindi per la distribuzione sia ospedaliera che in diretta utilizza ancora l'applicativo ASCOT. In AOUTS l'applicativo PSM è al momento implementato in fase di prescrizione, ma non di distribuzione. Mancando la possibilità di utilizzare l'applicativo PSM per la distribuzione dei farmaci in diretta (prescrizioni personalizzate), si è quindi deciso di procedere all'informatizzazione delle prescrizioni e della successiva distribuzione con PSM quando l'applicativo verrà reso disponibile, cioè nel momento in cui anche AOUTs entrerà a far parte del magazzino unico EGAS	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica Farmacovigilanza	Invio delle comunicazioni riguardo nuove avvertenze di uso, continuo supporto ai medici segnalatori per l'inserimento corretto e tempestivo delle segnalazioni (obiettivo per il 2015: mantenere il tasso di segnalazione di eventi avversi ad un livello superiore dello standard nazionale). Avvio dei percorsi formativi previsti nel 2015 dalle Linee per la gestione del SSR
Attuazione al 31/12/2015	
Le segnalazioni nel 2015 sono state 154 rispetto le 136 del 2014 (+13%). AOUTs ha partecipato alle iniziative regionali in termini di farmacovigilanza. Tutte le strutture di ricovero ed i centri di attività hanno individuato i referenti ai quali vengono trasmesse tutte le comunicazioni di AIFA ed EMA in termini di farmacovigilanza.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica appropriatezza e sicurezza delle cure	coopererà con AAS1 alla realizzazione di campagne formative-informative sulla sicurezza e corretta prescrizione/utilizzo dei farmaci ad escrezione renale, tema di rilievo regionale presente nella Linea 3.4.8.
Attuazione al 31/12/2015	
Vedi anche punto 3.4.1 L'azienda ha inviato i professionisti e i reparti coinvolti sul tema e ha promosso un tavolo di confronto con gli stessi e con i responsabili dei rispettivi servizi farmaceutici, allo scopo di promuovere uno specifico percorso formativo. Al termine del percorso di formazione e agli approfondimenti condotti dal gruppo tecnico AAS1-AOUTs, è stato elaborato un opuscolo, numero monografico della pubblicazione AOUTs-AAS1 "Così è, se vi pare" (nr. 29, Novembre 2015), riguardante la tossicità renale causata dai farmaci, con le indicazioni di come prevenirla/trattarla. L'opuscolo è stato diffuso a tutti i medici generalisti ed è stata pubblicata sul sito Intranet di AOUTs.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.5 Assistenza farmaceutica processo di integrazione complessiva delle due Aziende (AAS1 e AOUTs)	Avvio di un programma di condivisione delle principali procedure inerenti le attività di magazzino (attività risulta propedeutica all'ingresso delle due Aziende nel Magazzino Unico regionale)
Attuazione al 31/12/2015	
Nel corso del 2015 sono stati fatti incontri con i responsabili delle farmacie delle due aziende che hanno permesso di predisporre un piano di riorganizzazione dei magazzini.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.1: Rischio amministrativo	Fermo restando l'autonomia dell'Aziende nell'attuazione della legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", l'AOUTS collaborerà con la Direzione Centrale alla rilevazione ed individuazione dei principali rischi amministrativi, in particolare nei seguenti settori: <ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione, gestione, valutazione del personale; - Acquisizione e gestione di beni e servizi sanitari e non sanitari; - Affidamento di lavori, servizi e forniture; - Provvedimenti con effetto esterno di spesa; - Libera professione.
Attuazione al 31/12/2015	
Con Decreto n. 17 dd. 29.1.2015 l'Azienda ha provveduto ad aggiornare il proprio Piano triennale di prevenzione della corruzione, ai sensi della legge n. 190/2012. Il Piano, come previsto dalla normativa, definisce l'ambito del monitoraggio sulle attività sensibili e la pianificazione triennale delle attività, ed è pubblicato sul sito internet dell'Amministrazione (sezione Amministrazione trasparente/altri contenuti). Con nota prot. Dir Gen 258 dd. 26.2.2015 Aouts ha riscontrato la nota della Direzione Centrale Salute relativa allo stato di attuazione degli adempimenti anticorruzione previsti dall'art. 54-bis del Dlgs 165/2001 (whistleblowing). L'Aouts ha quindi assicurato alla Direzione Centrale la piena collaborazione sui temi oggetto dell'obiettivo.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.2 Sistema informativo miglioramento dei servizi indirizzati al cittadino e ritenuti prioritari dal livello regionale.	refertazione on line per le prestazioni già refertate con firma digitale. Si ricorda a tal fine che si è in attesa che Insiel metta a disposizione ad AOUTS il sistema di firma digitale sugli applicativi di area Laboratorio
Attuazione al 31/12/2015	
L'attività svolta da Insiel ha consentito di attivare la firma digitale sui referti di laboratorio relativi a pazienti afferenti al CUP nel mese di dicembre 2015. Da quel momento in poi, AOUTS si è resa disponibile ad aderire alla refertazione online sulla base della tempistica definita dal programma regionale	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.2 Sistema informativo	pagamento on line delle prestazioni
Attuazione al 31/12/2015	
il pagamento online delle prestazioni è storicamente attivo in azienda e tutte le prestazioni prenotate in CUP sono pagabili con tale strumento.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.2 Sistema informativo	prenotazione delle prestazioni ambulatoriali per le principali visite di branca
Attuazione al 31/12/2015	
In AOU tutte le principali visite di branca sono prenotabili presso tutti gli sportelli Cup e call center	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.2 Sistema informativo	consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile
Attuazione al 31/12/2015	
L'AOUTs ha assicurato l'adesione all'iniziativa.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.2 Sistema informativo	tempo di accesso ai servizi di pronto soccorso per codice triage
Attuazione al 31/12/2015	
L'AOUTs ha assicurato l'adesione all'iniziativa	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.2 Sistema informativo	La percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti è la seguente: <ul style="list-style-type: none"> - G2 clinico >80% in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e Microbiologia > 95% - Medicina Trasfusionale > 90% - Radiologia > 95% - ECG > 80%
Attuazione al 31/12/2015	
<p>- La firma digitale per la lettera di dimissione non è stata attivata nel 2015 in attesa che fosse creata l'opportuna classe documentale per garantire la conservazione legale di tali documenti. L'attivazione della stessa sarà garantita non appena sarà disponibile la classe documentale. Si chiede lo stralcio di questa parte dell'obiettivo.</p> <p>- La firma digitale è già in uso e continuerà ad essere utilizzata in Medicina Trasfusionale per la refertazione di visite, consulenze e prestazioni trasfusionali (88,2% su G2). I referti relativi alle altre prestazioni erogate dal dipartimento trasfusionale verranno firmati non appena sarà disponibile l'applicativo Insiel (vedi sotto laboratorio).</p> <p>- G2 clinico: 91,1%</p> <p>- laboratorio e microbiologia (DNLAB): attivata la firma digitale sui referti per pazienti esterni CUP nel mese di dicembre 2015. L'introduzione della firma digitale in laboratorio è iniziata a dicembre 2015, in seguito alla conclusione di tutta l'attività propedeutica da parte di Insiel. Come da programma sono stati attivati per primi i referti prodotti per richieste con impegnativa passate da sportelli CUP sia aziendali sia di distretto.</p> <p>- Radiologia: firma digitale applicata per il 92,7% dei referti;</p> <p>- ECG: il modulo necessario non è ancora stato messo a disposizione dalla Regione. Si chiede lo stralcio di questa parte dell'obiettivo.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.3. Sistema PACS regionale	raggiungere la quota del 100% di gestione digitale delle immagini prodotte in azienda e dei dati grafici a corredo della refertazione
Attuazione al 31/12/2015	
È in fase di acquisizione lo strumento software necessario a digitalizzare immagini e grafici di diversi produttori, grazie al cui utilizzo si procederà gradualmente, nell'anno in corso ed anche a seguire, alla digitalizzazione delle immagini e dei grafici prodotti in azienda.	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
3.7.3. Sistema PACS regionale	consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel 2014 è stato redatto dall'azienda con Insiel e con il DSC lo studio di fattibilità nel quale vengono dettagliatamente analizzate le peculiarità del sistema PACS di AOUTs e di AAS1 ai fini dell'integrazione degli stessi nel sistema PACS Regionale. Si resta quindi in attesa che venga formalizzato un piano esecutivo di sviluppo da parte di Insiel ed un conseguente percorso per la graduale realizzazione dell'integrazione.</p>	

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Progetto di riorganizzazione delle funzioni di Logistica Acquisti e Servizi Economici</p> <p>Approccio integrato per una gestione sinergica della propria attività istituzionale con l'attività istituzionale dell'AAS n.1 (art. 3 LR 17/2014: istituzione della nuova <i>Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste</i>): ridefinizione delle funzioni relative a Logistica/Acquisti/Servizi Economici: accorpamento in una sola delle due Strutture Complesse attualmente esistenti presso le due Aziende</p>	<p>programmazione e pianificazione dei fabbisogni aziendali di Beni sanitari, Beni economici, Farmaci, Beni di investimento tecnico-economici, Servizi economici e alberghieri, Servizi sanitari secondari nonché, per la parte territoriale, Servizi dell'area sociale</p>
Attuazione al 31/12/2015	
<p>Nel corso del 2015, in previsione dell'unificazione delle due aziende (AOU Ts e AAS 1), sono state poste in essere le azioni necessarie all'avvio di una gestione sinergica dell'attività istituzionale descritta alle pagine 207-208 dell'allegato 1 alla DGR 1363/2015 (Progetto di riorganizzazione delle funzioni di Logistica Acquisti e Servizi Economici), con l'obiettivo di addivenire, in una prima fase, ad una convenzione per la gestione unificata dei servizi in oggetto, che consentisse l'allineamento progressivo delle politiche e delle procedure delle funzioni di competenza. Convenzione propedeutica all'unificazione dei servizi in conseguenza della fusione tra le due Aziende. A tal fine è stato avviato quindi un percorso fra le due Aziende per il confronto delle attività rispettivamente svolte, delle procedure, dei regolamenti, degli standard operativi, delle risorse umane, delle dotazioni informatiche. In particolare, tale percorso ha riguardato l'approvvigionamento dei Farmaci, ambito che riveste particolari complessità in quanto coinvolge istituzionalmente anche le rispettive Farmacie delle due aziende, nonché la logistica di Magazzino. Nel corso del 2015 è stata studiata congiuntamente la futura fase di unificazione dei magazzini attivi nelle due Aziende, anche quale attività propedeutica al previsto successivo inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS. E' stata svolta una accurata ricognizione complessiva del patrimonio immobiliare dedicato a tali funzioni, pervenendo infine alla scelta di destinare il comprensorio di via Travnik quale nuova sede; i relativi adeguamenti edili e impiantistici sono stati resi possibili grazie alle risorse individuate dall'Azienda, che ha richiesto e ottenuto la specifica autorizzazione regionale al relativo impiego. Ulteriori attività svolte congiuntamente e nell'ottica dell'obiettivo in argomento, sono quelle relative alle anagrafiche dei beni, alla condivisione dei fabbisogni per i nuovi appalti economici (ristorazione, asilo nido, etc.), all'avvio di procedure di gara comuni, alla gestione condivisa delle manutenzioni delle apparecchiature biomedicali. Le attività di cui sopra hanno successivamente permesso nel 2016 il trasferimento del cosiddetto "Magazzino Scorte varie" dell'AOUTs nella nuova sede di Via Travnik e l'avvio dal mese di febbraio delle funzioni interaziendali con apicalità unica dei servizi di Farmacia, Logistica, Gestione Stabilimenti e Informatica/telecomunicazioni</p>	

Patto tra Regione e i commissari straordinari/direttori generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale

Obseiettivi previsti dal patto annuale tra Regione e Servizio Sanitario Regionale

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Tempi di attesa	Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	I tempi d'attesa previsti dalla DGR 1439/2011 sono rispettati	Rispetto dei tempi di attesa a partire dal 1/10/2015 come da documento allegato	25,0	Il monitoraggio prodotto secondo i sistemi operativi delle due aziende (AOUTs e AAS1) evidenzia il raggiungimento degli obiettivi previsti.
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Utilizzo della Dialisi peritoneale in almeno il 20% dei pazienti in dialisi	<p>- utilizzo della dialisi \geq 20% obiettivo raggiunto</p> <p>- utilizzo della dialisi: al raggiungimento del 10% obiettivo raggiunto al 50%</p> <p>- utilizzo dialisi < 10% obiettivo non raggiunto</p> <p>Valutazione effettuata su: -utilizzo della Dialisi peritoneale il 30 novembre 2015 -incremento rispetto al numero complessivo dei pazienti 2014</p>	4,0	<p>A dicembre i pazienti in dialisi peritoneale erano 32 su 201 pazienti dializzati totali. (indicatore di "utilizzo" pari al 16%; FVG: 12%)</p> <p>Il numero di pazienti in dialisi è incrementato di 4 unità rispetto al 2014 I pazienti in DP al 31 dicembre 2015 erano 32; i pazienti emodializzati 201 (di cui 32 in Dialisi Peritoneale) per cui il 16% dei prevalenti era in DP. Bisogna tener conto che i dializzati peritoneali erano 15 nel 2012, 24 nel 2013, 28 nel 2014 e 32 nel 2015; si tratta quindi di un chiaro trend in crescita. Ciononostante questi corrispondono al 15,2% dei dializzati totali (DP+HD=211) in carico a questa Azienda. Per ottenere ciò con un pool instabile come quello dei dializzati dei 65 pazienti incidenti sono stati inseriti in dialisi peritoneale 12 pazienti (il 18,5% degli incidenti) nell' anno 2015.</p> <p>Gli infermieri di distretto formati /addestrati alla gestione della dialisi peritoneale in raccordo con il reparto sono stati 42 (detta formazione prosegue anche nel 2016 e 2017 con l'obiettivo di formare la maggior parte del personale infermieristico dei distretti , delle RSA e delle strutture protette della provincia).</p> <p>Con due edizioni di un seminario (in plenaria) abbiamo formato circa 100 operatori di Distretto sulle novità in campo dialitico e non solo. A ottobre 2015 la RSA San Giusto ha messo a disposizione una stanza singola dedicata all'accoglienza di malati di messi dal reparto allo scopo di addestrarli assieme ai loro care giver prima del rientro a domicilio o in struttura protetta.</p>

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Utilizzo della trombolisi nell'ictus ischemico: almeno 65 casi	- numero casi nei quali è stata utilizzata la trombolisi \geq 65: obiettivo raggiunto - numero casi nei quali è stata utilizzata la trombolisi $<$ 65: obiettivo non raggiunto Dato calcolato sul periodo: 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015	4,0	Le TROMBOLISI effettuate al 31.12.2015 dalla SC di Clinica Neurologica sono state in tutto 77 (Fonte dati: AOUTs)
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Trattamento della frattura di femore dell'anziano entro 48H in almeno il 65% dei casi trattati	- trattamento femore anziano entro 48h \geq 65% obiettivo raggiunto - trattamento femore anziano entro 48h \geq 60% obiettivo raggiunto al 50% - trattamento femore anziano entro 48h $<$ 60% obiettivo non raggiunto Dato calcolato sul periodo: 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015	4,0	Dati SDO anno 2015 (modello di calcolo Indicatore LEA nr.042), % pazienti 65+ anni con frattura di femore operati entro 48h: 69,5%
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Riduzione del 50% del numero di pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi	- riduzione pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi \geq 50%: obiettivo raggiunto - riduzione pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi $<$ 50%: obiettivo non raggiunto Dato calcolato su: - numero complessivo pazienti al 30 novembre 2015 - diminuzione rispetto al numero complessivo pazienti al 31/12/2014	4,0	L'indicatore regionale viene calcolato attraverso il confronto dei dati raccolti durante due survey condotti nel mese di aprile e nel mese di novembre 2015, sia strutture ospedaliere che territoriali (CdR, RSA, ecc.). In aprile 2015 è stata effettuata la prima indagine regionale sulla polifarmacoterapia nel paziente anziano (over 65 anni) nei vari contesti del SSR. L'indagine, elaborata dal Gruppo regionale del Rischio Clinico, hanno evidenziato che la proporzione di 10+ farmaci utilizzati per paziente ospedalizzato: - passa a livello FVG dal 14,3% al 10,5% (obiettivo: -50,6%) - la proporzione di pazienti con polifarmacoterapia in AOUTs passa da 7,5 a 7,3%, inferiore alla media regionale tanto nel primo che nel secondo survey. La Direzione Generale segnala che ha posto la questione formalmente nel corso delle periodiche riunioni dei Direttori Generali. Si è sottolineato come fosse poco proponibile ad una realtà che ha già i valori più bassi della Regione chiedere di ridurli di un ulteriore 50%. Per cui si conferma la richiesta di stralciare tale obiettivo dalla nostra organizzazione.

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Riduzione del 10% rispetto al valore 1.7.2014-31.12.2014 del tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico. Il tasso non deve comunque essere superiore al 50%.	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione $\geq 10\%$ e tasso inferiore al 50%: obiettivo raggiunto - riduzione $\geq 10\%$ e tasso superiore al 50%: obiettivo non raggiunto - riduzione $< 10\%$ e tasso inferiore al 50%: obiettivo raggiunto al 50% - riduzione $< 10\%$ e tasso superiore al 50%: obiettivo non raggiunto <p>Dato calcolato su: - periodo 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015</p>	4,0	<p>Indicatore regionale (modello di calcolo: MeS – BERSAGLIO C14.2), % DRG medici diagnostici periodo luglio-dicembre 2015: 38,4% (602/1.569) con variazione percentuale rispetto al secondo semestre 2015 + 11,6%</p> <p>Si fa presente che, nel confronto anno su anno, il calo dei DH diagnostici è stato pari al 25,6% e che, nel complesso, tutti i DH con DRG medico sono diminuiti del 18%. Il maggior contributo al calo di tutti i DH (per il 60%) è da attribuire ai DH diagnostici evitati nel corso dell'anno</p>
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Riduzione dell'attesa dei codici verdi portandola sotto 1H in almeno l'80% dei casi	<ul style="list-style-type: none"> - tempi attesa codici verdi ≤ 1 h in almeno l'80% degli accessi in PS obiettivo raggiunto - tempi attesa codici verdi ≤ 1 h in almeno il 70% degli accessi in PS obiettivo raggiunto al 50% - tempi attesa codici verdi ≤ 1 h in meno del 70% degli accessi in PS obiettivo non raggiunto <p>Dato calcolato sul periodo: 1 luglio 2015 - 31 dicembre 2015</p>	4,0	<p>I dati estratti forniti dalla Direzione centrale evidenziano una performance nel periodo 1° luglio – 31 dicembre 2015 pari a 49,27%</p> <p>Nel primo semestre dell'anno la % di pazienti con attesa in PS inferiore ad 1h con codice verde era del 41,1%.</p>
Prevenzione	Campagna vaccinale	Incremento del 20%, rispetto al valore della campagna 2014-2015, della copertura della vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari. Il tasso non deve comunque essere inferiore al 35%	<ul style="list-style-type: none"> - incremento $\geq 20\%$ e tasso superiore al 35%: obiettivo raggiunto - incremento $\geq 20\%$ e tasso inferiore al 35%: obiettivo non raggiunto - incremento $< 20\%$ e tasso superiore al 35%: obiettivo raggiunto al 50% - incremento $< 20\%$ e tasso inferiore al 35%: obiettivo non raggiunto <p>Dato calcolato su: -campagna vaccinale 2014-2015</p>	4,0	<p>Il tasso di adesione 2015 è stato del 14,6% (compreso personale sanitario in formazione) Nel 2014 il tasso era del 7,1% per cui l'incremento è stato superiore al 50%.</p>

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Assistenza primaria	Cronicità	Attivazione di almeno percorso assistenziale in una malattia cronica entro il 31.12.2015 con monitoraggio e rendicontazione degli indicatori previsti	L'obiettivo si considera raggiunto se entro il 31.12.2015: - è stato attivato almeno un percorso assistenziale in una malattia cronica - è stato effettuato il monitoraggio con rendicontazione degli indicatori previsti	3,0	Sono stati attivati quattro percorsi di cura dedicati alle principali patologie cronicodegenerative costruiti nel 2014 su base interprovinciale (ex Area vasta giuliano isontina – Vedi: http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/azienda_informazione/professionisti/percorsi_diagnostici.html) ed uno su base provinciale, dedicato al diabete.
Assistenza primaria	Sanità penitenziaria	Attivazione ed avvio operatività delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)	L'obiettivo si intende raggiunto se l'attivazione ed l'avvio operatività in regime transitorio delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) avviene entro il 04.05.2015	3,0	La REMS di Aurisina è stata attivata ed ha già ospitato alcune persone residenti in altre AAS nel corso del 2015
Assistenza primaria	Attuazione di quanto previsto ai sensi dell'art.20 della LR 17/2014 con riferimento allo sviluppo della medicina generale in coerenza con gli accordi e in particolare al punto a) (AFT).	Realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) entro il 30.9.2015	L'obiettivo si considera raggiunto se l'AFT viene realizzata entro il 30.9.2015	3,0	Il Documento con l'istituzione delle AFT e relativi MMG assegnati ad ognuna concordato con il Comitato d'Azienda è stato inviato in Regione entro la data fissata.
Assistenza primaria	Coinvolgimento comunità	Organizzazione incontri ai sensi dell'art. 19 c. 1 della LR 17/2014	L'obiettivo si intende raggiunto se entro il 31/12/2015, sono stati organizzati ed effettuati 2 incontri ai sensi dell'art. 19 c.1 della LR 17/2014	3,0	Tutte le aree distrettuali hanno ottemperato l'obbligo previsto
Farmaceutica territoriale	Farmaceutica territoriale	Raggiungimento pro-capite come da Linee Gestione	Raggiungimento target pro-capite come da linee di gestione 153€ (convenzionata + DPC)	3,0	Nel 2015 il costo pro-capite della spesa farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC) Si attesta a 154,57€ al di sotto della media regionale (159,40€). Nel 2015 AAS1 ha ridotto il costo pro capite (-0,45€) nella farmaceutica territoriale, in controtendenza rispetto alla Regione FVG, cercando di coniugare l'innovazione terapeutica con la sostenibilità. Risultato sostanzialmente raggiunto

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Farmaceutic a territoriale	Farmaceutica territoriale diretta	48 € (*) (*) neutralizzando la spesa per farmaci antiemofilici utilizzati da pazienti affetti da patologia rara grave	Raggiungimento target pro-capite come da linee di gestione	3,0	Nel 2015 il costo pro-capite per la farmaceutica territoriale diretta si attesta in AAS1 a 51,20€ , il valore più basso in Regione e ben al di sotto della media regionale (62,04€). Tuttavia tale dato è inficiato dalla spesa per i farmaci per l'HCV. Se si calcola il valore pro-capite per la farmaceutica diretta, ad esclusione dei farmaci per l'HCV, l'AAS1 raggiunge ampiamente l'obiettivo attestandosi a 43,04€ .
Sistemi informativi	Utilizzo firma digitale	E' obbligatorio l'utilizzo della firma digitale sui referti. La percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti è la seguente: - G2 clinico > 80% - Laboratorio e microbiologia > 95% - Laboratorio e microbiologia > 95% - Medicina trasfusionale > 90% - Radiologia > 95% -ECG>80%	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono rispettate le percentuali minime di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti	4,0	- G2 clinico*: 91,1% - laboratorio e microbiologia (DNLAB): attivata la firma digitale sui referti per pazienti esterni CUP nel mese di dicembre 2015 (il proseguimento dipenderà dalla disponibilità INSIEL) - Radiologia: firma digitale applicata per il 92,7% dei referti; - ECG: il modulo necessario non è ancora stato messo a disposizione dalla Regione. Si chiede lo stralcio di questa parte dell'obiettivo. * rimane invariata la situazione per quanto riguarda la lettera di dimissione: non attivata, attualmente in attesa di rilascio di classe documentale per la conservazione prevista a fine marzo 2016
Tecnologie e investimenti	REMS	Realizzazione della REMS definitiva di Duino Aurisina	Entro il 31.12.2015 redazione del Documento preliminare per la progettazione della REMS definitiva, definizione del cronoprogramma e avvio delle procedure di gara.	2,0	Documento adottato con determinazione dirigenziale n. 663 dd 22.12.2015

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Tecnologie e investimenti	Intervento di ristrutturazione	Completamento dell'iter di aggiudicazione della gara di appalto per la realizzazione dell'intervento di ristrutturazione delle torri di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo	Aggiudicazione entro il 31.12.2015	7,0	Aggiudicazione gara Cattinara fatta il 29 ottobre 2015 con decreto CS 288 dd 27/10/2015 con oggetto "Appalto per l'affidamento della progettazione esecutiva e dell'esecuzione dei lavori di Riqualificazione del comprensorio ospedaliero di Cattinara in Trieste (CIG6040462AEC); Approvazione verbali di gara ed aggiudicazione definitiva."
Laboratori	Riorganizzazione del Laboratorio di microbiologia e virologia	Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni di microbiologia e virologia presso l'ospedale di Cattinara	L'obiettivo si intende raggiunto se entro il 31/12/2015 è stato definito il cronoprogramma per lo spostamento dell'attività di Microbiologia e virologia dal Burlo presso l'ospedale di Cattinara	4,0	Il documento relativo alla "Riorganizzazione delle attività di Medicina di Laboratorio", sottoscritto dal Commissario Straordinario e dal Direttore Generale del Burlo Garofolo, è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute con nota prot. gen. 21067 dd. 30/12/2015
Integrazioni socio sanitarie	Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria (Linee di gestione 3.6.4) Le AAS nell'ambito dei rispettivi PAL, da realizzare nel corso del 2015, attuano gli obiettivi recepiti nell'atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali.	Conseguimento degli obiettivi previsti nel programma attuativo annuale 2015 relativamente alle aree ad alta integrazione (cfr Linee guida per la predisposizione dei PDZ/PAT Ob. 4,5,6,7,8).	L'Area delle politiche sociali e integrazione sociosanitaria della Direzione centrale salute, monitora l'attuazione dell'obiettivo e ne verifica il raggiungimento dei risultati attesi	4,0	Tutti i monitoraggi dell'attività prevista sono stati inviati, congiuntamente agli Ambiti alla Direzione Centrale nei tempi stabiliti.
EGAS	Supporto all'attività dell'EGAS	Rispetto dei termini e prescrizioni operative assegnati dall'Egas a supporto dell'attività dell'ente	L'obiettivo si intende raggiunto quanto vengono rispettate le tempistiche e gli impegni presi in Comitato di Indirizzo Egas a supporto delle attività dell'ente. Ai fini della valutazione dell'obiettivo, l'EGAS attesterà il rispetto delle tempistiche e degli impegni assunti.	2,0	Tutte le tempistiche e gli impegni presi nell'ambito del Comitato d'indirizzo dell'EGAS sono stati rispettati da entrambe le aziende.

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Clima interno	Valutazione del clima interno	Comunicazione e condivisione degli obiettivi aziendale attraverso degli incontri tra Direttore generale e personale	L'obiettivo si intende raggiunto con l'evidenza dell'effettuazione degli incontri entro il 31/12/2015	3,0	In AAS1 si sono svolti incontri in ciascuna area distrettuale coinvolgendo gli operatori di tutti i Distretti, Dipartimenti e Servizi. DISTRETTO 1 18/11 DISTRETTO 2 25/11 DISTRETTO 4 2/12 DISTRETTO 3 10/12 Nell'AOUs gli incontri previsti dall'obiettivo sono stati tenuti nell'ambito di due eventi (Presentazione dei risultati dell'indagine promossa dalla Direzione Centrale Salute FVG: report dell'AOUs e confronto con le realtà sanitarie regionali) avvenuti in data 30/11/2015 (Ospedale di Cattinara) e 01/12/2015 (Ospedale Maggiore).
Clima esterno	Valutazione del clima esterno: esperienza riferita dal paziente	Raccolta dei consensi informati ai pazienti dimessi per l'autorizzazione all'intervista telefonica, con informazione agli stessi delle finalità della valutazione	Adesioni all'intervista telefonica raccolte entro il 31.12.2015 rispetto al numero dei pazienti dimessi. - AOUs: 1.084 adesioni sono esclusi dal conteggio: ricoveri nei reparti di cardiocirurgia pediatrica, nido, cure palliative/hospice, grandi ustioni pediatriche, grandi ustioni, terapie intensive e terapia intensiva neonatale. Sono inoltre esclusi i ricoveri con esito deceduto.	3,0	Sono stati raccolti 1.088 consensi all'intervista telefonica.
				100,0	

3.3 Il ciclo delle performance ed i piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

In quanto alla correlazione tra obiettivi ricompresi nel ciclo delle performance ed in piani in argomento, si ritiene utile riproporre di seguito alcuni passaggi estratti dalla “Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità – Anno 2015” predisposta dall’Organismo indipendente di valutazione delle prestazioni dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Trieste del quale l’AOU di Trieste ha preso atto con decreto 58 dd 23/02/2016.

<<

....Integrazione con i sistemi di controllo interno

L’integrazione e coordinamento, con riferimento a soggetti, tempi e contenuti, tra il sistema di misurazione e valutazione della performance e gli altri sistemi di controllo, è stata oggetto di valutazione da parte dell’OIV che ha potuto verificare la consistente integrazione esistente presso l’AOUTS tra il controllo di gestione ed il complessivo sistema di pianificazione e controllo strategico.

Tutto il sistema di misura e valutazione della performance ruota attorno al sistema informativo ed informatico implementato dal Servizio Controllo di Gestione ed il personale di quest’ultimo Servizio partecipa attivamente a tutte le fasi del processo, interfacciandosi direttamente con i centri di responsabilità nella fase di monitoraggio degli obiettivi.

Il livello di integrazione e copertura del sistema informativo implementato ai fini del controllo di gestione risulta molto ampio e ben strutturato, fornendo un ampio spettro informativo fondamentale al supporto del processo decisionale, oltre che alla individuazione e monitoraggio degli obiettivi di budget gestionale ed economico.

Per quanto attiene al raccordo tra ciclo delle performance e altri sistemi di controllo interno, si ritiene di evidenziare che nel 2015, sono stati assegnati alle strutture specifici obiettivi relativi agli adempimenti previsti in materia di trasparenza ed anticorruzione.

In particolare, tra gli obiettivi di mandato assegnati alle strutture si trova l’obiettivo marcato 8-34 “Piano della trasparenza - Tutte le strutture responsabili della pubblicazione di dati e documenti sono chiamate ad adempiere gli obblighi previsti dal Piano della Trasparenza 2014-2016 nei tempi e con le modalità da esso specificate”. Tra gli obiettivi di performance comunque connessi con le misure per la trasparenza e l’integrità si rilevano obiettivi volti

- 1) all'adempimento ed il rispetto dei termini per il completamento di procedimenti amministrativi e relativo monitoraggio, in ottemperanza a specifiche richieste dell'ANAC;
- 2) al rispetto dei "tempi di attesa per prestazioni sanitarie", e relativo monitoraggio, nonché all'allineamento delle performance a standard definiti anche esternamente;
- 3) all'implementazione di sistemi di controllo interno (es. sviluppo dei controlli nell'ambito dei magazzini contabili, razionalizzazione della gestione dei materiali stoccati a magazzino);
- 4) all'applicazione ed al controllo di specifiche politiche riguardanti il personale.

....omissis....

Con delibera n. 17 dd. 29/1/ 2015, l'Azienda ha approvato l'annuale aggiornamento al Piano triennale di prevenzione della corruzione 2015 - 2017, redatto in conformità alla Legge 06.11.2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Prima della sua definitiva approvazione, il Piano è stato presentato al Collegio di Direzione (allargato ai Direttori di Struttura Complessa) ed illustrato nei contenuti dal Responsabile della prevenzione della corruzione, nonché pubblicato preventivamente sul sito Internet in forma di consultazione pubblica.

Il Piano è pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" (sezione Altri contenuti) del sito web aziendale.

In coerenza con le disposizioni normative di riferimento, il Piano prevedeva espressamente, all'art. 9, che "Il Responsabile entro il 15 dicembre di ogni anno sottopone alla Direzione Generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, da pubblicarsi nel sito internet AOUTS nella sezione Amministrazione Trasparente".

In data 11/12/2015 l'ANAC ha pubblicato sul proprio sito la scheda che i Responsabili della prevenzione della corruzione sono tenuti a compilare per la predisposizione della relazione prevista all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nei Piani triennali di prevenzione della corruzione.

Rispetto alla scheda dell'anno precedente, l'Autorità aveva apportato alcune modifiche, recependo l'Aggiornamento al PNA, approvato dall'A.N.A.C. con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015.

La relazione è stata pubblicata sul sito Internet, nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti-Corruzione", entro il 15/1/2016, e di un tanto è stata data comunicazione all'OIV in data 21/1/2016.

IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Con delibera n. 18 del 29/1/2015 è stato adottato il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017, il quale risulta pubblicato sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione trasparente / Disposizioni Generali / Programma per la trasparenza e l'integrità (come previsto dal D.lgs. 33/2013).

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 10 del D.lgs. 33/2013 in merito alla condivisione del Programma con le associazioni rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti, in data 21 gennaio 2015, la bozza del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017 è stata pubblicata sul sito web aziendale e contestualmente, con nota prot. gen. 888/2015, è stata inviata apposita comunicazione alle suddette associazioni, invitandole a trasmettere all'Azienda osservazioni e/o suggerimenti entro il giorno 28 gennaio 2015. L'Unione Nazionale Consumatori, in data 26/1/2015, ha espresso un giudizio positivo in merito alla bozza del Programma, fornendo anche proposte e suggerimenti che in parte sono state accolte, con riserva di recepire ulteriori integrazioni o proposte nelle successive revisioni del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Alla luce di quanto stabilito dall'art. 11 della L.R. 17/2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", l'Organismo Indipendente di Valutazione, nominato con delibera n. 105 del 20.4.2012, è decaduto a decorrere dal 01.01.2015. Con decreto n. 48 del 03.03.2015 è stato ricostituito l'Organismo indipendente di valutazione della prestazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, in forma collegiale.

Pertanto, preso atto della delibera ANAC n. 148/2014 ("Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità") la quale ha previsto che nel caso in cui l'ente sia privo di OIV, o struttura con funzioni analoghe, il Responsabile della trasparenza e/o della prevenzione della corruzione è tenuto alla compilazione della griglia di rilevazione, specificando che nell'ente è assente l'OIV o struttura analoga, con nota prot. 24/P del 16/01/2015, il Responsabile della Trasparenza ha richiesto ai direttori delle strutture responsabili degli adempimenti di attestare, utilizzando la griglia fornita dall'ANAC, l'assolvimento degli obblighi di competenza.

Conseguentemente, la SC Gestione Risorse Umane (con nota 68A dd. 27/1/2015), la SSD Aggiornamento e Formazione (con nota 33A dd. 20/1/2015), l'Ufficio Corsi di Laurea (con nota 70A dd. 27/1/2015), la SC Contabilità Economico Patrimoniale (con nota 66A dd. 27/1/2015), la SC Logistica e Servizi Economici (con nota 67A dd. 27/1/2015), la SC Gestione Stabilimenti (69A dd. 27/1/2015) e il Responsabile della prevenzione della corruzione (con nota 71A dd. 27/1/2015) hanno fornito le suddette attestazioni, mentre l'attestazione degli obblighi di pubblicazione di competenza della SC Coordinamento Relazioni Aziendali è stata effettuata dal Responsabile della Trasparenza, data la coincidenza degli incarichi in capo alla medesima persona.

Tutto ciò premesso, il Programma per la Trasparenza e l'Integrità relativo al triennio 2015-2017 è stato pubblicato sul sito internet istituzionale dell'Azienda, come disposto dall'allegato A del D.lgs.

33/2013), nella sezione “Amministrazione Trasparente” (sottosezione di primo livello “Disposizioni Generali”, sottosezione di secondo livello “Programma per la Trasparenza e l’Integrità”) e la griglia di rilevazione dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla delibera ANAC n. 148/2014, è stata pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” (sottosezione di primo livello “Disposizioni Generali”, sottosezione di secondo livello “Attestazioni OIV o struttura analoga”).

Inoltre, si segnala che, con deliberazione del Direttore Generale dell’Azienda n. 227 dd. 02.08.2013 era stato confermato quale Responsabile della Trasparenza il Direttore pro tempore del Dipartimento di Supporto alla Governance, al quale erano state attribuite le funzioni previste dal D.lgs. n. 33/2013. Tuttavia, a seguito delle dimissioni anticipate dall’incarico presentate dal Direttore Amministrativo in carica e del conferimento dell’incarico di Direttore amministrativo dell’Azienda ospedaliero-universitaria “Ospedali Riuniti” di Trieste al Direttore pro tempore del Dipartimento di Supporto alla Governance e Responsabile aziendale per la trasparenza, ai sensi degli artt. 3 e 3-bis del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., con decreto del Commissario Straordinario n. 201 dd. 16.07.2015 è stato conferito l’incarico di Responsabile aziendale per la trasparenza al Direttore della Struttura Complessa Affari Generali e Legali, essendo già stato individuato quale sostituto del Direttore Amministrativo in caso di sua temporanea assenza e/o impedimento.

➤ *Individuazione dei Referenti di struttura per la trasparenza.*

Nel programma per la trasparenza e l’integrità 2014-2016 era stato stabilito che, entro il mese di marzo 2014, ogni Direttore avrebbe dovuto individuare, all’interno della propria struttura, un Referente per la Trasparenza con il compito di monitorare gli adempimenti di competenza della struttura, di raccogliere i dati e le informazioni da pubblicare verificandone, con il Direttore della struttura stessa, la correttezza e la completezza, consentendo di garantire il rispetto dei termini ai fini della pubblicazione. Pertanto, ciascun Direttore di struttura ha provveduto ad individuare un apposito Referente per la trasparenza.

L’individuazione di un Referente per ciascuna struttura ha contribuito a rendere più agevole e continuativo il flusso delle informazioni da pubblicare dalle strutture aziendali al Responsabile della Trasparenza, fermo restando che, ai sensi del D.lgs. n. 33/2013, rimane a carico dei dirigenti responsabili degli uffici dell’amministrazione l’obbligo di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, nonché di assicurare la completezza, l’integrità, il costante aggiornamento, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l’omogeneità, la facile accessibilità e la conformità delle informazioni pubblicate sul sito web ai documenti originali in possesso dell’amministrazione.

➤ *Monitoraggio degli adempimenti*

L’Ufficio Amministrazione Trasparente e il Responsabile della Trasparenza hanno monitorato costantemente l’andamento relativo agli obblighi di pubblicazione così come individuati dal Programma e dalle eventuali fonti normative sopravvenute allo stesso, tenuto conto, altresì, dei provvedimenti adottati dall’ANAC e dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, come previsto dal Programma aziendale, con cadenza trimestrale l'Ufficio Amministrazione Trasparente effettua il monitoraggio dello stato di avanzamento degli adempimenti agli obblighi di pubblicazione dei dati, così come previsti dal Programma stesso. Al fine di coordinare e coadiuvare le strutture tecnico amministrative aziendali coinvolte, l'Ufficio Amministrazione Trasparente trasmette periodicamente un report alle stesse con indicazione delle informazioni, dei dati e dei documenti pubblicati e di quelli da pubblicare con le relative scadenze.

Per quanto riguarda l'anno 2015 risultano rispettate tutte le scadenze previste dal Piano triennale per la trasparenza e l'integrità; in particolare si segnalano la pubblicazione, nella sezione di "Amministrazione Trasparente" relativa al "Parco macchine aziendale", dell'ultimo censimento delle autovetture di servizio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, comunicato al Dipartimento della Funzione Pubblica, relativo all'anno 2015, secondo quanto previsto dall'art. 4 del D.P.C.M. del 25 settembre 2014, e l'aggiornamento della sezione dedicata agli "Enti controllati", nella quale risultano pubblicati i dati e le informazioni relative alle società partecipate dall'Azienda e agli enti di diritto privato controllati, in attuazione dell'art. 22 del D.lgs. 33/2013 e dei recenti provvedimenti adottati dall'ANAC (determinazione ANAC n. 8 dd. 17/06/2015 ("Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici"); Provvedimento ANAC dd. 15/07/2015 ("Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33") e Orientamento ANAC n. 24 dd. 23/09/2015).

Al fine di assicurare il coordinamento tra le attività svolte in tema di trasparenza e quelle svolte in tema di prevenzione della corruzione (come stabilito dalla delibera CIVIT n. 50/2013), il Responsabile della Trasparenza, oltre a collaborare costantemente con il Responsabile della prevenzione della corruzione, provvede ad aggiornarlo, con cadenza semestrale, in merito allo stato di avanzamento delle attività in materia di trasparenza. Il Responsabile della Trasparenza, infatti, ha trasmesso al Responsabile della prevenzione della corruzione una relazione sulle attività svolte nel I semestre 2015. Analoga relazione verrà comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione con riferimento alle attività svolte nel corso del II semestre dell'anno in corso.

Infine, si segnala che, in data 15.07.2015, è pervenuta via e-mail un'istanza di accesso civico, ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. n. 33/2013. In particolare, l'utente chiedeva la pubblicazione dei dati delle retribuzioni non solo dei Direttori ma anche di tutti gli altri dirigenti dell'Azienda. Con nota prot. gen. n. 12062 dd. 21.07.2015, il Responsabile della Trasparenza, previa istruttoria svolta dall'Ufficio Amministrazione Trasparente, ha fornito riscontro alla suddetta richiesta evidenziando che, in conformità a quanto previsto dell'art. 41, terzo comma, del D.lgs. 33/2013, l'Azienda, ha provveduto a pubblicare i dati relativi alle retribuzioni della dirigenza medica al seguente link:

<http://www.aots.sanita.fvg.it/aots/portale/templateGenerale.asp?Sezione=AMTR&pag=149&menuID=222&lang=1>

con esclusione soltanto del personale con qualifica dirigenziale responsabile di strutture semplici ovvero, privo di incarichi di responsabile di struttura complessa o di dipartimento, come espressamente stabilito dall'art. 41, terzo comma, del decreto citato.

Pertanto, l'Azienda ha dato corretta attuazione alle disposizioni di legge in materia di trasparenza, pubblicando i compensi dei dirigenti previsti dalla normativa vigente, ovvero: direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabili di dipartimento e di struttura complessa della dirigenza sanitaria, nonché quelli di tutti i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, ai quali si applica la disciplina generale di cui all'art. 15 del D.lgs. 33/2013 (derogato dall'art. 41, c. 3, per la sola dirigenza medica delle aziende sanitarie ed ospedaliere).

➤ *Automatizzazione del flusso per la pubblicazione dei dati mediante l'applicativo "AdWeb"*

Nel programma per la trasparenza e l'integrità 2014-2016, l'Azienda si era impegnata a valutare la possibilità di adottare delle procedure per l'informatizzazione dei dati da pubblicare, automatizzando alcuni percorsi di pubblicazione gestiti "manualmente". Pertanto, nell'anno 2014 si è svolto un percorso di condivisioni e di incontri con l'A.A.S. n. 1 Triestina e con la società Insiel S.p.a. (società in house della Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia fornitrice di programmi e applicativi in uso nell'amministrazione), per avviare l'informatizzazione del flusso di pubblicazione di una parte dei dati della sezione "Amministrazione Trasparente".

A partire dal 23 gennaio 2015 sono state attivate, presso l'Azienda, le modifiche al sistema AdWeb che consentono la pubblicazione automatica dei dati relativi alle sezioni "Provvedimenti" (art. 23 D.lgs. 33/2013) e "Collaboratori e Consulenti" (art. 15 D.lgs. 33/2013), permettendo, altresì, la pubblicazione dei dati relativi alla sezione "Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici" che già potevano essere pubblicati mediante il Backoffice del sistema regionale Amministrazione Trasparente.

Pertanto, in data 15 gennaio 2015 si è tenuto un corso con la società Insiel S.p.a. sulle modifiche apportate ad AdWeb, al quale ha partecipato il personale delle strutture responsabili degli adempimenti. Si precisa che, con nota prot. sccra n. 57/P del 26 gennaio 2015, il Responsabile della Trasparenza ha fornito alle strutture competenti alcune direttive in modo da garantire uniformità nella compilazione dei campi richiesti dalla pubblicazione. Successivamente, al fine di verificare lo stato delle pubblicazioni e il funzionamento del sistema AdWeb, in data 21 aprile 2015, il Responsabile della Trasparenza ha trasmesso, alle strutture responsabili delle pubblicazioni, una richiesta di verifica della completezza e correttezza delle pubblicazioni, richiedendo alle stesse di segnalare eventuali criticità riscontrate nel sistema.

Una volta ricevuti i riscontri delle strutture, le segnalazioni effettuate dalle stesse sono state inoltrate alla SC Informatica e Telecomunicazioni affinché la stessa contattasse la società Insiel S.p.a. per la risoluzione delle problematiche (nota sccra 408/P del 13/5/15). Quest'ultima ha fornito alcuni chiarimenti in merito alle criticità emerse che sono stati trasmessi alle strutture in data 4 giugno 2015.

➤ *Aggiornamento sezione "Atti generali"*

In data 21 aprile 2015, il Responsabile della Trasparenza, con nota scra 330/P, ha richiesto alle strutture tecnico amministrative aziendali di individuare alcuni regolamenti che, trattando materie di interesse anche per gli utenti, fosse opportuno pubblicare in Amministrazione Trasparente, al fine di integrare la sezione “Atti generali”.

Considerato che la SC Gestione Risorse Umane ha evidenziato l’opportunità di pubblicare il regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali e il regolamento in materia di partecipazione del personale aziendale ad eventi finalizzati all’aggiornamento e alla formazione con spese a carico di soggetti terzi, l’Ufficio Amministrazione Trasparente, ritenendo opportuno procedere all’integrazione della suddetta sezione anche in assenza di riscontri da parte delle altre strutture aziendali, procederà autonomamente alla selezione dei regolamenti ed alla conseguente pubblicazione, previa verifica dello stato di aggiornamento e dell’attualità degli stessi.

➤ Modifiche ad alcuni obblighi di pubblicazione.

Con delibera n. 149 del 22/12/2014, l’ANAC è intervenuta nuovamente in merito all’interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario. In particolare, con tale delibera l’Autorità ha stabilito che “Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, [...] devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8,10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”. Pertanto, a partire dall’anno in corso la pubblicazione delle dichiarazioni relative alla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi sono pubblicate soltanto per il Direttore Generale (attualmente Commissario Straordinario), per il Direttore Amministrativo e per il Direttore Sanitario, non sussistendo più tale obbligo per tutti gli altri dirigenti aziendali.

A partire dal 2015, nella sezione “Pagamenti dell’Amministrazione”, viene pubblicato, oltre all’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, anche un indicatore denominato “indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti”, così come stabilito dal D.L. 66/2014, che ha modificato l’art. 33 del D.lgs. 33/2013, convertito con L. 89/2014. Le modalità di pubblicazione sono state stabilite con D.P.C.M. dd. 22/9/2014.

➤ Analisi del clima organizzativo in A.O.U.TS

Nel 2014 è stata promossa dalla Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia della Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia un’indagine sul clima organizzativo, conclusasi recentemente, ed i cui risultati saranno presentati in due incontri, previsti nelle giornate del 30 novembre e del primo dicembre 2015, rispettivamente presso le sedi dell’Ospedale di Cattinara e dell’Ospedale Maggiore, al fine di assicurare la condivisione, la trasparenza e la pubblicità dell’esito dell’analisi del clima organizzativo in A.O.U.TS.>>

3.4 Indagini sulla qualità percepita e clima

Si riportano di seguito, in estrema sintesi, gli esiti delle principali rilevazioni attuate a margine dell'argomento:

ANNO 2015
<p>VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA NEL SERVIZIO DONATORI DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI MEDICINA TRASFUSIONALE D'AREA VASTA GIULIANO ISONTINA</p> <p>1) Valutazione del servizio offerto dall' Autoemoteca di Trieste e Gorizia Rilevazione effettuata dal 15/05/2015 al 15/05/2015 - elaborati n. 70 questionari</p> <p>Durante la rilevazione effettuata nel periodo in esame sono stati raccolti 70 questionari pari al 22% della media mensile degli accessi.</p> <p>L' 87% aveva già donato, di cui il 27% per tradizione familiare, il 27% a seguito di sollecitazioni di amici e conoscenti e il 29% per iniziativa personale, il 13% attraverso le scuole, 4% a seguito di informazioni dai media.</p> <p>L'97% giudica positivamente la raccolta di sangue in autoemoteca, di cui il 70% giudica comoda/utile, il 13% pratica, 17% veloce ed efficienza del personale.</p> <p>Per la donazione di sangue il 57% è stato avvisato dalle Associazioni di volontariato, il 18% da amici, 7% da un sms e il 5% ha visto il camper.</p> <p>Complessivamente l'interno del mezzo viene giudicato ottimo dal 80% dei donatori.</p> <p>Il ristoro viene giudicato positivamente dal 15% degli intervistati, l'81% lo giudica ottimo.</p> <p>Il 64% non desidera altro materiale informativo.</p> <p>Per la chiamata alla donazione il 37% vorrebbe essere contattato tramite sms, il 32% attraverso telefono ed il 28% via mail.</p> <p>Il 46% non rileva alcuna preferenza del giorno della settimana per la donazione, il 17% indica il sabato e il 23% il venerdì.</p> <p>Il tempo prima della visita viene giudicato accettabile dal 97% e il tempo prima della donazione 90%.</p> <p>Il 100% continuerà a donare .</p> <p>Gli aspetti che hanno maggiormente soddisfatto i donatori sono: complessivamente 38% (TS 71% ;GO 31%) cortesia, cordialità, disponibilità, gentilezza e simpatia, il 14% tutto ok, il 22% gentilezza ed attenzione per l'accoglienza.</p>
<p>2) Valutazione del servizio offerto ai donatori AOUTS, Burlo, Gorizia e Monfalcone - Rilevazione effettuata dal 15/05/2015 al 15/05/2015 - elaborati n. 456 questionari</p> <p>Nel periodo maggio/giugno 2015, 1257 donatori si sono presentati nelle sedi di riferimento e sono stati raccolti 456 questionari.</p> <p>Il 53% dei donatori AOUTS sono favorevoli ad avere una donazione per appuntamento.</p> <p>Per quanto riguarda gli ambienti vengono giudicati per comfort, pulizia e privacy con una percentuale di soddisfazione superiore al 90%.</p> <p>Ottimo 100% il rapporto con il personale medico ed infermieristico.</p> <p>Il 95% ha ottenuto informazione sul comportamento da tenere dopo la donazione.</p> <p>Il ristoro viene giudicato positivamente dal 87%.</p> <p>L'orario di apertura per le donazioni viene giudicato adeguato da più del 90%</p> <p>Più dell' 67% ha deciso di donare per iniziativa personale, più dell' 81% non ha mai donato in autoemoteca, quelli che lo hanno fatto per il 70% giudicano l'esperienza positiva/ottima.</p>

ANNO 2015

L'82% dei donatori giudica positivamente la loro esperienza da donatori.

Le preferenze per la modalità di chiamata periodica per la donazione sono: 50% sms, 34% posta elettronica e 12% chiamata da telefono fisso.

In caso di reclamo il 26% si rivolgerebbe al personale presente, 21% alla associazione di riferimento, alla Direzione dell'Ospedale 8%, il 12% ai medici, il 5% agli infermieri, 7% al responsabile del centro e il 10% all'URP.

3) Valutazione del servizio offerto ai pazienti del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale AO/UTS, Gorizia e Monfalcone Rilevazione effettuata dal 15/05/2015 al 15/05/2015 - elaborati n. 70 questionari

Nel periodo in esame dei 70 pazienti che hanno avuto accesso alla struttura, 70 hanno restituito il questionario.

Le informazioni ricevute per accedere al servizio vengono giudicate sufficienti 61% in particolare per: internet 44%, Carta dei Servizi 57%, indicazioni del medico di base 53%.

Il 89% dichiara di aver ricevuto al termine della prestazione/visita un referto chiaro.

Il 96% ritiene che la privacy sia stata tutelata.

Gli ambienti della struttura vengono giudicati puliti e confortevoli dal 85% dei pazienti.

I servizi igienici puliti 93% ma confortevoli solo dal 67%.

L'92% dei pazienti ritiene di aver ricevuto informazione esaustive prima dell'auto donazione.

L'79% dei pazienti ricorda di aver compilato il consenso informato.

Il 11% ha atteso più di 20 minuti rispetto l'orario concordato mentre il 86 % ha atteso meno di 20 minuti.

Il 97% considera ottimamente il personale sanitario dedicato e per il 99% cortese e professionale.

Valutazione della qualità del servizio di ristorazione per i degenti. Rilevazione effettuata nel mese di marzo 2015 - elaborati n. 535 questionari

Nel mese della rilevazione sono stati distribuiti 594 questionari a tutti i reparti con degenza ordinaria per i pazienti ricoverati da più di 3 giorni, con buona compliance.

Sono stati restituiti 535 questionari di cui 437 raccolti all'Ospedale di Cattinara e 88 all'Ospedale Maggiore.

La possibilità di scegliere anticipatamente il cibo ha avuto un giudizio positivo attorno al 90%.

La distribuzione oraria dei pasti viene giudicata positivamente nei diversi Dipartimenti nel seguente modo:

- Cardiovascolare 99%
- Chirurgia generale e Toracica 93%
- Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro 91%
- Chirurgie specialistiche 88%
- Oncologia 85%
- Medicine interne/specialistiche 77%
- Testa e collo 77%

La corrispondenza tra ciò che è stato ordinato e quanto ricevuto ha le seguenti percentuali:

- Cardiovascolare 99%
- Chirurgia generale e Toracica 93%
- Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro 95%
- Chirurgie specialistiche 100%
- Oncologia 100%
- Medicine interne 96% e specialistiche 86%
- Testa e collo 94%

Il 94.5% degli intervistati ha affermato che i vassoi utilizzati per la distribuzione del cibo sono puliti.

L'89% dichiara che i vassoi del cibo sono comodi da utilizzare e le stoviglie sono pulite nel 96% degli intervistati.

La qualità del cibo viene valutata positivamente con le seguenti percentuali:

- Cardiovascolare 53%
- Chirurgia generale e Toracica 23%
- Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro 34%

ANNO 2015

- Chirurgie specialistiche 54%
- Oncologia 44%
- Medicine interne 40% e specialistiche 36%
- Testa e collo 35%

La quantità del cibo viene valutata positivamente con le seguenti percentuali:

- Cardiovascolare 57%
- Chirurgia generale e Toracica 23%
- Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro 33%
- Chirurgie specialistiche 49%
- Oncologia 52%
- Medicine interne 45% e specialistiche 41%
- Testa e collo 35%

La pietanze cotte vengono somministrate sufficientemente calde complessivamente nel 87% dei casi.

La frutta e la verdura sono distribuite alla temperatura adeguata nel 87% dei casi.

I salumi e gli yogurt sono distribuiti alla temperatura adeguata 65% dei casi.

La pasta ed il riso non sono cotti al punto giusto nel 73% dei casi.

Il tempo per consumare i pasti è considerato sufficiente del 93% degli intervistati.

Il pasto complessivamente non è gradito dal 64% degli intervistati.

Rilevazione dell'interesse da parte dei dipendenti di AOUTS/Burlo/ASS1 per il costruendo Asilo Nido Aziendale tramite questionario.

Rilevazione effettuata dal 26 giugno 2015 al 15 luglio 2015

Su 4952 dipendenti potenzialmente interessati sono stati raccolti 141 questionari, di cui il 7% ha risposto no alla domanda 1 sulla possibilità di usufruire del servizio perché non necessitano attualmente del Nido, mentre il restante 93% ha risposto positivamente.

Tra i motivi di interesse ad usufruire del servizio il 33% annovera la vicinanza al lavoro, il 25% la flessibilità dell'orario, il 13% la possibilità di partecipazione alla vita del bimbo, il 13% la garanzia di qualità ed infine il 16% auspica un contenimento dei costi.

Si segnala che il 19% gradirebbe anche l'apertura notturna mentre il 16% circa chiede la possibilità di apertura festiva, in concomitanza con il turno di servizio.

Il 71% degli intervistati erano le madri mentre il 28% erano i padri.

3.5 Aggiornamento e crescita professionale

La Struttura Semplice Dipartimentale Aggiornamento e Formazione (S.S.DA.F.) assicura le seguenti funzioni, nel rispetto degli indirizzi e delle linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale:

- analizza il fabbisogno formativo del personale, elabora i dati raccolti evidenziando le criticità che possono e devono essere approciate con interventi formativi

- pianifica la formazione tenendo conto delle indicazioni nazionali regionali, aziendali, normative, contrattuali, obiettivi e regolamentazione ECM

- implementa la formazione, sulla base degli atti di programmazione, utilizzando la metodologia didattica più appropriata, nell'ottica dello sviluppo del capitale professionale aziendale, al fine di promuovere le capacità, le conoscenze e le competenze

- contribuisce al raggiungimento degli obiettivi aziendali

- aggiorna il Piano per la formazione continua, in relazione al costante monitoraggio delle sue fasi realizzative, dei fabbisogni formativi emergenti, assicurando la necessaria flessibilità.

Nel corso del 2015 la SSDAF ha provveduto a mantenere aggiornato e a migliorare il sistema di gestione per la qualità rispondente ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008 attraverso:

- la misurazione, il monitoraggio e l'analisi di tutti i processi necessari per la gestione del sistema di gestione adottato

- l'attuazione delle azioni necessarie per conseguire i risultati previsti e il miglioramento continuo.

Ciascuna fase del processo prevedeva specifici obiettivi ed indicatori per la misurazione delle prestazioni. Nel corso del 2015 tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.

Il 10 marzo 2015 l'Ente Certificatore CSQ ha effettuato la Verifica Ispettiva di fase 2, l'analisi documentale è stata effettuata prendendo in esame:

- Il Manuale della Qualità

- Le procedure gestionali

- Le istruzioni operative

- La modulistica collegata

Il valutatore ha esaminato il funzionamento del sistema di gestione, attraverso un campionamento casuale all'interno dei processi connessi alla realizzazione delle attività formative. In tale occasione è stata verificata la sequenza di questi processi e la loro corrispondenza ai requisiti della norma ed ai requisiti inseriti nella documentazione di

sistema. Sono state prese in considerazione le attività dell'organizzazione e l'applicazione delle norme e dei requisiti cogenti ad esse applicabili. Tale verifica è stata fatta basandosi su un campionamento casuale, ispezionando la documentazione corrispondente.

Dal rapporto di verifica ispettiva è stata rilevata l'intensa attività di formazione (248 corsi nel 2014 pari a 510 edizioni) e l'esito è stato positivo in quanto non si sono rilevate non conformità e non sono state impartite raccomandazioni per il miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità. Contestualmente alla Visita Ispettiva è stato eseguito un audit interno specifico e mirato a verificare, alla luce della revisione della procedura di progettazione eventi formativi Ecm, lo svolgimento della consulenza di processo, in ordine ai bisogni didattico-organizzativi dei proponenti di progetto e in riferimento ai cambiamenti introdotti con il nuovo sistema regionale di accreditamento degli eventi formativi Ecm di cui alla Delibera Regionale n. 2201 del 20 novembre 2014, valutando l'efficienza e la completezza dell'intervento di consulenza attuato. È stata osservata da parte dell'auditor, nel contesto della consulenza di processo auditata una ampia esaustiva trattazione degli aspetti inerenti:

- Obiettivi specifici del progetto
- Contenuti formativi in relazione agli obiettivi
- Considerazioni su esigenze relative agli ambienti di erogazione, strumenti necessari ed informazioni per l'approvvigionamento
- Tipologia dell'evento
- Partecipanti per professione
- Metodologia didattica
- Docenti/Relatori dell'intervento
- Tipologia Materiale didattico da consegnare ai partecipanti
- Metodo di verifica dell'apprendimento
- Valutazione del Gradimento

nonché gli aspetti relativi agli adempimenti connessi alla parte documentale, con particolare riferimento ai curricula dei docenti/referenti scientifici e dichiarazioni di assenza dei conflitti di interesse. L'esame dei progetti proposti ha consentito di suggerire l'ottimizzazione degli obiettivi didattici e l'individuazione di indicatori, oltre che suggerire l'ottimizzazione della gestione dei complessivi progetti didattici, anche a livello di rendicontazione finale e di ricaduta operativa della formazione acquisita. Durante tutto il corso del 2015, per tutti gli eventi formativi erogati, i partecipanti hanno potuto avvalersi dei vari questionari in uso nel Sistema di Gestione per la Qualità della SSDAF per esprimere la loro valutazione riguardo i docenti, le aule, i servizi erogati dalla struttura

formazione. Gli esiti complessivi di ciascuna edizione di ciascun evento formativo sono stati monitorati dalla SSDAF. Per tutti gli eventi di cui si dispone dei risultati i docenti hanno conseguito valutazioni complessive considerate positive.

Anno inizio edizione	Media Rilevanza	Media Qualità	Media Efficacia	Media Totale
2015	4,3	4,3	4,2	4,3

Attività formativa 2015

Il Piano della Formazione è lo strumento per realizzare la programmazione formativa aziendale ed è fondamentale per il miglioramento dell'organizzazione aziendale, dei processi produttivi e dell'innovazione tecnico-professionale nell'ottica dello sviluppo e della valorizzazione delle dimensioni professionali nell'integrazione tra assistenza/didattica/ricerca.

Gli obiettivi formativi per l'anno 2015 erano tutti coerenti con gli obiettivi ECM nazionali declinati nell'ultimo Accordo Stato/Regioni dell'aprile 2012 e con quelli strategici aziendali definiti dal Comitato Scientifico del Provider AOUTS.

Il Piano Formativo Aziendale è stato elaborato tenendo conto dei seguenti elementi:

- rendere prioritarie le esigenze segnalate a livello di Direzione Strategica
- sostenere le azioni che implicano innovazione e cambiamento organizzativo
- valorizzare strategie e metodologie formative di dimostrata efficacia
- sostenere la crescita del sistema formazione aziendale favorendo le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti, al fine di rendere omogenei comportamenti, procedure e percorsi assistenziali allineandoli verso le eccellenze.

Gli elementi costitutivi del documento sono stati definiti dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia e condivisi con tutti i Responsabili dei Servizi Formazione delle Aziende del SSR FVG. Anche nel corso del 2015 si è deciso di pubblicare il PFA nell'intranet aziendale in veste di Catalogo Formativo al fine di renderne di più agevole la consultazione. Le proposte formative elaborate attraverso l'analisi del fabbisogno formativo sono state categorizzate in tre macro obiettivi così come sono stati definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua:

- a) Obiettivi formativi tecnico-professionali:** finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza

- b) Obiettivi formativi di processo:** finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori ed èquipe che intervengono in un determinato segmento di produzione
- c) Obiettivi formativi di sistema:** finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

Formazione integrata AOUTS, AAS1

L' AAS 1 e l'AOUTS hanno concordato di sviluppare attraverso progettualità condivisa e partecipata percorsi formativi integrati di maggior rilevanza organizzativa e gestionale, come da indicazioni delle "Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale 2015" e le Direzioni strategiche delle due Aziende. Si sono messi inoltre a disposizione dei dipendenti di entrambe le Aziende i percorsi formativi previsti dai rispettivi Piani formativi aziendali.

Tab.2 Attività formativa realizzata congiuntamente con AAS1

Area tematica	Progetto formativo	Tipologia formativa
Continuità	Percorso continuità riabilitativa	FSC
assistenziale	Percorso continuità assistenza infermieristica	FSC
	La presa in carico condivisa della persona con malattia renale cronica. L'orientamento alla scelta della terapia sostitutiva e gestionale della dialisi peritoneale sul territorio	FR
	Percorso clinico e socio-assistenziale: orientamento alla scelta della terapia sostitutiva della funzione renale, per la gestione in sicurezza della persona fragile in dialisi peritoneale	FSC
	Audit clinico/organizzativo: Presa in carico proattiva e congiunta "Chirurgia Toracica/Distretti"	FSC
	Formazione e sperimentazione con SC Chirurgia Toracica e Servizio di Continuità Assistenziale Infermieristica tra Ospedale e Territorio	FR
	Percorso di formazione sul campo di presa in carico del malato coinvolto in un percorso di Fast Track chirurgico. "Attivazione, autoefficacia, empowerment" . Analisi degli strumenti di valutazione quali la Patient Activation Measure (PAM13) o la Patient Health Engagement Scale (PHE-S)	FSC
	Percorso di formazione sul campo di presa in carico del malato chirurgico/ toracico.	FSC
	Il flusso del "valore" nel processo preanalitico	FR
Cronicità	Applicazione e monitoraggio PDTA Scompenso cardiaco	FSC

	Applicazione e monitoraggio PDTA Diabete	FSC
	Applicazione e monitoraggio PDTA BPCO	FSC
	Applicazione e monitoraggio PDTA ICTUS	FSC
	Applicazione e monitoraggio PDTA Terminalità e trattamento del dolore	FSC
Rischio clinico	Prevenzione e gestione delle cadute	FR
	Corretto approccio alla persona con manifestazioni di aggressività	FSC/FR
	Prevenzione, gestione e trattamento LdD	FSC/FR
	Appropriatezza uso dei farmaci	FR/FSC
Qualità	La qualità percepita. Formazione operatori URP	FR/FSC
Normativa	Formazione volta a prevenire il rischio "Corruzione"	FR
	D.L.vo 81 Prevenzione incendi	FR

Rendicontazione attività formativa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste - secondo la rilevazione effettuata al 30/09/2013 aveva in forza 2998 dipendenti, dato confermato nella relazione presentata dal Direttore Generale il 24/10/2013, di cui 1959 soggetti ad obblighi ECM.

Uno degli obiettivi prioritari da perseguire nell'elaborazione del Piano Formativo annuale era quello di garantire 25 crediti procapite (requisito minimo annuale stabilito dal Sistema ECM). Il piano formativo aziendale definitivo 2015 (provvedimento n. 199 dd. 16/7/2015) doveva quindi garantire l'offerta di almeno 48.975 crediti ECM.

I 277 eventi ECM inseriti nel PAF 2015 hanno garantito una offerta complessiva di crediti ECM pari a **68.652** (35 crediti formativi ECM, media pro capite)

Eventi formativi realizzati

Sono stati realizzati **215** eventi formativi, secondo la ripartizione illustrata nella tabella 1

(Tab. 1 - ripartizione eventi formativi 2015 rendicontati al 11/4/2016)

	ECM	Non ECM	totale
Formazione residenziale	76	23	99
Formazione sul campo	115	-	115
Formazione a distanza	-	1	1
totale	191	24	215

Dai dati rappresentati nella Tab.1 si evince che il numero di iniziative residenziali e di formazione sul campo complessive ammonta a 215, delle quali il **53,49 %** è costituito dalla **formazione sul campo**.

Di seguito vengono presentati i dati riferiti ai 215 eventi rendicontati, Tab 2

(Tab.2 – eventi formativi del 2015 rendicontati al 11/4/2016)

EVENTI FORMATIVI	215
EDIZIONI COMPLESSIVE (RES + FSC + FAD)	454
<i>Edizioni Formazione Residenziale</i>	<i>338</i>
<i>Edizioni Formazione sul campo</i>	<i>115</i>
<i>Edizioni Fad non ecm</i>	<i>1</i>
NUMERO COMPLESSIVO ORE FORMAZIONE	5156
PARTECIPANTI DIPENDENTI	6830
PARTECIPANTI ESTERNI	1846
CREDITI EROGATI A PARTECIPANTI DIPENDENTI	57500
CREDITI EROGATI A PARTECIPANTI ESTERNI	10267
COORDINATORI CORSI	215
DOCENTI/TUTOR DIPENDENTI	677
DOCENTI/TUTOR ESTERNI	112

La netta prevalenza di risorse interne impiegate nell'attività di docenza, rispetto alle risorse esterne, da un lato consente all'Azienda di risultare allineata ai principi della Legge 24 dicembre 2007 n. 244 (che dispone di privilegiare l'utilizzo di risorse interne nella formazione esercitata nell'ambito della funzione pubblica), dall'altro trova corrispondenza nell'elevato numero di iniziative di formazione sul campo che viene svolta nell'ambiente di lavoro, durante l'attività professionale. I **6830** partecipanti dipendenti (accessi) sono così ripartiti, Tab. 3

(Tab. 3 – ripartizione degli accessi del personale dipendente agli eventi formativi 2015)

AREA 1	
Dirigenza medica	
medico	1127
odontoiatra	16
totale	1143

AREA 2	
Dirigenza sanitaria non medica	
farmacista	14
biologo	36
chimico	0
fisico	23
psicologo	8
infermiere dirigente	0
totale	81

AREA 3	
Dirigenza amministrativa/tecnica (non ECM)	
ingegnere	7
statistico	0
dirigente amministrativo	14
totale	21

AREA 4	
Personale di comparto sanitario (ECM e non)	
assistente sanitario	20
dietista	13
infermiere	3293
Infermiere generico (NON ECM)	116
TSRM	391
tecnico laboratorio	309
fisioterapista	242
terapista occupazionale	8
logopedista	13
tecnico neurofisiopatologia	64
ortottista	0
tecnico perfusionista	7
tecnico audiometrista	0
tecnico audioprotesista	0
igienista dentale	0
odontotecnico (NON ECM)	2
tecnico della prevenzione	2
tecnico di cardiologia	1
massaggiatore non ved (NON ECM)	1
totale	4482

AREA 5	
Personale di comparto amm.vo/tecnico (non ECM)	
collaboratore. Amm.vo	67
assistente amm.vo	35
coadiutore amm.vo	55
collaboratore tecnico	57
assistente tecnico	8
operatore tecnico	110
OSS	718
OTA	6
ASSS/agente tecnico	47
totale	1103

La valutazione delle attività formative in sede

Nell'ambito del Sistema Gestione Qualità, assume particolare importanza il **gradimento** degli eventi formativi espresso dai partecipanti (scala Likert 1-5). Nella tabella 4 sono riportate le medie risultanti dalle valutazioni:

(Tab. 4 – valutazione/gradimenti degli eventi formativi 2015)

	Rilevanza	Qualità educativa	Efficacia	Media totale
Valutazione media del gradimento	4,3	4,3	4,2	4,3

Risorse economiche e loro finalizzazione

(Tab. 5 –risorse economiche PAF 2015)

Totale formazione in sede programmata	220.000
Totale formazione in sede non programmata	10.000
Totale formazione Fuori Sede I° Semestre (Gennaio-Maggio)	7.500
Totale formazione Fuori Sede II° Semestre (Giugno- Dicembre)	7.500
Totale formazione fuori sede strategica	5.000
Budget totale	250.000,00

I costi della formazione in sede

(Tab. 6 – costi in Euro della formazione in sede 2015)

Tipologia formativa degli eventi	DOCENZE		MATERIALE DIDATTICO	SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E CATERING	TOTALI
	INTERNE	ESTERNE			
Residenziale ECM	38158,01	55926,77	0,00	341,50	94426,28
Campo ECM	13792,60	19092,80	0,00	0,00	32885,40
Residenziale NON ECM	10628,66	1863,43	0,00	0,00	12492,09
FAD NON ECM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE	62579,27	76883,00	0,00	341,50	139803,77

Per quanto riguarda la Formazione sul Campo (115 edizioni) il “costo medio EDIZIONE di un evento” è pari a **285,96** Euro. Per la Formazione Residenziale (338 edizioni) il “costo medio EDIZIONE di un evento” è pari a **316,33** Euro.

La prevalenza del costo delle docenze esterne rispetto alle docenze interne è indotta dalla presenza di docenti esterni e istruttori afferenti a Società Scientifiche (Corsi di ATLS Provider, ATLS Refresher, ACLS Provider, ACLS Retraining, BLSD Certificato).

Autorizzazioni di frequenze fuori sede da parte della Commissione

Per l'anno 2015 erano stati stanziati sul fondo aggiornamento 15.000,00 Euro per le attività fuori sede autorizzate dalla Commissione.

Riguardo la spesa rendicontata per l'aggiornamento fuori sede, il dato si riferisce a **124** autorizzazioni effettivamente fruite su **132** autorizzazioni concesse ed è il seguente:

Spesa sostenuta fondo Agg.	Spesa sostenuta altri fondi	Spesa sostenuta totale
14984,09 Euro	38794,08 Euro	53778,17 Euro

Rispetto alla spesa totale sostenuta, la ripartizione in percentuale risulta essere:

Dirigenza medica	40,79 %
Dirigenza ruolo sanitario e P.T.A.	11,70 %
Comparto	47,51 %

Autorizzazioni di frequenze fuori sede in modalità strategica

Nel corso del 2015 sono state autorizzate in modalità strategica 9 frequenze fuori sede di cui 7 fruite, per una spesa complessiva pari a **3887,98** Euro a carico del fondo per l'aggiornamento.

4 La performance dei Centri di responsabilità

4.1 Obiettivi gestionali correlati con fondi di risultato e produttività collettiva

Gli obiettivi gestionali in argomento, vengono assegnati nell'ambito del processo di budget e ad essi viene dedicata un'apposita scheda denominata "Obiettivi prioritari incentivati assegnati ai Centri di Attività aziendali". Il Livello di raggiungimento medio ponderato in base al peso specifico di tali obiettivi determina proporzionalmente la quota di retribuzione di risultato o di produttività collettiva spettante ai singoli componenti dell'equipe.

I provvedimenti (decreti del Commissario Straordinario) che hanno definito e successivamente aggiornato il Piano delle Performance 2015 sono di seguito elencati:

- n. 75 dd 31/03/2015 recante "Adozione del programma e del bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2015 (P.A.O. 2015)"
- n. 174 dd 24/06/2015 recante "Assegnazione del Budget e degli obiettivi di attività ai Centri di Responsabilità aziendali per l'Anno 2015 " con il quale si provvedeva all'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2015 e, con esso, degli "Obiettivi integrativi del Mandato" assegnati ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa ed ai Responsabili di Struttura Semplice a valenza dipartimentale, nonché degli "Obiettivi prioritari" considerati particolarmente funzionali alla realizzazione delle strategie aziendali programmate (e come tali suscettibili di giudizio da parte dell'OIV, anche ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e alla retribuzione collettiva per il personale di comparto);
- n. 329 dd 24/11/2015 recante "Budget e obiettivi di attività dei Centri di Responsabilità aziendali per l'Esercizio 2015. Integrazioni e modifiche" con il quale si approvavano le revisioni dei budget assegnati ai Centri di Responsabilità tese, in particolare, ad allineare gli obiettivi di attività alle disposizioni derivanti dalla normativa statale e dagli atti di programmazione regionale sopravvenuti in corso d'esercizio, nonché alle evidenze emerse dai monitoraggi interni;

- n. 360 dd 11/12/2015 recante “Presa d'atto della valutazione operata dall'Organismo Indipendente di valutazione delle prestazioni in relazione agli esiti del secondo monitoraggio al 31 ottobre degli obiettivi di budget 2015 e parziale rettifica degli stessi”, con il quale si provvedeva, tra l'altro, ad alcune rettifiche necessitate dall'accertata presenza di alcuni refusi negli allegati al precedente decreto CS 329/2015;

L'algoritmo di attribuzione è stato dettagliatamente descritto nel documento “Ciclo della performance e sistema dei controlli interni” ed il livello medio di raggiungimento, certificato dalle risultanze della Valutazione di II istanza effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione per i singoli CdR dell'Area sanitaria e dell'Area tecnico-amministrativa risulta essere il seguente:

	Comparto	Dirigenti	Direttore / Responsabile
Direzione Sanitaria			
SC Dir Med di Presidio	100	100	100
Dir. San. - Att. di psicologia, Flusso dti, Ref. Area riabilit.)	100	100	
SC Direzione infermieristica	100		100
SC Prev e Prot Aziendale	100	100	100
SSD Technology Assessment			100
SC Farmacia	100	100	100
SC Pronto Soccorso	84	86	87
DAI di Med di Laboratorio	100	100	100
SC Patologia clinica	100	100	100
SC Microbiologia	100	100	100
DIP di Med Trasfusionale	100	100	100
DAI di Pat. e Med. Leg.			
SC Anat ed Istol Pat (UCO)	100	100	100
SC Med Legale (UCO)	100	100	100
DAI Cardiovascolare			
SC CardioChir	95	97	94
SC Cardiologia	100	100	100
SC Chir Vascolare (UCO)	100	100	100
SC Med urgenza	94	94	94
DAI Chir Generale e Toracica			
SC Chir Generale (UCO)	98	97	97
SC Chir Toracica	100	98	98
SC I Chir	100	99	99
SSD Chir senologica			100
DAI Chir Generale e Toracica			

	Comparto	Dirigenti	Direttore / Responsabile
SC Chir Plastica (UCO)	100	99	99
SC Clin Odont e Stom (UCO)	100	100	100
SC Clin Urologica (UCO)	99	96	96
DAI di Diagnostica per immagini			
SC Fisica Sanitaria	100	100	100
SC Med Nucleare	100	100	100
SC Radiologia HC (UCO)	100	100	100
SC Radiologia HM	100	100	100
SSD Radiologia interventistica			100
DAI di Med Interna			
SC Clin Medica (UCO)	97	96	96
SC Clin Pat del Fegato (UCO)	100	100	100
SC I Medica	97	96	96
SC III Medica	99	99	99
SC Med Clin (UCO)	99	99	99
SC Nefrol e Dialisi	100	100	100
SSD CIEU			100
DAI di Med Periop TI ed Emer			
SC Anestesia e rian HM	100	100	100
Complesso Operatorio - HC	100		100
Day surgery HM - Sala operatoria	100		100
SC ARTA (UCO)	100	100	100
DAI di Med Specialistiche			
SC Clin Derma (UCO)	100	92	92
SC Gastroenterologia	98	98	98
SC Geriatria	100	100	100
SC Malattie Infettive	99	99	99
SC Pneumologia	100	98	98
DAI di Ortop Riab e Med Lav			
SC Clin Ortop e traumat (UCO)	100	100	100
SC Med del Lavoro (UCO)	100	100	100
SC Med Riab	100	100	100
SC Ortop e Traumat	99	100	100
SSD Med preventiva lavoratori ospedalieri			100
SSD Politrauma apparato locomotore			100
DAI Oncologico			
SC Ematologia Clin	98	98	98
SC Oncologia	99	99	99
SC Radioterapia	100	100	100
DAI Testa e Collo			
SC Clin Neurol (UCO)	100	100	100
SC Clin Ocul (UCO)	100	100	100
Deg com Day Surgery - Clin Ocul	100		100
SC Clin ORL (UCO)	100	98	98
SC Neurochirurgia	98	98	98
Dipartimento di supporto alla Governance			
SC Controllo di Gestione	100		100

	Comparto	Dirigenti	Direttore / Responsabile
SC Coordinamento relazioni aziendali	100	100	100
SC Progr Contr	100		100
SS Agg e form Professionale	100		100
Direzione Amministrativa			
SC Affari Generali e Legali	100		100
SC Contabilità Econ Patr	100		100
SC Gestione Risorse Umane	100	100	100
SC Gestione stabilimenti	100	100	100
SC Informatica e telecom	100		100
SC Ingegneria Clin	100	100	100
SC Logistica e servizi economici	100	100	100
Personale distaccato presso Direzione Centrale	100		

4.2 Obiettivi gestionali correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali

Relativamente agli obiettivi in argomento, gli esiti degli accordi integrativi per le diverse aree contrattuali sono pubblicati nei rispettivi documenti di dettaglio sul sito internet aziendale (www.aots.sanita.fvg.it) alla voce “*Amministrazione trasparente \ Personale \ Contrattazione collettiva integrativa aziendale*” nelle sezioni:

- Area del comparto / materia economica / Anno 2015
- Area della dirigenza medica / materia economica / Anno 2015
- Area della Dirigenza Sanitaria, professionale, Tecnica e Amministrativa / materia economica / Anno 2015

5 La performance individuale

La valutazione delle performance individuali chiude sostanzialmente il ciclo delle performance. Tale valutazione avviene secondo un impianto, diversificato per le aree del Comparto e della Dirigenza, definito nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale. La valutazione avviene sulla base di obiettivi assegnati ai singoli e delle relative competenze e, naturalmente, tiene conto sia della qualità della prestazione resa, sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi di equipe.

La performance individuale è anche collegata al sistema incentivante ovvero alla retribuzione di risultato per l'area della Dirigenza e della produttività collettiva per l'area del Comparto: una valutazione negativa comporta l'esclusione del dipendente dal sistema incentivante

Il livello di approfondimento presentato dalle schede di valutazione risultava fino all'anno 2013 diversificato tra le due aree. Il Comparto vedeva una scheda articolata e più dettagliata descritta nel seguito del documento, mentre la Dirigenza veniva valutata con una scheda estremamente sintetica.

Dall'anno 2014 (dopo aver sperimentato nel corso del 2013 una nuova scheda di valutazione dei dirigenti già sperimentata nel 2012 per i soli dirigenti apicali) è stata introdotta una nuova scheda di valutazione, adeguata al quadro normativo vigente, che rispettasse, oltre ai vincoli contrattuali, anche i criteri fissati dall'accreditamento Joint Commission International.

Tali nuove schede di valutazione individuale per il personale Dirigente sono state approvate, unitamente alle *“Le linee guida per il monitoraggio e la valutazione annuale della performance individuale del personale della Dirigenza”*, rispettivamente con delibera n. 118 dd. 05/05/2014 per la Dirigenza Medica e Sanitaria e con delibera n. 257 dd. 23/09/2014 per la Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa, al termine di un percorso caratterizzato dal coinvolgimento di rappresentanze del personale dirigente, delle Parti Sociali e dell'Organismo Indipendente di Valutazione delle prestazioni (in occasione della seduta dd. 29/08/2014 l'Organismo di Valutazione veniva informato sui nuovi criteri di valutazione individuale per il personale Dirigente, applicati dall'anno 2014, e adottato anche in conformità a precedenti pareri richiesti all'OIV stesso).

Il nuovo regolamento per il personale dirigente prevede quattro schede di valutazione (si veda in tal senso l'allegato 2 alla presente relazione): due per i dirigenti con incarico non gestionale (scheda A2 e B2) e due per i Direttori di Struttura complessa e per i responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Semplice (scheda A1 e B1).

Le schede A (A1 e A2) riguardano la valutazione annuale dei dirigenti, e riportano le voci previste all'art. 27, commi 1 e 2, dai rispettivi CCNL 2005 dell'Area della Dirigenza medica e SPTA; queste schede vengono inoltrate all'OIV per la valutazione di seconda istanza e per la corresponsione della retribuzione di risultato.

Le schede B (B1 e B2) riguardano il monitoraggio annuale delle performance; riprendono, con leggere modifiche nel caso di incarichi non gestionali, gli elementi di valutazione previsti dagli artt. 28 dei rispettivi CCNL dell'Area della Dirigenza medica e SPTA; queste schede vengono conservate dal Direttore della Struttura e se ne terrà conto per la valutazione al termine dell'incarico del singolo dirigente; in seconda istanza verranno inviate al Collegio Tecnico.

5.1 Sintesi dei risultati per l'area del Comparto

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, **per l'area del Comparto**, a conclusione del processo di valutazione 2015, nelle diverse aree ed articolazioni organizzative aziendali. I risultati, per omogeneità, vengono esposti in termini di punteggio medio percentuale riportato dai dipendenti, normalizzato rispetto alla rispettiva scala di valutazione della categoria e della posizione di afferenza.

Le scale, e gli item di valutazione sono infatti in base:

- alla categoria (da A a C, D, Ds)
- alla posizione (presenza o meno di funzioni di coordinamento)

Il punteggio percentuale è quindi dato dal rapporto:

$$\frac{100 * [(Punteggio assegnato) - (Punteggio minimo)]}{[(Punteggio massimo) - (Punteggio minimo)]}$$

Strutture dell'Area	Risultati delle valutazioni 2011 per area di afferenza			Risultati delle valutazioni 2012 per area di afferenza			Risultati delle valutazioni 2013 per area di afferenza			Risultati delle valutazioni 2014 per area di afferenza			Risultati delle valutazioni 2015 per area di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Sanitaria	2.245	62,8	23,7	2.215	63,2	23,3	2.205	63,74	23,97	2.278	63,67	22,71	2.310	64,07	22,75
Tecnico Amministrativa	357	65,5	19,8	336	64,5	19,3	336	63,52	19,02	333	61,95	19,99	325	63,68	20,73
Totale complessivo	2.602	63,2	23,3	2.551	63,4	22,8	2.541	63,71	23,37	2.611	63,45	22,39	2.635	64,02	20,73

Ruolo	Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2011 per ruolo			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2012 per ruolo			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2013 per ruolo			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2014 per ruolo			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2015 per ruolo		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Assistenti Sanitari	2	91	3,8	2	89,8	0,3	2	78,33	16,50	2	86,46	7,37	2	87,29	8,54
Infermieri	18	76,9	16,3	17	78,2	19,1	16	76,61	19,50	16	76,22	14,58	18	76,44	16,23
Infermieri Generici	5	70,6	7,2	7	73,8	10,7	7	69,44	9,76	7	66,27	15,58	6	62,97	18,31
OTA/OSS	6	58,8	30,6	6	69,4	15,7	7	65,08	19,17	7	64,29	26,52	8	61,46	25,99
Pers. Riabilitazione	4	72,2	22	4	65,8	13,9	4	74,90	25,14	5	70	11,96	4	67,5	20,88
Tecnici non sanitari	199	63,2	19,3	176	62,4	19,6	177	62,29	19,93	170	59,3	22,27	165	61,25	23,2
Tecnici Sanitari	2	89,6	0,6	3	70,1	37,3	2	96,35	47,88	2	82,92	11,2	2	72,91	26,52
Amministrativi	121	66,5	20,2	121	64,3	18,4	121	61,98	16,24	124	62,32	16,18	120	64,6	16,56
Totale complessivo	357	65,5	19,8	336	64,52	19,33	336	63,52	19,02	333,00	61,95	19,99	325,00	63,68	20,73

Struttura	Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Affari Generali e Legali	15	47,2	16,3	18	50,7	15,0	17	55,11	14,41	18	60,42	19,85	16	64,64	19,26
SC Contabilità Econ. Patr.	20	56,5	15,3	18	63,5	10,8	20	63,19	9,28	23	55,92	10,27	20	58,67	12,67
SC Controllo di Gestione	2	74,0	4,4	3	47,2	19,2	4	49,83	18,43	3	56,02	22,44	3	53,98	15,48
SC Coordinamento e relazioni aziendali	28	74,5	20,3	28	75,2	17,5	25	79,45	20,77	24	73,76	16,25	24	73,15	16,66
SC Gestione Risorse Umane	37	76,9	18,5	38	69,1	21,9	35	61,60	14,81	35	62,14	12,38	37	61,94	15,63
SC Gestione stabilimenti	34	68,4	21,8	30	49,6	20,7	33	48,83	17,49	27	48,11	17,81	28	52,44	19,39
SC Informatica e telecom.	17	82,4	8,5	17	82,8	8,3	18	84,81	9,90	20	83,33	11,81	20	84,02	12,05
SC Ingegneria Clin.	27	59,4	20,2	26	63,5	16,9	27	64,43	18,17	26	61,43	21,41	26	64,41	24,64
SC Logistica e servizi economici	160	61,3	17,6	143	63,2	17,1	142	62,02	18,35	142	58,91	20,80	136	60,20	21,30
SC Progr. Contr.	2	96,9	1,5	1	95,8		1	95,83		1	93,75		1	95,83	
SS Agg. e form. Professionale	13	78,1	18,6	12	80,5	17,4	12	73,65	16,85	12	81,47	13,15	12	85,56	12,98
SS Progetti Speciali e comunicazione	2	51,7	21,2	2	51,1	41,6	2	67,78	18,07	2	72,22	19,64	2	72,22	19,64
Totale complessivo	357	65,5	19,8	336,0	64,5	19,3	336,0	63,5	19,0	333	61,95	19,99	325	63,68	20,73

Ruolo	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per ruolo			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per ruolo			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per ruolo			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per ruolo			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per ruolo		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Assistenti Sanitari	7	89,4	6,1	7	83,8	8,4	7	84,58	6,20	6,00	88,82	6,04	7,00	89,17	8,23
Dietisti	6	66,0	19,8	6	40,3	28,4	7	58,04	26,47	6,00	66,67	22,28	5,00	75,83	16,96
Infermieri	1.121	64,9	24,1	1.122	65,7	23,5	1122	65,90	24,91	1.186,00	64,67	23,34	1.174,00	65,22	22,72
Infermieri Generici	147	64,2	24,1	146	62,4	24,3	124	64,70	26,40	125,00	67,16	22,59	106,00	67,83	23,65
OTA/OSS	412	60,8	23,2	401	61,0	22,4	396	62,26	22,08	404,00	61,96	22,08	461,00	62,08	23,12
Pers. Riabilitazione	67	54,6	16,7	65	59,6	16,8	67	57,03	17,70	63,00	61,52	14,01	64,00	61,82	13,84
Tecnici non sanitari	243	59,3	20,3	155	56,1	25,4	155	57,99	25,00	152,00	60,93	23,25	158,00	60,62	23,56
Tecnici Sanitari	163	55,5	26,5	240	60,2	21,3	255	59,84	20,92	251,00	62,24	20,08	253,00	60,83	22,22
Amministrativi	79	71,2	22,9	73	68,1	22,9	72	67,62	22,91	85,00	61,41	27,09	82,00	69,41	23,10
Totale complessivo	2.245	62,8	23,7	2.215	63,2	23,3	2205	63,74	23,97	2.278,00	63,67	22,71	2.310,00	64,07	22,75

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Complesso Operatorio - HC	98	80,6	28,3	97	85,7	24,6	98	87,31	25,73	107,00	73,66	22,78	105,00	83,87	18,74
Day Surgery HM - Deg com Day Surgery - Clin Ocul										10,00	70,42	2,64	11,00	67,36	16,22
Day Surgery HM (nel 2011 in DM di presidio)				29	71,0	21,9	27	71,17	24,01	15,00	86,57	15,50	21,00	87,70	10,64
SC (UCO) Anat. ed Istol. Pat.	33	79,4	11,5	35	82,8	11,5	36	78,59	13,75	36,00	84,62	9,89	32,00	87,01	9,34
SC (UCO) ARTA	80	76,2	13,9	76	81,6	11,3	74	87,13	15,60	75,00	79,37	19,43	73,00	72,34	12,87
SC (UCO) Chir. Generale	76	77,0	19,6	81	72,3	16,8	76	68,67	19,48	79,00	69,66	19,84	81,00	67,28	22,46
SC (UCO) Chir. Plastica	32	72,6	11,7	31	67,1	14,1	31	75,54	9,07	55,00	47,08	14,92	24,00	63,28	17,06
SC (UCO) Chir. Vascolare	19	57,7	11,6	16	67,3	5,6	16	65,36	4,32	16,00	62,50	10,04	19,00	57,16	17,06
SC (UCO) Clin. Derma.	22	65,7	13,9	27	62,8	25,7	24	68,72	20,76	26,00	48,66	17,60	24,00	52,09	12,91

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC (UCO) Clin. Medica	77	78,0	17,0	65	73,5	14,7	64	77,99	18,17	73,00	76,03	16,98	80,00	83,80	16,1
SC (UCO) Clin. Neurol.	44	75,7	16,3	45	70,1	13,1	45	64,22	16,63	44,00	67,64	15,76	43,00	68,34	18,69
SC (UCO) Clin. Ocul.	47	44,9	17,9	46	48,5	17,2	44	52,25	18,95	44,00	63,66	14,56	44,00	68,19	18,18
SC (UCO) Clin. Odont. e Stom.	32	49,2	13,3	31	54,6	10,7	30	58,56	11,22	31,00	59,38	15,96	30,00	67,18	12,42
SC (UCO) Clin. ORL	27	37,1	8,6	31	37,5	18,6	31	35,75	9,37	34,00	35,17	10,52	32,00	33,49	0,88
SC (UCO) Clin. Ortop. e traumat.	64	37,4	18,8	58	39,0	17,4	57	42,82	14,12	61,00	41,40	17,33	93,00	46,72	20,02
SC (UCO) Clin. Urologica	41	42,5	20,1	37	47,4	18,3	38	41,83	16,21	42,00	46,06	16,04	40,00	48,27	15,11
SC (UCO) Clinica Patologie del Fegato*	7	83,6	9,7	8	78,4	18,9	8	77,43	15,42	8,00	85,16	14,08	8,00	80,60	18,20
SC (UCO) Medicina Clin.	34	79,0	15,4	42	74,6	20,2	42	73,12	20,98	45,00	73,10	16,09	48,00	75,9	26,3

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC (UCO) Medicina del Lavoro	11	59,1	18,2	12	62,1	17,5	11	68,89	17,60	12,00	69,57	21,01	13,00	72,38	18,62
SC (UCO) Medicina Legale										1,00	100,00		1,00	100,00	
SC (UCO) Radiologia	70	52,4	12,8	69	52,4	13,9	72	53,94	13,71	70,00	53,94	14,10	74,00	54,10	14,73
SC Anestesia e rian.	24	22,7	18,1	25	25,9	16,6	24	23,44	15,64	24,00	61,26	17,16	21,00	66,80	15,80
SC CardioChir.	96	74,8	23,7	94	78,9	20,5	97	78,24	21,94	98,00	72,41	27,54	103,00	57,80	26,88
SC Cardiologia	118	64,5	19,5	118	69,1	20,5	116	72,04	19,74	112,00	70,82	20,38	116,00	60,37	21,32
SC Centro Immunotrasf.	45	62,0	16,7	46	60,9	18,8	65	54,82	19,79	66,00	58,00	20,47	63,00	58,15	20,49
SC Chir. Toracica	3	83,3	21,8	6	88,9	10,7	5	72,36	17,31	7,00	75,99	23,26	8,00	59,24	32,69
SC Dir. Med. di Presidio	114	71,4	23,0	72	65,0	23,0	72	70,63	19,15	74,00	68,38	16,92	78,00	71,18	17,76

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Direzione infermieristica										2,00	37,50	53,03	16,00	57,70	28,10
SC Ematologia Clin.	37	83,6	9,0	31	83,2	10,9	32	82,85	11,23	34,00	83,14	12,01	34,00	82,22	13,12
SC Farmacia	23	42,9	26,0	21	36,3	26,5	21	35,31	31,26	22,00	32,49	25,27	20,00	30,24	26,81
SC Fisica Sanitaria	8	42,9	27,2	11	44,1	24,9	8	52,73	18,47	9,00	53,63	19,08	8,00	48,91	22,65
SC Gastroent.	24	56,3	20,6	23	59,1	18,3	23	54,08	22,03	23,00	55,76	18,06	24,00	58,33	18,91
SC Geriatria	35	68,8	15,6	42	55,9	24,0	32	59,61	20,38	34,00	61,98	30,62	33,00	60,45	22,44
SC I Chir	28	58,1	19,9	26	55,5	19,8	30	60,81	22,10	25,00	57,59	20,36	18,00	59,23	21,02
SC I Medica	62	42,1	27,1	63	46,7	26,7	65	48,28	26,02	65,00	52,29	25,91	65,00	62,7	23,90
SC III Medica	42	59,0	23,8	37	63,6	22,6	38	59,81	24,83	39,00	74,68	15,22	41,00	73,91	18,60

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Malattie Infettive	29	61,8	17,5	29	63,0	17,4	27	62,43	19,36	26,00	53,79	22,13	30,00	56,24	21,30
SC Medicina d'urgenza	51	58,0	14,9	50	62,8	20,3	47	52,00	14,45	48,00	65,97	4,81	45,00	58,30	18,20
SC Medicina Nucleare	15	41,8	23,0	15	36,0	25,1	16	31,46	25,22	15,00	35,60	24,28	16,00	29,7	21,80
SC Medicina Riab.	76	58,2	13,7	72	62,7	13,2	77	59,11	15,10	72,00	62,94	11,87	75,00	64,87	12,82
SC Nefrol. e Dialisi	90	65,5	21,5	92	65,3	23,1	88	68,21	24,18	94,00	69,29	21,89	86,00	70,56	21,78
SC Neurochirurgia	34	52,2	21,4	37	64,7	8,7	33	66,67	0,00	34,00	46,22	12,78	36,00	52,78	13,42
SC Oncologia	22	58,1	35,8	30	59,0	32,8	28	55,94	37,25	28,00	74,88	20,44	28,00	84,33	11,78
SC Ortop. e Traumat.	61	53,8	21,7	57	47,5	22,0	57	45,82	22,72	51,00	55,01	23,52	73,00	47,61	17,39
SC Patologia Clin.	90	46,1	17,7	90	48,3	17,1	84	52,95	14,96	89,00	52,82	16,03	81,00	54,51	15,78

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2011 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2012 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2013 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Pneumologia	47	67,4	16,7	47	62,6	17,1	49	55,05	19,03	48,00	50,29	21,01	50,00	52,24	17,66
SC Prev. e Prot. Aziendale	26	70,0	11,6	28	69,9	11,3	25	68,16	14,07	26,00	67,30	18,14	27,00	69,39	20,26
SC Pronto Soccorso	141	64,8	25,5	133	61,7	21,8	135	65,17	24,61	139,00	66,49	27,00	134,00	68,69	25,60
SC Radiologia HM	37	70,0	13,5	36	71,3	13,5	39	71,28	11,41	36,00	74,59	12,33	35,00	73,20	12,91
SC Radioterapia	18	59,5	19,8	18	63,1	20,0	18	66,09	23,61	18,00	63,03	22,69	18,00	63,67	23,72
SS CUP	35	73,1	26,5	30	72,8	32,2	29	74,04	32,15	36,00	71,94	25,78	32,00	75,58	20,65
Totale complessivo	2.245	62,8	23,7	2215	63,2	23,3	2205	63,74	23,97	2278,00	63,67	22,71	2310,00	64,07	22,75

Pur non rilevando significative variazioni nel complesso, a livello di profilo/struttura si possono apprezzare mediamente anche nel 2015 trend e distribuzioni differenziati a testimonianza di un sistema di valutazione in continua crescita ed estensione applicativa. Sono presenti casi che si discostano dalla media (in termini di deviazione standard) ma, in generale, sono collegati ad equipe/categorie di modeste dimensioni (inferiori alla decina), per le quali il dato statistico è poco significativo.

5.2 Analisi dei risultati per il personale Dirigente

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, **per l'area della Dirigenza**, a conclusione del processo di valutazione 2015,

Anche in questo contesto i risultati, per omogeneità, vengono esposti in termini di punteggio medio percentuale riportato dai dipendenti, normalizzato rispetto alla scala di valutazione che prevede un punteggio minimo pari a 41 ed un punteggio massimo pari a 100.

Come per il personale del Comparto Il punteggio percentuale è dato dal rapporto:

$$\frac{100 * [(Punteggio assegnato) - (Punteggio minimo)]}{[(Punteggio massimo) - (Punteggio minimo)]}$$

Per quanto attiene le valutazioni della Dirigenza PTA (area numericamente meno significativa di quella Medica e Sanitaria), non si ritiene opportuno elaborare statistiche che, in ragione del relativamente basso numero di casi osservati, non risulterebbe significativa

Per quanto riguarda invece la Dirigenza Medica e Sanitaria si riportano di seguito alcune tabelle con l'evidenza dei risultati ottenuti, confrontati con i dati dell'anno precedente.

Dal confronto dei dati tra le diverse strutture si evidenzia una discreta differenziazione nell'attribuzione dei punteggi mentre all'interno di alcune strutture, alla luce di alcuni

valori pari a zero o comunque bassi della dev.std. (in alcuni casi la deviazione standard risulta essere poco indicativa data la scarsa numerosità dei dirigenti coinvolti e, quindi, in questi prospetti assume solo un carattere indicativo di presenza o meno di differenziazione nelle valutazioni), si rileva una certa omogeneità nell'assegnazione dei punteggi.

Struttura	Dirigenti Medici e Sanitari (escluso Direttori SC e Resp. SSD) Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Dirigenti Medici e Sanitari (escluso Direttori SC e Resp. SSD) Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC (UCO) Anat. ed Istol. Pat.	10	93,22	17,67	10	93,22	17,67
SC (UCO) ARTA	43	99,01	5,11	47	88,50	1,76
SC (UCO) Chir. Generale	18	84,56	13,63	18	89,64	13,00
SC (UCO) Chir. Plastica	6	100,00	0,00	6	100,00	0,00
SC (UCO) Chir. Vascolare	6	85,03	9,31	6	96,05	6,13
SC (UCO) Clin. Derma.	5	88,47	13,84	7	82,32	14,28
SC (UCO) Clin. Medica	12	77,97	0,00	11	82,59	5,31
SC (UCO) Clin. Neurol.	12	70,62	5,61	14	94,31	7,33
SC (UCO) Clin. Ocul.	9	70,43	15,07	11	68,10	19,89
SC (UCO) Clin. Odont. e Stom.	12	88,84	12,44	12	90,68	9,44
SC (UCO) Clin. ORL	7	61,50	20,57	8	64,19	17,92
SC (UCO) Clin. Ortop. e traumat.	6	88,98	14,21	9	97,55	4,88
SC (UCO) Clin. Urologica	13	69,75	25,11	13	74,19	22,92
SC (UCO) Clinica Patologie del Fegato	4	91,95	10,48	3	88,70	19,57
SC (UCO) Medicina Clin.	8	77,54	4,13	9	89,83	0,00
SC (UCO) Medicina del Lavoro	4	88,14	0,00	5	97,63	5,31
SC (UCO) Medicina Legale	1	100,00	0,00	1	100,00	0,00
SC (UCO) Radiologia	21	79,10	11,20	22	79,04	10,93
SC Anestesia e rian.	11	100,00	0,00	10	100,00	0,00
SC CardioChir.	15	82,71	21,23	15	80,56	24,64
SC Cardiologia	26	69,17	13,76	25	79,53	11,42
SC Centro Immunotrasf.	13	66,36	12,30	13	71,32	19,59
SC Chir. Toracica	3	100,00	0,00	4	100,00	0,00
SC Dir. Med. di Presidio	6	75,42	4,64	6	73,73	5,94
SC Ematologia Clin.	10	96,61	10,72	9	96,61	5,08
SC Farmacia	7	61,50	14,44	8	63,14	16,53
SC Fisica Sanitaria	6	100,00	0,00	6	100,00	0,00
SC Gastroent.	8	59,32	8,15	8	70,34	16,80
SC Geriatria	7	96,61	5,79	8	97,03	8,39
SC I Chir	10	73,90	29,36	10	92,03	14,16
SC I Medica	10	91,02	14,82	10	98,81	3,75
SC III Medica	13	89,44	12,71	9	78,34	22,97
SC Malattie Infettive	5	83,73	9,85	5	83,39	6,50

Struttura	Dirigenti Medici e Sanitari (escluso Direttori SC e Resp. SSD) Risultati delle valutazioni 2014 per struttura di afferenza			Dirigenti Medici e Sanitari (escluso Direttori SC e Resp. SSD) Risultati delle valutazioni 2015 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Medicina d'urgenza	13	89,18	7,37	12	88,84	2,93
SC Medicina Nucleare	6	64,12	35,70	7	50,12	40,90
SC Medicina Riab.	9	90,77	7,91	7	50,12	40,90
SC Microbiologia	1	88,14		4	100,00	0,00
SC Nefrol. e Dialisi	10	74,07	20,06	10	80,68	20,62
SC Neurochirurgia	12	55,08	21,15	8	73,09	15,91
SC Oncologia	6	64,12	4,84	7	71,19	11,58
SC Ortop. e Traumat.	12	91,38	8,66	13	95,44	7,72
SC Patologia Clin.	10	100,00	0,00	9	84,33	12,51
SC Pneumologia	14	96,13	10,05	14	84,38	13,05
SC Prev. e Prot. Aziendale	1	100,00	0,00	0	0,00	0,00
SC Pronto Soccorso	24	79,48	13,09	29	90,30	12,13
SC Radiologia HM	12	70,06	5,84	12	67,09	3,42
SC Radioterapia	5	95,25	6,50	5	88,14	8,39
Totale complessivo	482	82,68	17,89	495	84,77	16,64

**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DI II ISTANZA
DEI DIRETTORI DIPARTIMENTO – ANNO 2015**

Dipartimento	Cognome Nome	dal	al	Esito Valutazione di II Istanza
DAI Cardiovascolare	SINAGRA GIANFRANCO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI Chirurgia Generale e Toracica	DE MANZINI NICOLO'	01/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI Chirurgie Specialistiche	BELGRANO EMANUELE	01/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI Diagnostica per immagini	COVA MARIA ASSUNTA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI Medicina di Laboratorio	RUSCIO MAURIZIO	17/06/2015	31/12/2015	positivo
DAI Med. Periop. T.I. ed Emer.	BERLOT GIORGIO	01/01/2015	31/03/2015	positivo
DAI Med. Periop. T.I. ed Emer.	LUCANGELO UMBERTO	01/04/2015	31/12/2015	positivo
DAI Medicina Interna	TIRIBELLI CLAUDIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI Medicine Specialistiche	LUZZATI ROBERTO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI di Ortopedia, Riabilit, Med.Lav.	BOVENZI MASSIMO	28/01/2015	31/12/2015	positivo
DAI Oncologico	PALADINI GIORGIO	01/01/2015	28/02/2015	positivo
DIP di Medicina TrASFusionale	MASCARETTI LUCA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
Dipartimento di Supporto Alla Governance	MICHELE ROSSETTI	01/01/2015	30/06/2015	positivo

**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DI II ISTANZA DEI DIRETTORI DI
STRUTTURA COMPLESSA E DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA
DIPARTIMENTALE – ANNO 2015**

STUTTURA	DIPARTIMENTO	COGNOME NOME	Dal	Al	Esito Valutazione di II Istanza
SC CardioChir	DAI Cardiovascolare	PAPPALARDO ANIELLO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Cardiologia	DAI Cardiovascolare	SINAGRA GIANFRANCO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Chir Vascolare (UCO)	DAI Cardiovascolare	ADOVASIO ROBERTO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Med urgenza	DAI Cardiovascolare	STABILE LAURA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Chir Generale (UCO)	DAI Chir Generale e Toracica	DE MANZINI NICOLO'	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Chir Toracica	DAI Chir Generale e Toracica	CORTALE MAURIZIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC I Chir	DAI Chir Generale e Toracica	GAMBARDELLA BRUNO	01/01/2015	31/08/2015	positivo
SC I Chir	DAI Chir Generale e Toracica	DANEK RUGGERO (f.f.)	01/09/2015	31/12/2015	positivo
SSD Chirurgia Senologica	DAI Chir Generale e Toracica	BORTUL MARINA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Chir Plastica (UCO)	DAI di Chir Specialistiche	ARNEZ ZORAN MARIJ	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Odont e Stom (UCO)	DAI di Chir Specialistiche	DI LENARDA ROBERTO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Urologica (UCO)	DAI di Chir Specialistiche	BELGRANO EMANUELE	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Fisica Sanitaria	DAI di Diagnostica per immagini	DE DENARO MARIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Med Nucleare	DAI di Diagnostica per immagini	DORE FRANCA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Radiologia HC (UCO)	DAI di Diagnostica per immagini	COVA MARIA ASSUNTA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Radiologia HM	DAI di Diagnostica per immagini	STACUL FULVIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SSD Radiologia Interventistica	DAI di Diagnostica per immagini	POZZI MUCELLI FABIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Microbiologia	DAI di Med di Laboratorio	BUSETTI MARINA (f.f.)	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Patologia Clin	DAI di Med di Laboratorio	GIANOLI ELISABETTA (f.f.)	01/01/2015	15/02/2015	Positivo
SC Patologia Clin	DAI di Med di Laboratorio	RUSCIO MAURIZIO	16/02/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Medica (UCO)	DAI di Med Interna	BIOLO GIANNI	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Pat del Fegato (UCO)	DAI di Med Interna	TIRIBELLI CLAUDIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC I Medica	DAI di Med Interna	BIANCHINI DARIO (f.f.)	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC III Medica	DAI di Med Interna	SPANGARO FRANCO (f.f.)	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Med Clin (UCO)	DAI di Med Interna	CARRETTA RENZO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Nefrol e Dialisi	DAI di Med Interna	BOSCUTTI GIULIANO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SSD CIEU	DAI di Med Interna	BARDELLI MORENO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Anestesia e rian HM	DAI di Med Periop TI ed Emer	LUCANGELO UMBERTO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC ARTA (UCO)	DAI di Med Periop TI ed Emer	BERLOT GIORGIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Derma (UCO)	DAI di Med Specialistiche	TREVISAN GIUSTO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Gastroenterologia	DAI di Med Specialistiche	MONICA FABIO	09/03/2015	31/12/2015	positivo
SC Gastroenterologia	DAI di Med Specialistiche	URBAN FLAVIA (f.f.)	01/01/2015	08/03/2015	positivo
SC Geriatria	DAI di Med Specialistiche	TOIGO GABRIELE	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Malattie Infettive	DAI di Med Specialistiche	LUZZATI ROBERTO	01/01/2015	31/12/2015	positivo

STUTTURA	DIPARTIMENTO	COGNOME NOME	Dal	Al	Esito Valutazione di II Istanza
SC Pneumologia	DAI di Med Specialistiche	CONFALONIERI MARCO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Ortop e traumat (UCO)	DAI di Ortop Riab e Med Lav	MURENA LUIGI	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Med del Lavoro (UCO)	DAI di Ortop Riab e Med Lav	BOVENZI MASSIMO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Med Riab	DAI di Ortop Riab e Med Lav	PESAVENTO VALENTINA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Ortop e Traumat	DAI di Ortop Riab e Med Lav	CUSITORE MARCELLO (f.f.)	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SSD Politrauma apparato locomotore	DAI di Ortop Riab e Med Lav	BERNOBI SERGIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SSD Medicina Preventiva Laboratori Ospedalieri	DAI di Ortop Riab e Med Lav	NEGRO CORRADO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Ematologia Clin	DAI Oncologico	FESTINI GIANLUCA (f.f.)	01/03/2015	31/12/2015	positivo
SC Ematologia Clin	DAI Oncologico	PALADINI GIORGIO	01/01/2015	28/02/2015	positivo
SC Oncologia	DAI Oncologico	GUGLIELMI ALESSANDRA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Radioterapia	DAI Oncologico	BEORCHIA AULO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Anat ed Istol Pat (UCO)	DAI Patologia e Med Legale	ZANCONATI FABRIZIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Med Legale (UCO)	DAI Patologia e Med Legale	SCORRETTI CARLO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Neurol (UCO)	DAI Testa e Collo	MANGANOTTI PAOLO	07/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin Ocul (UCO)	DAI Testa e Collo	TOGNETTO DANIELE	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Clin ORL (UCO)	DAI Testa e Collo	TIRELLI GIANCARLO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Neurochirurgia	DAI Testa e Collo	TACCONI LEONELLO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Centro Immunotrasf	DIP di Med Trasfusionale	MASCARETTI LUCA GIOVANNI	01/01/2015	31/12/2015	positivo
S.S.D. Laboratorio immunoematologia e distribuzione sangue	DIP di Med Trasfusionale	BARCOBELLO MONICA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
S.S.D. IRCS Burlo Garofolo	DIP di Med Trasfusionale	FLOREAN MARINA	01/08/2015	31/12/2015	positivo
S.S.D. ASS2 Bassa Friulana	DIP di Med Trasfusionale	GIAVITTO MARIA	01/08/2015	31/12/2015	positivo
SC Controllo di Gestione	DIP Supporto alla governance	REBELLI ALESSIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Coordinamento relazioni aziendali	DIP Supporto alla governance	ROSSETTI MICHELE	01/01/2015	30/06/2015	positivo
SC Progr Contr	DIP Supporto alla governance	CENTONZE SANDRO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Affari Generali e Legali	Direzione Amministrativa	BERNI FEDERICA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Contabilità Econ. Patr.	Direzione Amministrativa	ROZZINI LUCIANA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Gestione Risorse Umane	Direzione Amministrativa	VERGARA DIEGO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Gestione stabilimenti	Direzione Amministrativa	PAVAN ELENA CLIO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Informatica e telecom.	Direzione Amministrativa	SPAGNO CINZIA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Ingegneria Clin.	Direzione Amministrativa	TOMMASINI MAURO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Logistica e servizi economici	Direzione Amministrativa	COLONI GIOVANNI MARIA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
S.S.D. controllo qualità servizi in outsourcing	Direzione Sanitaria	PIANI ROSANNA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
S.S.D. Technology assessment	Direzione Sanitaria	STROILI MANUELA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Direzione infermieristica	Direzione Sanitaria	BASSAN FABIA	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Farmacia	Direzione Sanitaria	SCHINCARIOL PAOLO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Prev e Prot Aziendale	Direzione Sanitaria	D'ADAMO MATTEO	01/01/2015	31/12/2015	positivo
SC Pronto Soccorso	Direzione Sanitaria	ZALUKAR WALTER	01/01/2015	31/12/2015	positivo