



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

BILANCIO DI MISSIONE 2018

(REDATTO IN APPLICAZIONE DELL'ART. 39, L.P. N. 16/2010)

INDICE

INTRODUZIONE	4
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	8
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	15
COPERTURE VACCINALI	15
TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI	16
SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	16
SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA.....	18
SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI.....	18
SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING	19
ASSISTENZA TERRITORIALE	22
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	22
ASSISTENZA DI BASE	29
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	34
CURE DOMICILIARI	35
SERVIZI CONSULTORIALI	35
SALUTE MENTALE.....	38
ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	49
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	54
ASSISTENZA OSPEDALIERA	58
GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA	58
APPROPRIATEZZA DELL' ATTIVITÀ CHIRURGICA.....	60
PERCORSI ONCOLOGICI.....	65
PROTONTERAPIA	66
AREA MATERNO INFANTILE.....	67
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	71
AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA.....	72
DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI.....	78
ATTIVITA' DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE	82
MOBILITÀ SANITARIA	84
RELAZIONE CON I CITTADINI	91
COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ	91
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAI CITTADINI.....	93
QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	95
I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO	95
COMITATO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	97
COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI	99
COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE.....	100
RICERCA E INNOVAZIONE.....	101
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO	102
LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE.....	102
LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE	103
LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO	103
LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI	104
RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO.....	104

INTRODUZIONE

Il Bilancio di missione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) è redatto a norma della legge provinciale 16/2010 ed ha la finalità di evidenziare "i risultati di salute con riguardo all'anno di riferimento, con specificazione degli interventi e delle attività assicurate e degli esiti rilevati nel territorio dei singoli distretti, i mutamenti qualitativi e quantitativi intervenuti nella domanda e nell'offerta dei servizi sanitari e gli interventi correttivi necessari e opportuni".

Il documento quindi evidenzia come e con quali risultati l'Azienda ha saputo declinare operativamente la propria "missione", che consiste nel gestire le attività sanitarie e socio sanitarie, promuovere e tutelare la salute dei cittadini, garantire i servizi e le attività comprese nei livelli essenziali di assistenza e in quelli aggiuntivi provinciali, riconoscendo la centralità delle legittime esigenze e aspettative dei cittadini.

Il Bilancio di Missione evidenzia pertanto i risultati di queste attività, soprattutto gli "esiti" sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi, mettendoli a confronto con quelli di realtà analoghe ("benchmarking"). Sono pertanto presentati vari indicatori che possono essere misurati nel loro andamento pluriennale e messi a confronto con standard predefiniti o con i valori medi di altre realtà che sono rilevati da indagini specifiche.

Le attività svolte nel 2018 - secondo gli obiettivi del Programma di attività 2018 e del Piano provinciale per la Salute 2015-2025, nonché in linea con le disposizioni provinciali per il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2018-2020 - si sono orientate al mantenimento dei livelli di attività nei servizi aziendali e all'attuazione delle azioni programmate, in particolare nei seguenti ambiti: appropriatezza, qualità e sicurezza dei processi assistenziali, valutazione degli esiti di salute e di processo, promozione della salute e prevenzione, contenimento del consumo di risorse, integrazione socio-sanitaria e integrazione ospedale-territorio, digitalizzazione delle prescrizioni specialistiche, riordino della rete ospedaliera.

Riguardo alla valutazione degli esiti di salute e di processo, uno dei principali strumenti è dato dalla partecipazione della PAT e di APSS al programma di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali del **Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**, che valuta e mette a confronto ogni anno i risultati delle attività di 15 regioni e province autonome italiane,

L'edizione riferita al 2018 dimostra che si è consolidato in provincia di Trento il buon livello raggiunto rispetto alla maggior parte degli indicatori. I migliori risultati riguardano il percorso oncologico, il governo della spesa farmaceutica, il percorso urgenza-emergenza, il settore materno infantile e gli screening oncologici. In altri ambiti permangono delle criticità e quindi la necessità di migliorare: è il caso del livello di copertura vaccinale, del costo dei ricoveri e del costo in generale "pro-capite", più alto che nelle altre regioni. Riguardo a quest'ultimo, va ricordato che il maggior costo della sanità in Trentino è legato alle maggiori prestazioni assicurate dalla Provincia di Trento ai propri residenti (prestazioni aggiuntive, assistenza nelle RSA, ampia distribuzione delle strutture di offerta), oltre che a una maggior spesa per il personale (in applicazione di uno specifico contratto provinciale).

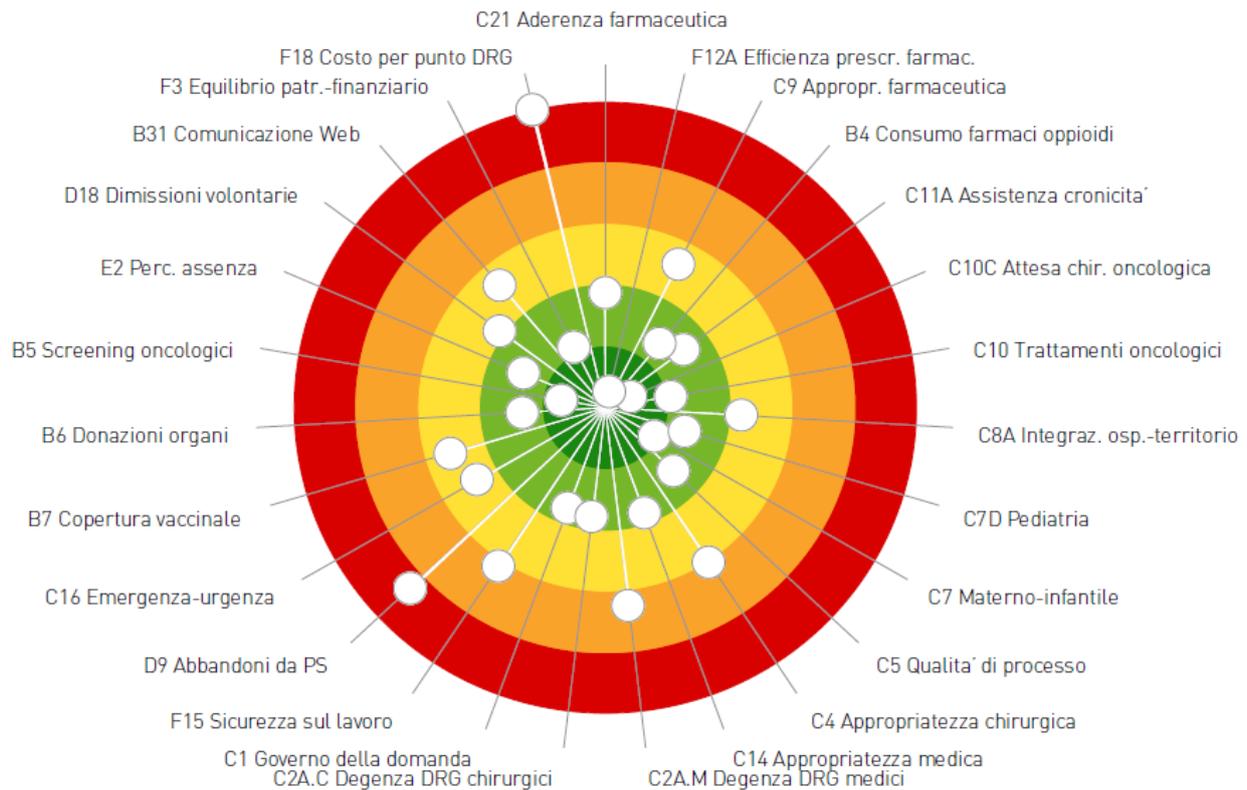
Nel programma di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna, gli indicatori evidenziano gli aspetti fondamentali della performance e sono raggruppati in indicatori di sintesi al fine di facilitarne la lettura. A seconda del valore che assume l'indicatore, viene attribuita una fascia di valutazione come riassunto nella seguente tabella.

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

Per visualizzare i punti di forza e di debolezza dei sistemi regionali è adottato uno schema "a bersaglio", che viene elaborato per ciascuna regione e provincia autonoma, in cui gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio e quelli con performance pessima si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna.

Inoltre il sistema permette di evidenziare gli indicatori migliorati e peggiorati rispetto all'anno precedente in un diagramma a matrice denominato "mappa di performance". Di seguito il bersaglio 2018 e la mappa di performance della Provincia autonoma di Trento.

Bersaglio 2018 Trento



Andamento indicatori - Trend 2017/2018

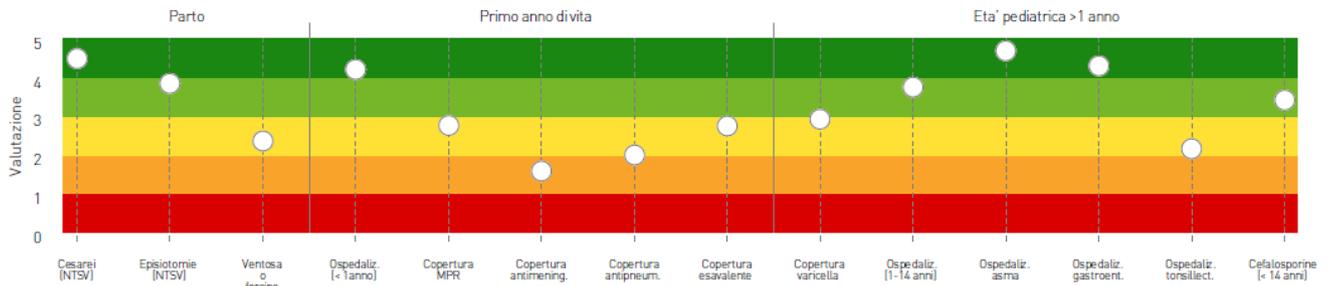
Numero indicatori di valutazione: 84



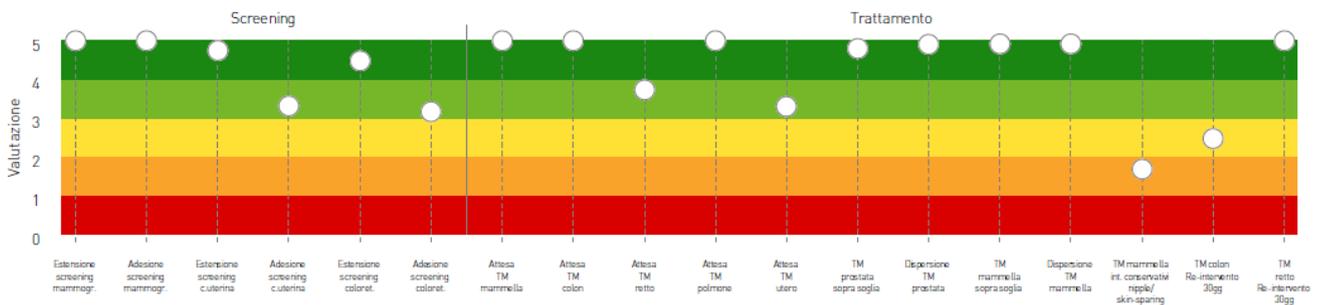
Rispetto all'anno precedente, si rileva un miglioramento di oltre il 56% degli indicatori, un peggioramento di circa un quarto di essi e una stazionarietà degli altri. Tale valutazione ha fatto sì che la Provincia Autonoma di Trento **fosse la seconda realtà con la più elevata percentuale di indicatori in miglioramento.**

Di seguito sono presentati inoltre le performance della PAT per ciascuno dei percorsi (materno-infantile, oncologia, cronicità, emergenza-urgenza) analizzati dal laboratorio S. Anna.

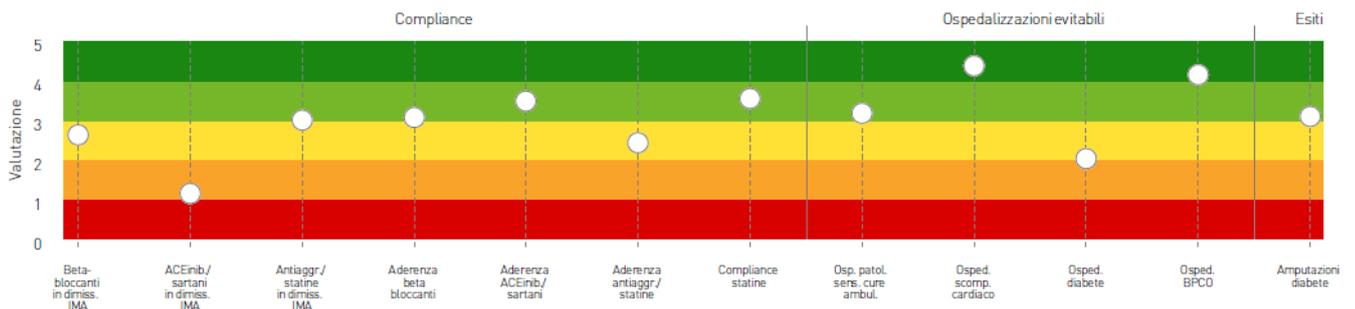
Percorso Materno-Infantile - PA Trento



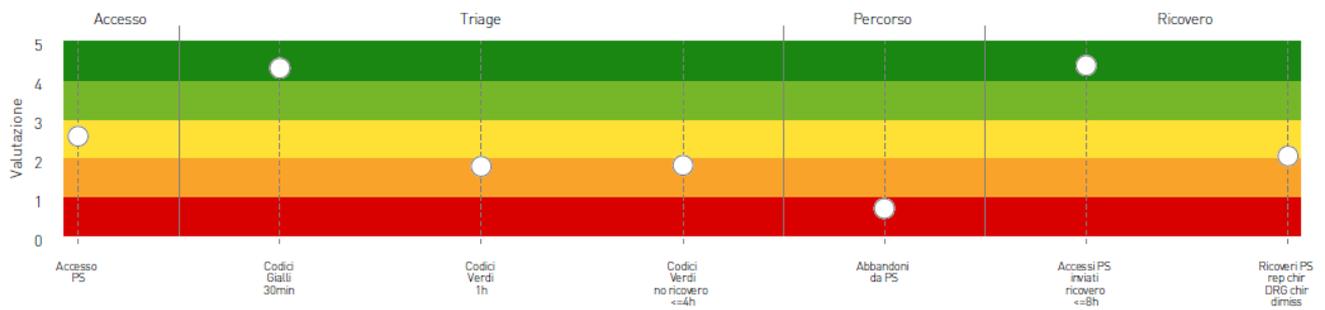
Percorso Oncologia - PA Trento



Percorso Cronicita' - PA Trento



Percorso Emergenza-Urgenza - PA Trento



Di seguito sono sintetizzati i principali dati di performance evidenziati dallo studio.

In particolare, il livello di salute della popolazione residente nella Provincia Autonoma di Trento è complessivamente buono, considerando i risultati relativi alla mortalità per tumori, a quella per malattie cardiocircolatorie e alla mortalità infantile, mentre la mortalità per suicidi risulta superiore alla media delle altre Regioni (dati 2014-2016). In riferimento alla diffusione di stili di vita sani, l'indagine ministeriale PASSI rileva una situazione buona, benché il consumo di alcol resti elevato: così come nella provincia di Bolzano, la percentuale di bevitori "a rischio" (ovvero persone che dichiarano un consumo abituale elevato, oppure un consumo episodico eccessivo, oppure un consumo fuori pasto) è significativamente superiore alla media, per quanto in calo.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso in linea con le altre Regioni e si riscontra un miglioramento rispetto al 2017 per tutti i vaccini monitorati. Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, si registra una situazione buona, sia in termini di estensione degli inviti, sia in termini di adesione. L'adesione allo screening della cervice uterina vede un netto miglioramento - da 35.7% a 53.2% - a fronte di un'estensione degli inviti invece capillare. Nell'ambito della prevenzione collettiva, la gestione della sicurezza sul lavoro è complessivamente allineata rispetto alle altre Regioni, per quanto - anche in riferimento ai dati 2018 - possa essere intensificata la copertura del territorio.

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, si registra un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 147.4 per 1.000 residenti nel 2017 a 142.4 nel 2018). Cala in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di inappropriata, valore che si allinea alle altre Regioni. L'elevata (e in crescita) percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani suggerisce una possibile difficoltà in fase di dimissione, che si traduce in una durata delle degenze (per ricoveri di tipo medico) superiore rispetto alle altre Regioni. La gestione della casistica chirurgica è complessivamente appropriata, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla day surgery, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche, comunque più contenuta rispetto alle altre Regioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma tra le più elevate (81.6%), in ulteriore aumento rispetto al 2017. In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, si registra ancora una difficoltà relativamente alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza: solo il 55.5% dei ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, hanno un DRG chirurgico in fase di dimissione.

L'integrazione ospedale-territorio conferma risultati in linea rispetto alle altre Regioni. Sul versante della governance farmaceutica, la spesa territoriale (154,6 Euro pro capite) rimane piuttosto contenuta. Il governo dei processi prescrittivi conferma buone performance sia in termini di aderenza terapeutica, sia in termini di appropriatezza prescrittiva (nonostante possa essere posta maggiore attenzione all'attività prescrittiva in fase di dimissione ospedaliera), per quanto permangano margini di recupero in riferimento a singole molecole (l'incidenza del consumo di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina resta elevata). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, è complessivamente buona. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati si conferma la più alta del network.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero è in linea rispetto alle altre Regioni (in lieve calo rispetto al 2017), mentre la percentuale di assenza del personale aziendale - proxy del clima interno aziendale - è più bassa rispetto alla media delle altre Regioni. Si riscontrano alcune difficoltà relative alla leggibilità delle pagine web, in particolare la pagina sui tempi di attesa e quella di spiegazione su come prenotare, mentre gli altri indicatori relativi alla comunicazione e prenotazione web risultano buoni.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del network (i dati fanno riferimento al 2017), sia per quanto concerne la spesa complessiva, sia in riferimento a quella esclusivamente ospedaliera. La qualità del percorso materno-infantile è complessivamente buona in tutte le fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): in particolare si evidenzia che la percentuale di parti cesarei (NTSV) è la più contenuta tra le Regioni, in ulteriore calo rispetto al 2017. L'organizzazione del percorso oncologico si conferma complessivamente ottima, in tutte le fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita), per quanto vi siano ulteriori margini di miglioramento relativi alla percentuale di interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi per tumore maligno alla mammella. In riferimento alla presa in carico delle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti e in lieve diminuzione testimoniano il buon livello assistenziale, mentre sono già stati menzionati i possibili recuperi di appropriatezza in riferimento all'assistenza prettamente farmaceutica. Relativamente al percorso Emergenza-Urgenza, nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è tra le più elevate del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (5,37%), in ulteriore aumento rispetto al 2017.

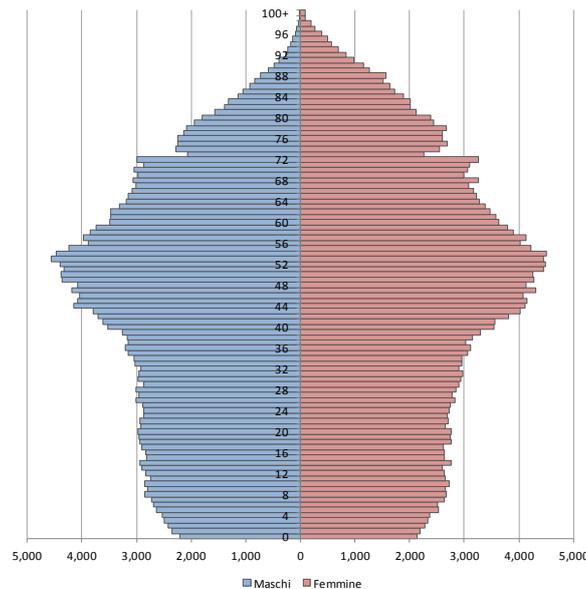
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2019 la **popolazione residente in Trentino** ammonta a 541.098 persone. Nel corso del 2018 i nati vivi residenti sono stati 4.353 e il conseguente tasso di natalità, pari a 8,1‰ abitanti, è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 7,4‰). Il numero **dei morti residenti è stato di 5.014 persone** a cui corrisponde un tasso di mortalità del 9,4‰ abitanti, al di sotto della media nazionale pari al 10,5‰.

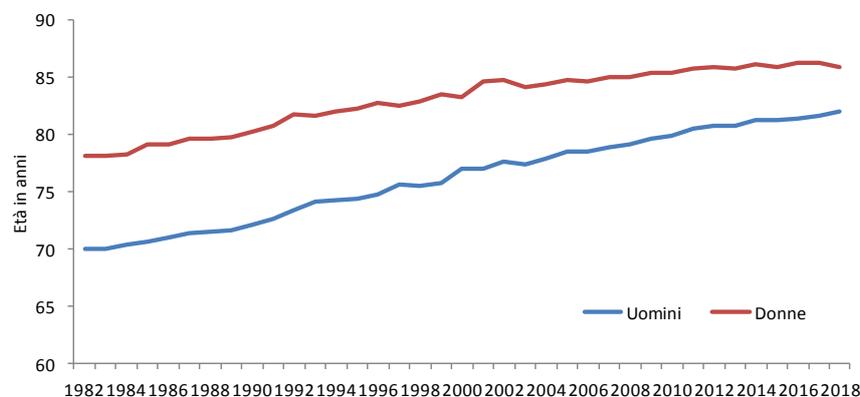
La struttura per età della popolazione, relativa al 2019¹, conferma un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata (figura 1). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 14,4% della popolazione totale, quelle di 65 anni e più rappresentano il 22,1% e le persone di 75 anni e più sono l'11,2%.

Figura 1. Struttura della popolazione trentina per genere e classi di età. Demoistat 2019



La **struttura per età della popolazione** è il risultato congiunto delle seguenti componenti: natalità, mortalità e migratorietà. Il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere (speranza di vita alla nascita) è aumentato negli ultimi 36 anni di circa 12 anni per gli uomini (dai 70 anni nel 1982 agli 82,0 nel 2018) e di circa 8 per le donne (dai 78 anni del 1982 agli 85,9 del 2018), nel 2018 la speranza di vita delle donne, 85,9 anni, si abbassa rispetto all'anno precedente, 86,3 anni [figura 2]. L'indice di vecchiaia è pari a 153,7, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 154 persone sopra i 65 anni, la media italiana è pari a 173,1. Il numero medio di figli per donna è 1,5 in Trentino, valore tra i più alti in Italia e 1,32 in Italia.

Figura 2. Speranza di vita alla nascita in Trentino per genere. (ISPAT 1982-1988, Istat Health for All 1989-2016, Istat 2017-18²)



¹ I dati e gli indicatori della popolazione al 1/1/2019 sono tratti dal sito <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 13/08/2019) e i dati sul movimento della popolazione sono tratti dal sito <http://www.statistica.provincia.tn.it> (ultimo accesso 13/08/2019)

² La speranza di vita 2018 è il dato più recente disponibile, <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 13/08/2019)

Gli **stranieri residenti** sul territorio provinciale al primo gennaio 2019 sono 47.393, 464 in più rispetto al 2018, mantenendo la ripresa del 2018, dopo il calo registrato nel triennio 2015-2017. La popolazione straniera costituisce l'8,8% della popolazione totale, in Italia è l'8,7%. L'età degli stranieri è molto più giovane di quella della popolazione trentina, il 19% ha meno di 15 anni e solo il 5% ha 65 anni e oltre, i livelli di fecondità sono molto più elevati (tasso di natalità: 14,9‰ stranieri residenti rispetto a 7,7‰ dei residenti con cittadinanza italiana).

Negli ospedali trentini nel 2018 sono nati 4.012 bambini, a cui si aggiungono i 39 nati a domicilio, i 21 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 74 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale complessivo di 4.146 neonati, con un decremento di 150 nati rispetto all'anno precedente (-3,5%).

Nel 2018 il *tasso di natalità* provinciale (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 8,3‰ abitanti (valore analogo a quello registrato nel 2017), mentre il tasso di fecondità totale è 1,5 figli per donna, valore identico al 2017, e secondo solo all'Alto Adige (1,76) nel panorama nazionale.

Nel 2018 il 28,4% delle donne dichiara di essere stato seguito da un'ostetrica del Percorso Nascita.

Il 23 maggio 2016 è stato chiuso il punto nascita di Tione ed il 1° agosto 2016 quello di Arco. Inoltre l'11 marzo 2017 è stato sospeso il punto nascita di Cavalese che ha riaperto il 1° dicembre 2018. Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2018, l'85,6% della natalità trentina (l'86,3% nel 2017 e l'83,7% nel 2016). La proporzione di nati vivi parloriti in strutture extra-provinciali, nel 2018 è pari al 9,1% del totale di nati vivi parloriti da donne residenti (n=396), con le proporzioni più elevate nelle comunità di valle di Fiemme (47,1%) e di Fassa (44,4%).

Nelle figure seguenti si illustrano gli andamenti dei nati per punto nascita e della percentuale di nati vivi di donne residenti in Provincia, parloriti in strutture extra-provinciali.

Figura 3. Provincia di Trento. Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2018

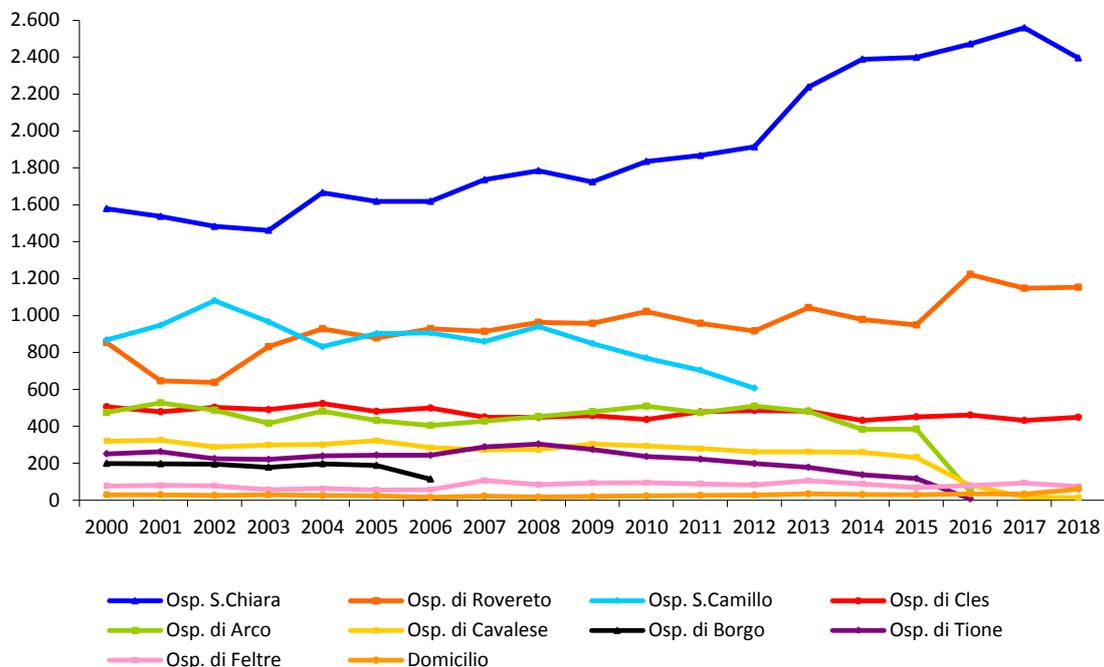
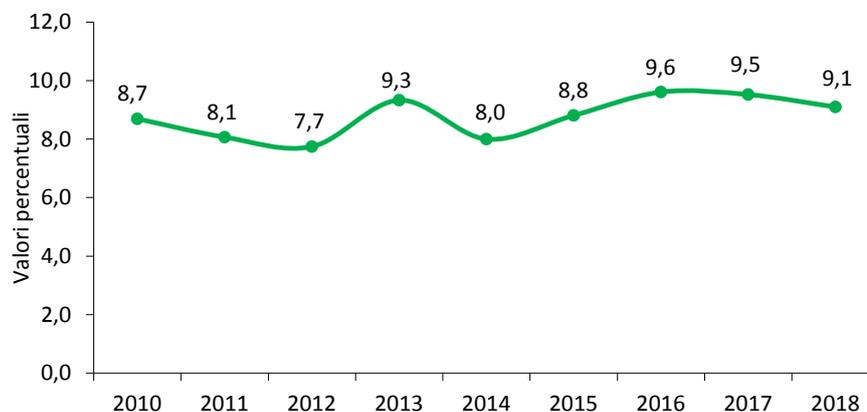


Figura 4. Proporzioe di nati vivi di donne residenti, parloriti fuori provincia di Trento. Anni 2010-2018



Si ripetono i dati eccellenti di "*trasporto in utero*", in linea con gli anni passati, per i neonati di basso peso e di ridotta durata della gestazione, testimoniati dall'elevata concentrazione di questi casi presso l'ospedale S. Chiara di Trento, centro di riferimento provinciale.

La percentuale di madri con cittadinanza extra UE³ nel 2018 è pari al 25,8%. L'età media al parto è di 31,9 anni: per le italiane 32,5 anni, per le straniere 30,0 anni. Anche l'età media al primo figlio differisce significativamente: 31,0 anni per le italiane rispetto ai 27,7 anni per le straniere.

Tra le partorienti del 2018, il 2,7% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 14,3% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,1% delle gravidanze "naturali").

I controlli in gravidanza (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati nel territorio: la proporzione di madri con meno di quattro visite è sempre più basso: 5,3% nel 2018 rispetto al 6,7% nel 2017 e 7,1% nel 2016 (era pari al 12,2% nel 2007). La proporzione di madri con meno di due ecografie è dello 0,5%. La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le puerpere straniere eseguono mediamente 3,8 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,4). Questo differenziale italiane/straniere sembrerebbe essersi risolto nell'ultimo biennio. La prevalenza di *fumatrici in gravidanza* sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2018 è pari al 6,6% (5,8% nel 2017, 6,1% nel 2016 e 6,5% nel 2015). La proporzione di donne fumatrici che smette di fumare in gravidanza è pari al 6,5%.

Il 74,1% delle nullipare residenti frequenta un corso di accompagnamento alla nascita, proporzione in costante crescita negli ultimi 15 anni.

Dopo i già ottimi risultati del 2015, 2016 e 2017, la proporzione di *parti cesarei* nel 2018 fa registrare il valore più basso dell'ultimo decennio (18,4%), raggiungendo gli standard auspicati dall'OMS e restando nel novero delle regioni italiane più virtuose.

Nel 2018 i nati morti sono stati 9, di questi 6 sono da donne residenti in provincia di Trento. Il *tasso di natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pari a 2,2 per mille nati. In Italia nel 2015 il tasso di natimortalità è stato 2,9‰.

I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute, anche se la percentuale di neonati ricoverati alla nascita rimane elevata: 13,7% nel 2018, 14,4% nel 2017 e 15,0% nel 2016 (rispetto all'11,1% del 2015 e all'8,4% del 2014). Un *Apgar inferiore a 4* è rilevato solamente nello 0,44% dei casi ed il 6,0% dei nati vivi viene sottoposto a *procedure di rianimazione* (di cui l'1,0% con intubazione).

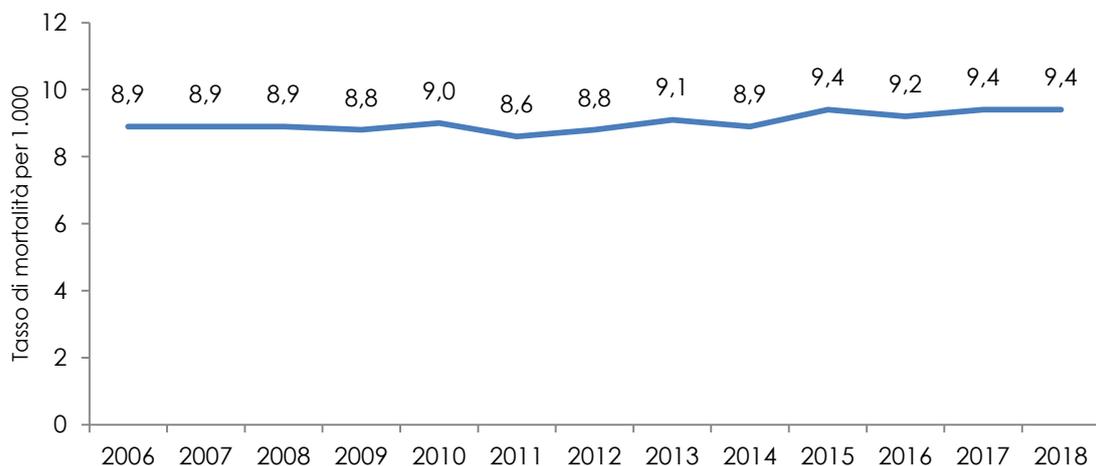
L'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda la quasi totalità dei nati vivi (97,8%). I valori complessivi restano positivi e nel 2018 viene allattato in modo esclusivo o predominante l'84,7% dei nati vivi.

La mortalità generale

Nel 2018 sono decedute 5.014 persone residenti in provincia di Trento con un tasso di mortalità del 9,4‰.

Il trend temporale del tasso grezzo per l'insieme delle cause di morte si mantiene stabilmente su livelli molto bassi, attorno al 9‰.

Figura 5. Tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Istat, 2006-2018



UE a 15 stati: Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

La mortalità infantile

Nel 2018, in provincia di Trento si sono registrati 15 decessi nel primo anno di vita in bambini residenti, di questi, 4 sono avvenuti fuori provincia (erano stati 2 nel 2017). Nel 2018 si registra quindi un aumento di 7 casi rispetto al 2017. Nella tabella seguente sono riportati gli eventi riguardanti i casi residenti, suddivisi per le fasi cronologiche del decesso.

Tabella 1. Provincia di Trento. Mortalità neonatale ed infantile nei residenti. Anno 2018

N. decessi per periodo di tempo	Freq.	Freq. cum.	%	% cum.
N. nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	3	3	20,0	20,0
N. nati vivi e deceduti tra il 2° giorno e la 1° settimana	5	8	33,3	53,3
N. nati vivi e deceduti tra l'8° ed il 1° mese	3	11	20,0	73,3
N. nati vivi e deceduti oltre il 1° mese - 12° mese	4	15	26,7	100,0
Totale	15	—	100,0	—

È stato possibile recuperare le informazioni cliniche per 12 casi su 15 (80%). Un basso peso alla nascita (<2.500g) occorre in 8 casi/12 (67%), una condizione di prematurità (<37 settimane di gestazione) occorre in 6 casi/12 (50%); una condizione malformativa in 3 casi/12 (25%). Le caratteristiche alla nascita hanno grande influenza sulla mortalità nel primo anno di vita. Le diverse tipologie della mortalità infantile, nel 2018, non si discostano in maniera rilevante dagli anni precedenti, tenuto conto anche della scarsa consistenza della popolazione per cui variazioni minime degli eventi possono avere grande impatto sui tassi relativi.

Tabella 2. Provincia di Trento. Tassi di mortalità neonatale, perinatale ed infantile nei residenti. Trend 2014-2018

Anno	Mortalità perinatale	Mortalità neonatale precoce	Mortalità neonatale	mortalità infantile
2014	3,3	0,6	1,6	2,2
2015	5,2	1,0	1,3	2,3
2016	3,8	1,9	3,0	3,4
2017	4,9	1,3	1,8	1,8
2018	3,2	1,8	2,5	3,4

Tasso di mortalità perinatale: nati morti e nati vivi deceduti entro la prima settimana/1.000 nati (vivi e morti).

Tasso di mortalità neonatale precoce: nati vivi deceduti entro la prima settimana per 1.000 nati vivi.

Tasso di mortalità neonatale: nati vivi deceduti entro il primo mese per 1.000 nati vivi.

Tasso di mortalità infantile: nati vivi deceduti entro il primo anno per 1.000 nati vivi.

Gli stili di vita: scelte individuali e condizionamenti ambientali Dati PASSI 2015-2018

L'abitudine al fumo

L'impatto del fumo sulla salute delle persone è notevole: metà dei fumatori muore a causa di questa abitudine/dipendenza. Il tasso di fumatori in provincia di Trento è rimasto pressoché immutato nell'ultimo decennio: la metà (52%) degli adulti (18-69 anni) non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (23%) e fumatori (25%; di cui 1% occasionali e 2% in astensione).

Fumare è un'abitudine più diffusa tra gli uomini tra cui il 29% è un fumatore rispetto al 21% tra le donne. Sia per le donne che per gli uomini l'abitudine al fumo è più diffusa tra i più giovani, tra le persone con difficoltà economiche e tra le persone con basso titolo di studio. Gli uomini stranieri fumano di più degli italiani, al contrario di ciò che succede per le donne straniere che fumano meno delle italiane.

Il 2% dei trentini fuma la sigaretta elettronica; nella maggior parte dei casi con nicotina (74%). È usata soprattutto da fumatori in aggiunta alla sigaretta tradizionale (66%), quindi senza alcun beneficio per la salute.

Il 41% dei fumatori ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di smettere di fumare; il 44% dei fumatori ha tentato di smettere almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, non riuscendoci in 8 casi su 10.

Il divieto di fumo è generalmente rispettato nei locali pubblici (96%) e in ambiente lavorativo (95%). Nella maggioranza delle case trentine non si fuma (89%), mentre in una percentuale contenuta, ma stabile nel tempo, si fuma in alcune stanze/ore/situazioni (9%) o addirittura sempre (2%), percentuali che scendono rispettivamente al 6% e all'1% in presenza di bambini.

Il consumo di alcol

Per l'organismo umano l'alcol è una sostanza tossica per la quale non è possibile individuare livelli di consumo sicuri, sotto i quali non si registri un pericolo per la salute. Inoltre, l'alcol è associato ai danni dovuti a comportamenti assunti in stato di intossicazione acuta: incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza.

Il 31% gli adulti trentini consuma alcol a maggior rischio perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (4%) o prevalentemente fuori pasto (22%) o perché è un bevitore binge (14%) oppure una combinazione delle tre modalità, il 35% lo consuma in maniera moderata e il 34% non consuma affatto alcol.

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, infatti solo un uomo su 5 non consuma alcol (20%), rispetto alla metà delle donne (53%), e ben il 41% degli uomini ne fa un consumo a maggior rischio, rispetto al 21% delle donne. Le donne però mostrano nell'ultimo decennio percentuali di consumo in crescita, a differenza degli uomini che invece mantengono un comportamento costante nel tempo. Consumare alcol è un'abitudine particolarmente diffusa tra i giovani: tra i ragazzi in età 18-24 anni si rilevano percentuali di consumatori di alcol a maggior rischio elevatissime (73% per i ragazzi e 57% per le ragazze), percentuali che scendono progressivamente all'aumentare dell'età. L'elevata istruzione è un fattore favorente il consumo di alcol a maggior rischio; in entrambi i generi si osservano percentuali di consumatori che aumentano al crescere del titolo di studio. L'effetto delle condizioni economiche sul consumo di alcol agisce in maniera opposta per uomini e donne, mentre tra gli uomini l'aver difficoltà ne aumenta il consumo, tra le donne lo riduce. Infine, sia per gli uomini che per le donne il consumo di alcol è più diffuso tra i cittadini italiani.

L'attenzione degli operatori sanitari sul consumo di alcol è estremamente limitata, solo una piccola minoranza (pari al 5%) dei consumatori a maggior rischio riceve dal proprio medico il consiglio di ridurre il consumo.

Una delle cause di mortalità prematura sono gli incidenti sulla strada, spesso causati da guida in stato d'ebbrezza: l'8% degli automobilisti dichiara di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 5% di avere viaggiato con persone che stavano guidando sotto l'effetto dell'alcol.

L'attività fisica

La regolare pratica dell'attività fisica comporta una vasta gamma di benefici per la salute: riduce il rischio di sviluppo di malattie cardiache, di diversi tipi di tumori e di diabete di tipo 2, inoltre previene l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, il rischio di fratture e di disturbi muscolo-scheletrici, diminuisce lo stress e i sintomi di ansia e di depressione.

La maggior parte degli adulti trentini è fisicamente attivo o lo è almeno parzialmente (36% e 45% rispettivamente), mentre il 19% è completamente sedentario. Nella pratica dell'attività fisica si osservano differenze di genere. Le donne raggiungono più difficilmente degli uomini i livelli raccomandati: gli uomini sono attivi per il 39% rispetto al 32% delle donne e sono parzialmente attivi per il 44% rispetto al 47% delle donne.

Caratteristiche come età, istruzione, situazione economica e cittadinanza influenzano la possibilità di essere sedentari che risulta più elevata all'aumentare dell'età, all'aumentare delle difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri, risulta invece più bassa al crescere del titolo di studio delle persone.

L'attenzione degli operatori rispetto alla pratica dell'attività fisica è rivolta principalmente alle persone portatrici di qualche patologia o a rischio di svilupparne (il 37% di chi ha almeno una malattia cronica riceve il consiglio di praticare attività fisica), meno alla popolazione generale (28%).

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

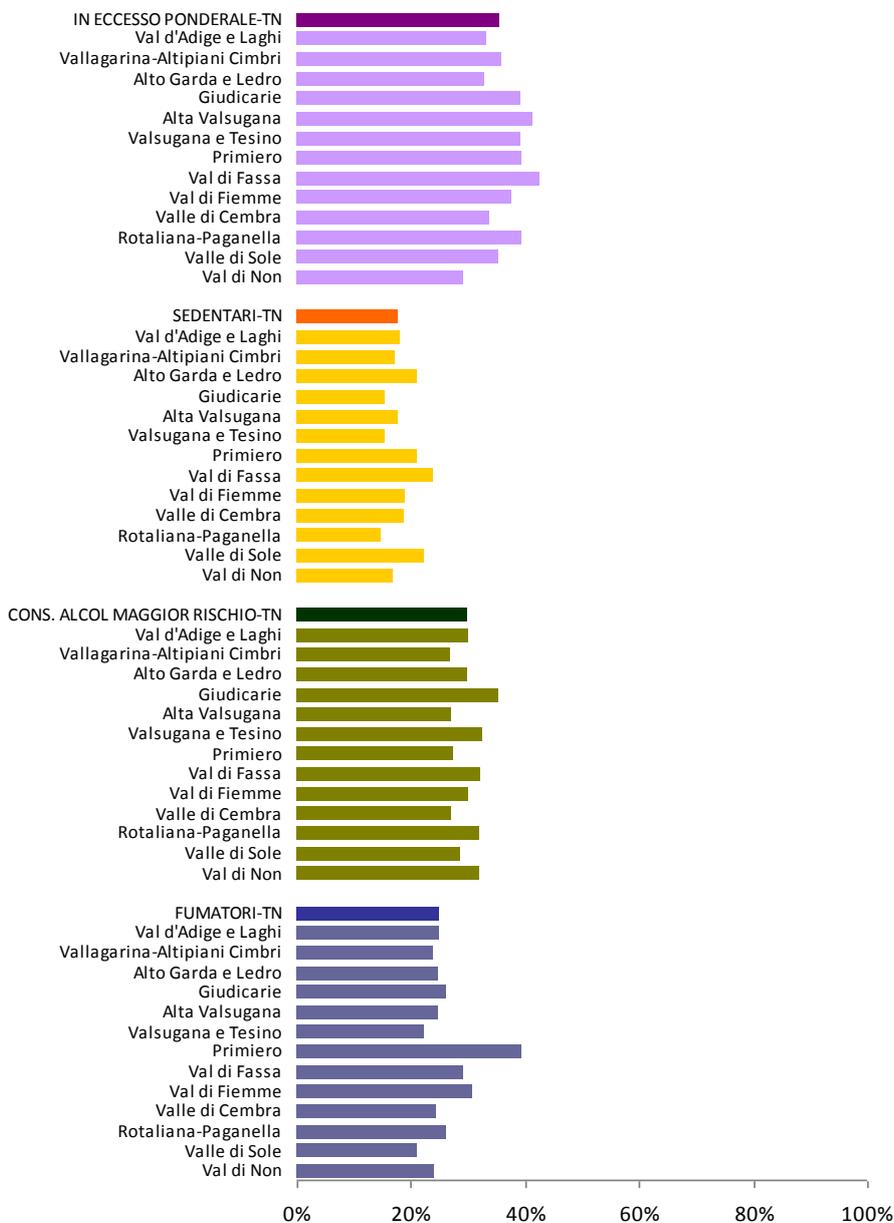
Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Alimentarsi con cibi molto calorici e poveri di nutrienti, ricchi di grassi saturi e idrogenati, sale e zuccheri rappresenta, assieme all'essere in sovrappeso o obeso, un fattore di rischio per gran parte delle malattie croniche. Un adeguato consumo di frutta e verdura (quantità minima consigliata: 400 grammi al giorno pari a 5 porzioni; *five a day*) protegge dall'insorgenza di malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e tumori, principali killer dei paesi a sviluppo avanzato.

Sebbene tutti i trentini adulti consumino qualche porzione di frutta e/o verdura al giorno, la quota di persone che ne mangia la quantità minima consigliata è limitata ad una piccola percentuale di popolazione (13%), che oltretutto non tende ad aumentare nel tempo. La buona abitudine a consumare le cinque porzioni quotidiane di vegetali in entrambi i generi è più diffusa al crescere dell'età, tra le persone con elevato titolo di studio e tra i cittadini italiani.

L'eccesso ponderale riguarda il 34% degli adulti (26,5% sovrappeso e 7,5% obeso), con una differenza significativa tra uomini e donne legata principalmente alla condizione di sovrappeso che è quasi doppia negli uomini rispetto alle donne (34% vs 19%). Sia per uomini che per donne l'eccesso ponderale è più diffuso tra i cittadini stranieri, cresce all'aumentare dell'età, delle difficoltà economiche e al diminuire del titolo di studio.

Per favorire cambiamenti migliorativi nello stile di vita delle persone sono fondamentali i consigli degli operatori sanitari. Tra le persone in eccesso ponderale segue una dieta per perdere peso il 37% di chi ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto al 14% di chi non lo ha ricevuto. Per questo è importante che i consigli degli operatori sanitari siano diffusi e non concentrati solo sulle persone obese, come invece spesso accade (riceve il consiglio di perdere peso il 77% degli obesi e il 37% dei sovrappeso).

Figura 6: Fattori di rischio comportamentali. Prevalenze in provincia di Trento per rete professionale di residenza. PASSI, 2011-2018⁴



Disuguaglianze sociali ed effetti sulla salute

I fattori di rischio comportamentali, largamente responsabili delle principali malattie croniche, sono legati alle caratteristiche sociali delle persone, tanto da distribuirsi nella popolazione secondo un gradiente sociale: sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione più sfavoriti (a redditi e livelli d'istruzione bassi) e a ogni posizione nella scala sociale corrisponde un livello più favorevole rispetto alla posizione inferiore. Questa disparità sociale, che si ripercuote sullo stato di salute delle persone, è ingiusta ed evitabile poiché frutto di processi culturali, economici e politici sui quali è possibile intervenire per avere una società più equa e più sana.

Pensando, quindi, di annullare le differenze dei determinanti sociali spostando tutta la popolazione nei livelli più favorevoli della scala sociale in Trentino ci sarebbero in meno circa 29.000 persone con problemi di peso (con una riduzione del 23%), 16.000 fumatori (-18%), 13.000 sedentari (-21%) e 4.000 consumatori di alcol a maggior rischio (-4%).

⁴ A differenza dell'intero paragrafo in cui è stato considerato il periodo 2015-2018 in figura 5 è stato considerato il periodo 2011-2018 che permette di ottenere la numerosità campionaria sufficiente a garantire la precisione delle stime del dettaglio territoriale.

INDICATORE: Stili di vita (PASSI) ■ 3,076

L'indicatore descrivere lo stato di salute della popolazione attraverso il monitoraggio degli stili di vita e si muove lentamente nel tempo, pertanto, un miglioramento registrato oggi è determinato dalle scelte effettuate nel passato.

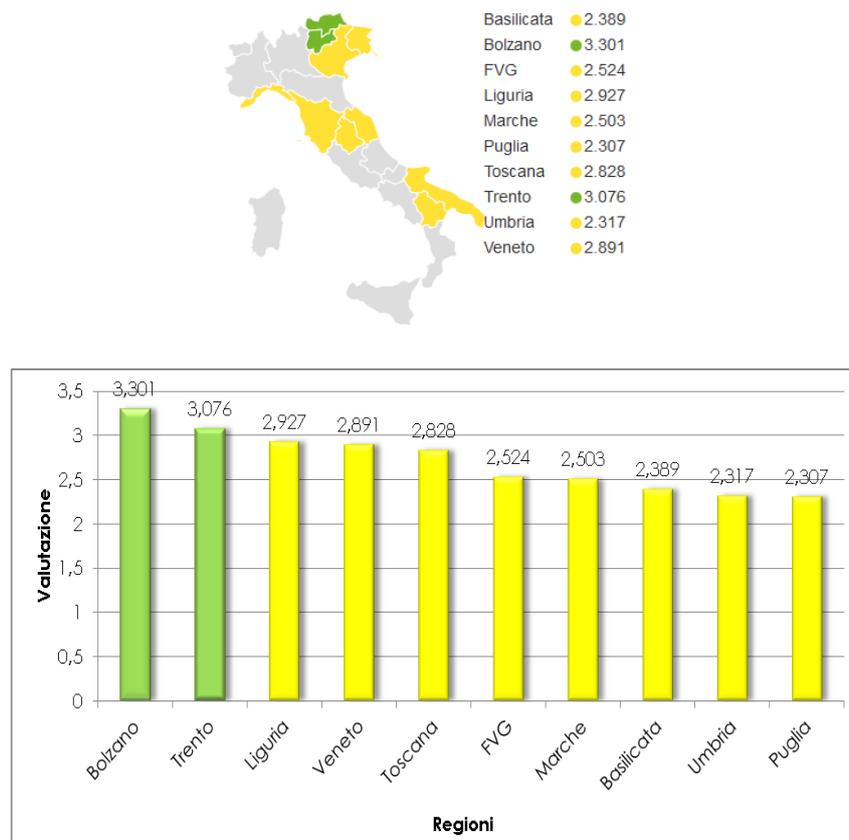
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori:

- A10.1.1 Percentuale di sedentari ■ 18,62%
- A10.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso ■ 33,02%
- A10.3.1 Percentuale di bevitori a rischio ■ 30,76%
- A10.4.1 Percentuale di fumatori ■ 23,63%.

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2018, la provincia di Trento ottiene un'ottima valutazione media (3,076), collocandosi al secondo posto nel Network (figura 7.)

Figura 7. Stili di vita (PASSI): confronto tra le regioni/province autonome aderenti al Network – S. Anna di Pisa 2018

(<http://performance.sssup.it/netval/index.php>, Indicatori 2018, ultimo accesso 13/08/2019)



INDICATORE: Promozione stili di vita sani (PASSI 2015-2018)

Il valore dei singoli indicatori è disponibile dalla rilevazione PASSI dell'Istituto superiore di sanità (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso 13/8/2019), invece a partire dal 2017 l'indicatore complessivo "Promozione stili di vita sani PASSI" non è più pubblicato da Network – S. Anna di Pisa:

- % persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica ■ **27,9%**
- % persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso ■ **46,1%**
- % persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica ■ **27,9%**
- % bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno ■ **4,7%**
- % fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare ■ **41,4%**

Valutazione PASSI:

- Peggiore del valore nazionale
- Simile al valore nazionale
- Migliore del valore nazionale

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

La prevenzione collettiva e Sanità pubblica comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli.

L'Azienda sanitaria, mediante il Dipartimento di Prevenzione (DP) persegue le attività volte a garantire:

- a) la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) la salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) la sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
- f) la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Si tratta di funzioni di promozione della salute, di prevenzione delle malattie infettive e croniche, di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, tutte volte al miglioramento della qualità di vita della popolazione. Questo obiettivo viene perseguito basandosi su principi d'interprofessionalità, multidisciplinarietà ed integrazione in una logica di interconnessione della prevenzione tra umana, animale, ambientale.

I processi di integrazione e l'azione coordinata fra Dipartimento di Prevenzione, Servizio territoriale, Servizio Ospedaliero Provinciale ed altre istituzioni della vita civile sono finalizzati a rendere più efficaci le attività di prevenzione e di promozione della salute.

COPERTURE VACCINALI

Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica. Grazie ad esse è possibile prevenire in modo efficace e sicuro malattie gravi, alcune delle quali possono causare importanti complicanze, sequele invalidanti e morte. Si stima che ogni anno nel mondo le vaccinazioni prevengano tra i 2-3 milioni di morti (di cui più di 1 milione di bambini di età inferiore a 5 anni) per difterite, tetano, pertosse, morbillo, parotite e rosolia e preservino molte più persone ancora dall'insorgenza delle stesse malattie e da disabilità permanenti.

Inoltre, le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, bensì, interrompendo la catena epidemologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

INDICATORE: Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal calendario provinciale dell'età pediatrica.

Questo indicatore è espressione dello stato di salute della popolazione: stima la proporzione di soggetti protetti da malattie prevenibili da vaccino, fornisce informazioni per la programmazione sanitaria, consente di valutare l'attività vaccinale e di individuare aree di intervento per migliorare l'offerta vaccinale. Lo standard di riferimento è pari al 95% per le vaccinazioni dell'infanzia, come previsto dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale.

Tabella 3. Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal calendario provinciale dell'età pediatrica

	2014	2015	2016	2017	2018
Esavalente	92,2%	92,0%	93,0%	93,9%	94,6%
MPR (Morbillo Parotite Rosolia)	84,3%	84,6%	87,5%	91,6%	94,3%
Anti-Pneumococco	87,1%	87,3%	89,2%	90,9%	92,0%
Anti- Meningococco C	81,8%	83,1%	87,0%	89,6%	90,8%
Anti-Human Papilloma Virus nelle dodicenni	61,7%	67,2%	64,7%	62,5%	63,4%

Nel 2018 si è registrato un incremento delle coperture vaccinali in tutte le coorti di nascita. I dati in crescita rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al passato e sono un segnale positivo da correlare all'applicazione della Legge 119/2017 che ha aumentato il numero dei vaccini obbligatori in Italia.

Il grande impegno degli operatori sanitari dei servizi vaccinali nell'aumentare la consapevolezza dei genitori esitanti sull'utilità delle vaccinazioni è stato premiato: per le coorti di nascita 2014 e 2015 è stata raggiunta e per la coorte 2016 è quasi raggiunta la soglia minima raccomandata dall'OMS pari al 95% per le vaccinazioni obbligatorie. L'aumento è particolarmente significativo per il morbillo, ma è anche evidente per le vaccinazioni raccomandate (pneumococco e meningococco).

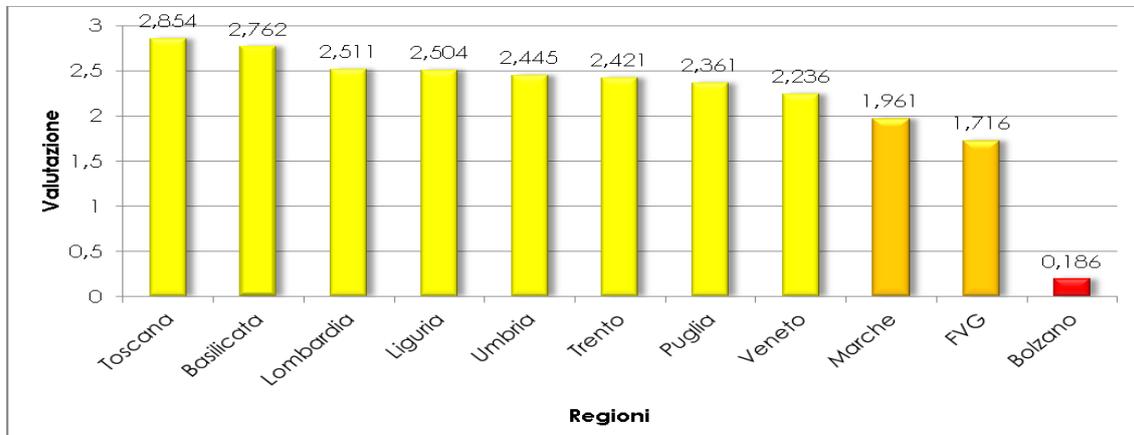
INDICATORE: Valutazione di performance della copertura vaccinale ■ 2.421

Tale indicatore assume una valutazione pari alla media dei seguenti sottoindicatori:

- B7.1 Copertura vaccinale MPR ■ **94,3%**
- B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani ■ **54,78%**
- B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) ■ **63,8%**
- B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari ■ **28,81%**
- B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico ■ **90,76%**
- B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico ■ **92,01%**
- B7.7 Copertura vaccinale esavalente ■ **94,26%**
- B7.8 Copertura vaccinale varicella ■ **74,33%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2018 la PAT ottiene una valutazione di performance media (2,421), in miglioramento rispetto al 2017 (2016). La performance è migliorata in tutti gli ambiti analizzati e in particolare è da sottolineare il deciso miglioramento sulla copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari (28.81 nel 2018 vs 20,762% nel 2017).

Figura 8: Copertura vaccinale: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2018



TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI

Sorveglianza delle acque

Fra le attività più rilevanti per la tutela della salute e la sicurezza ambientale rientra la sorveglianza ed il controllo delle acque: potabili, minerali, termali, superficiali, di balneazione.

Nel 2018 sono stati eseguiti 963 prelievi ufficiali presso acquedotti pubblici, per le analisi batteriologiche e chimiche, 128 prelievi per la ricerca del radon e 70 per la dose indicativa nell'acqua potabile.

Le ispezioni eseguite presso piscine pubbliche sono state 71 e sono stati effettuati 158 prelievi.

Per quanto riguarda i controlli sulle acque di balneazione sono stati eseguiti 277 prelievi nei 39 punti di prelievo previsti, secondo la pianificazione ed in linea con gli obiettivi fissati dalla normativa vigente.

Tabella 4. Sorveglianza igienico-sanitaria delle acque: controlli eseguiti nell'anno 2018

ACQUE	ANALISI	PRELIEVI	ISPEZIONI
POTABILI (controlli ufficiali)	Batteriologica+chimica	963	108
	radon	128	
	Dose indicativa alfa e beta totali	70	
IMPIANTI NATATORI	Batteriologica+chimica	158	71
BALNEAZIONI	Batteriologica	277	277
	Sorveglianza algale	65	
	Ricerca tossine algali	65	

SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

Come per il complessivo ambito della prevenzione, la domanda in tema di salute e sicurezza sul lavoro è in buona parte "inespressa" ed è legata a diritti e doveri di tutela dei vari soggetti interessati, spesso fissati anche da precise norme e leggi. La quota "visibile" della domanda si esplica invece – da una parte – attraverso richieste di informazione o di supporto da parte di lavoratori, rappresentanti per la sicurezza, imprenditori, consulenti, sia singoli che associati e, dall'altra, sotto forma in richieste di intervento ispettivo di vigilanza, di segnalazione di altri enti o nelle attività di polizia giudiziaria delegate dalla magistratura.

Le prestazioni in tema di SSL della U.O.P.S.A.L. vengono realizzate quindi, in parte su richiesta o e sono "reattive" e, in parte, d'ufficio o "di iniziativa", avviate in senso proattivo, in esecuzione di piani mirati o comunque su priorità individuate, anche coniugando l'attività di assistenza con quella di vigilanza.

Dal 2000 il numero di infortuni riconosciuti in occasione di lavoro (esclusi itinere, colf, studenti) ha registrato una significativa riduzione a livello nazionale e locale: in Trentino si è passati dai quasi 9.000 casi del 2000 ai 4.200 circa del 2018 (-50%-). La riduzione è stata più marcata a partire dal 2008, anche in coincidenza con l'inizio del periodo di crisi economico-produttiva. Nel 2016 e 2017, con i primi segni di ripresa produttiva, il trend si è rallentato e si è interrotta invece la serie negativa con un lieve incremento dei casi denunciati rispetto all'anno precedente (nel 2018 si registra ancora una lieve riduzione).

I tassi di infortunio risultano in progressivo calo: quello standardizzato della provincia di Trento si colloca lievemente sopra a quello nazionale (17,3 vs 15,4) mentre la gravità media è inferiore alla media (tasso infortuni gravi >30 gg 4,8 vs. 5,4).

I settori lavorativi con indici di infortunio più elevati rimangono quelli dell'agricoltura, delle costruzioni, del legno e dei trasporti. Particolari fenomeni di interesse riguardano peraltro anche settori del terziario, tra cui la sanità.

Parallelamente si è osservato un incremento delle malattie professionali denunciate e riconosciute fenomeno che viene interpretato come effetto dell'emersione di malattie prima non evidenziate più che un aumento della loro reale incidenza. Nel periodo di 15 anni il quadro delle malattie professionali ha subito, inoltre, un profondo mutamento: sono diminuite fortemente alcune patologie (es. ipoacusia, malattie respiratorie) mentre altre hanno mostrato un incremento notevole. Tra queste ultime, il caso più eclatante è quello delle malattie muscolo scheletriche, in precedenza non riconosciute nemmeno dal punto di vista assicurativo e che oggi costituiscono quasi il 90% del totale.

Esiste sicuramente una sottostima delle reali malattie professionali, in quanto l'approccio alla denuncia risulta ancora disomogeneo e non soddisfacente. In Trentino risulta una quota di malattie professionali denunciate in agricoltura che è largamente sproporzionata rispetto ad altri settori, quale effetto – da una parte - di un diffuso ricorso alla denuncia da parte di patronati a fini assicurativi e a carico di lavoratori autonomi e, dall'altro, di un probabile deficit di denuncia in altri settori di interesse e per altre categorie di lavoratori. Anche se di più difficile inquadramento eziologico, rimane probabilmente anche una sottostima di alcune patologie, quali le neoplasie legate al lavoro.

In complesso, le condizioni di sicurezza sul lavoro in Trentino appaiono migliorate nel tempo e il grado di adempimento delle normative è in Trentino da considerare soddisfacente, anche grazie alla – pur lenta - crescita di una cultura della sicurezza nelle imprese e nei lavoratori, all'implementazione di sistemi di gestione della sicurezza nelle imprese, allo sviluppo di competenze nei soggetti interessati.

Gli effetti della lunga recessione economica hanno peraltro messo in difficoltà alcuni settori produttivi, rischiando, in alcuni casi, di determinare arretramenti dei positivi livelli raggiunti, anche per riduzione degli investimenti in sicurezza.

Ferma restando la necessaria attenzione sull'attività di controllo e vigilanza (che è l'unica valutata dagli indicatori del Network gestito dal S. Anna), in anni recenti APSS ha posto crescente attenzione alle attività di informazione ed assistenza ai vari portatori di interesse, anche dedicando specifiche risorse e prestazioni (es. sportello di informazione e assistenza) insieme alla realizzazione di interventi di prevenzione, oltre che in tema di prevenzione di infortuni e di tradizionali settori a rischio (agricoltura, lavori forestali, edilizia) a nuovi temi di salute sul lavoro, quali la prevenzione delle malattie muscolo-scheletriche, il benessere organizzativo, l'aumento dell'età dei lavoratori, il reinserimento dei lavoratori con ridotte capacità lavorative, le differenze di genere, ecc. Questo anche in linea con il complesso di programmi e prestazioni dell'area di intervento "C" del primo livello di assistenza prevenzione collettiva e sanità pubblica e dei Piani nazionale e provinciale della prevenzione.

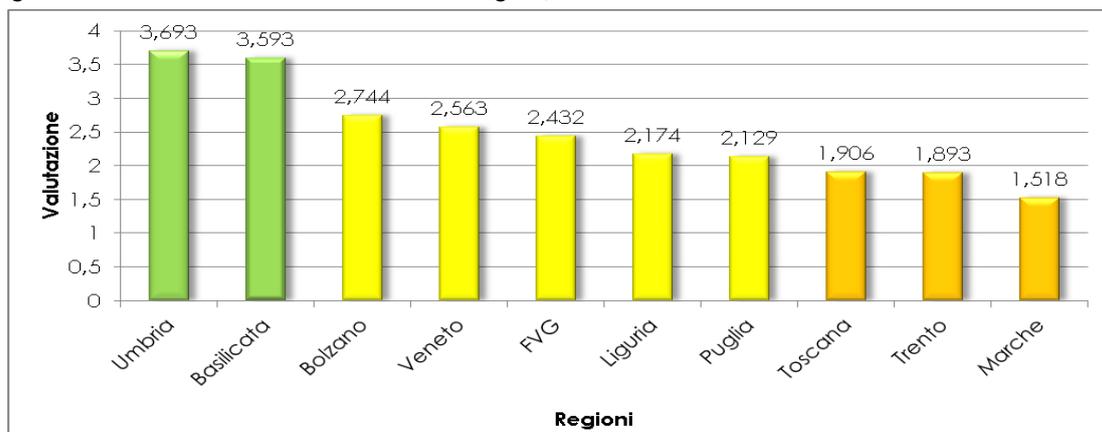
INDICATORE: Valutazione di performance della sicurezza sul lavoro 1.893

Nel sistema di valutazione delle performance sanitarie regionali della scuola S. Anna di Pisa, tale indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi agli indicatori 15.2 e 15.3:

- F15.2 Copertura del territorio **1.531**
- F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti **4,94 %**
- F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati **5,75 %**
- F15.3 Efficienza produttiva **2.255**
- F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL **44,29 %**
- F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL **75,0%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2017, la PAT ottiene una valutazione di performance scarsa (1.893 – Figura 8).

Figura 9: Sicurezza sul lavoro: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2018



SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA

Obiettivi principali dell'area sono: la tutela della salute pubblica, intesa come protezione dell'uomo nei confronti di patologie e pericoli direttamente o indirettamente correlati con gli animali in ambiente rurale, urbano e selvatico; la salvaguardia del patrimonio zootecnico e dell'economia agroalimentare correlata; la tutela dell'equilibrio tra uomo, animale e ambiente. Tali obiettivi sono perseguiti attraverso:

- la sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali;
- la sorveglianza sulla riproduzione animale;
- la gestione del sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale;
- il controllo sul benessere degli animali da reddito;
- la profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali;
- la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali;
- la predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali;
- la sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza;
- la lotta al randagismo e il controllo del benessere degli animali d'affezione;
- l'igiene urbana veterinaria, il controllo delle popolazioni sinantropiche e il controllo di episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani
- la sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;
- la prevenzione e il controllo delle zoonosi;
- il controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente;
- la vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione;
- il soccorso degli animali a seguito di incidente stradale.

Si riportano alcuni indicatori che sintetizzano le attività svolte:

Tabella 5

	2015	2016	2017	2018
Numero allevamenti bovini e ovini/caprini sottoposti a controllo nell'ambito dei piani di profilassi ufficiali	2.631	2.567	2.520	2.504
Numero di ovini/caprini sottoposti a controllo sierologico individuale per brucellosi	36.724	23.983	22.285	22.090
Numero di bovini sottoposti a prova intradermica per tubercolosi	39.010	23.522	15.735	23.686
Attestazioni sanitarie per le movimentazioni degli animali da reddito rilasciate	4.903	5.860	5.435	5.331
Numero di controlli ufficiali in allevamento per la verifica del rispetto della normativa in materia di benessere animale, anagrafe zootecnica, gestione del farmaco, alimentazione animale, igiene della mungitura e sicurezza alimentare	879	879	966	937
Numero di gatti di colonia sterilizzati	468	469	711	641
Numero di episodi di morsicatura da parte di animali d'affezione controllati	384	379	445	505
Numero interventi su segnalazione per animali selvatici	225	182	204	213

SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI

La "sicurezza alimentare" è un obiettivo strategico a livello comunitario, nazionale e regionale rispetto al quale è fondamentale l'attività di controllo lungo tutta la filiera produttiva degli alimenti di origine animale e non, "dal campo alla tavola", e dei mangimi.

Gli interventi di controllo ufficiale si articolano in un complesso sistema di verifiche finalizzate a prevenire i rischi per la salute pubblica, nonché assicurare, a protezione degli interessi dei consumatori, la corretta applicazione delle norme comunitarie e la lealtà delle transazioni commerciali.

I risultati dell'attività di controllo ufficiale sono misurabili sia come numero di controlli effettuati sia come efficienza dei controlli.

INDICATORE. Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate

Questo indicatore esprime la capacità del controllo ufficiale di:

- a) garantire un controllo omogeneo sul territorio per criteri, modalità di attuazione e in termini di indici di copertura nei confronti delle categorie di imprese più a rischio;
- b) assicurare una buona tutela della salute dei consumatori.

Dal 2016 sono stati applicati indici di copertura non uniformi per le diverse macrocategorie di imprese, che tengono conto delle valutazioni del rischio effettuate negli anni precedenti; la frequenza dell'attività di controllo è stata modulata in base alle tipologie e alle dimensioni delle imprese alimentari, salvaguardando l'indice generale di copertura richiesto dal Piano provinciale integrato dei controlli 2016-2019 e dalle Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004.

Comunque, viene assicurato annualmente un volume di controllo totale costante in termini numerici.

Tabella 6. Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate sul totale e percentuale di imprese controllate sul totale in anagrafe.

	2014	2015	2016	2017	2018
N° Imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate/N° imprese alimentari di produzione e confezionamento in anagrafe	93,4%	93,5%	53%	40,3%	216/547 39,5%
N° imprese alimentari controllate /N° imprese alimentari in anagrafe (esclusi i produttori primari)	16,9%	15,6%	14,2%	14,9%	1665/98 71 16,8%

INDICATORE: Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale

Questo gruppo di indicatori monitora la tutela degli alimenti di origine animale garantita

- attraverso lo svolgimento delle azioni finalizzate all'emissione del giudizio di commestibilità delle carni ottenute dalla macellazione degli ungulati domestici (numero di animali delle specie bovina, suina, ovina, caprina ed equina sottoposti a visita ante mortem e post mortem in occasione della macellazione negli stabilimenti della provincia di Trento);
- attraverso l'attuazione del piano nazionale residui negli allevamenti e negli impianti di macellazione della provincia di Trento (numero di campioni di matrici animali prelevati e inviati al laboratorio chimico dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie);
- attraverso l'attuazione del piano dipartimentale per la sicurezza alimentare e la programmazione operativa dei controlli ufficiali (ispezioni) eseguiti dai Servizi Veterinari presso le imprese alimentari con riconoscimento ex reg. (CE) 853/2004 (numero di ispezioni eseguite negli stabilimenti riconosciuti in attuazione del programma di attività).

Tabella 7. Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Numero capi macellati sottoposti a visita <i>ante</i> e <i>post-mortem</i> e percentuale di capi controllati sui macellati	82.885 (100%)	90.097 (100%)	91.910 (100%)	92.951 (100%)	88.184 (100%)	91517 (100%)
Numero di campioni di matrici animali controllati e percentuale del totale dei campioni programmati	193 (113%)	117 (100%)	208 (110%)	203 (107%)	174 (100%)	179 (100%)
Numero di controlli ufficiali negli stabilimenti e percentuale dei controlli programmati	832 (106%)	820 (105%)	772 (99%)	595 (96%)	746 (109%)	756 (95%)

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING

"La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti e dunque di migliorare la salute stessa. È una funzione centrale della sanità pubblica e contribuisce alla lotta contro le malattie trasmissibili e non trasmissibili e contro altre minacce per la salute" (Carta di Bangkok, 2005).

Il monitoraggio, la valutazione e la pianificazione delle azioni di promozione della salute sono essenziali per garantire appropriata e pronta risposta ai bisogni della comunità. Nella nostra provincia sono attivi i seguenti sistemi di monitoraggio e sorveglianza: Okkio alla salute e HBSC (per l'età evolutiva), PASSI (dai 18 anni) e PASSI d'Argento (oltre i 65).

Gli interventi di educazione e promozione alla salute sono rivolti principalmente, ma non esclusivamente, alle scuole del Trentino. La realizzazione delle attività proposte è possibile attraverso il coinvolgimento di operatori di diverse discipline e professioni afferenti al Dipartimento di Prevenzione, al Servizio Territoriale o al Servizio Ospedaliero Provinciale.

INDICATORE: istituti aderenti ad interventi di educazione e promozione alla salute sul totale degli istituti target, per area di intervento

l'indicatore esprime la capacità del sistema sanitario provinciale di raggiungere la popolazione scolastica. L'indicatore è calcolato dal rapporto che vede a numeratore gli Istituti scolastici (di ogni ordine e grado) che hanno aderito alla proposta di educazione alla salute dell'Azienda sanitaria e al denominatore tutti gli Istituti scolastici del territorio provinciale.

Tabella 8. Numero degli istituti aderenti sul totale degli istituti target, per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2016-17	2017-18	2018-19
Sana alimentazione e attività fisica	58 (47,5%)	44 (36,1%)	52 (42,6%)
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	54 (44,3%)	59 (48,4%)	57 (46,7%)
Benessere socio-affettivo sessuale	98 (80,3%)	104 (85,2%)	109 (89,3%)
Primo soccorso	49 (85%)	51 (89,5%)	52 (91,2%)

INDICATORE: Media ore di intervento di promozione alla salute per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

L'indicatore esprime il carico di lavoro sostenuto in termini di ore di interventi di educazione alla salute nella scuola per singolo Istituto che aderisce all'intervento. Consente di valutare l'omogeneità dell'impegno aziendale in relazione all'area tematica, normalizzandolo al target di intervento. L'indicatore è l'espressione di una media aritmetica ed è calcolato dal rapporto che vede al numeratore le ore di attività dei professionisti nell'educazione alla salute e al denominatore il numero degli Istituti scolastici (di ogni ordine e grado) che hanno aderito alla proposta di educazione alla salute dell'Azienda sanitaria (vedi tabella 9)

Tabella 9: Media ore per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2015-16	2017-18	2018-19
Sana alimentazione e attività fisica	5	4	6
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	27	30	29
Benessere socio-affettivo sessuale	32	24	35
Primo soccorso	66	65	65

Programmi organizzati di screening per patologia tumorale

Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), e diagnosticare la malattia il più precocemente possibile nelle fasce di popolazione a rischio, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria). Una campagna di screening consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche.

Anche nel corso del 2018 è proseguita l'attività del Servizio coordinamento screening con particolare riferimento alle seguenti funzioni:

- promuovere le attività di screening e l'adesione delle fasce di popolazione a rischio, al fine della diagnosi precoce delle patologie neoplastiche;
- creare le condizioni organizzative affinché le strutture ed i professionisti coinvolti nei programmi di screening oncologici (tumore colon-retto, tumore collo dell'utero, tumore mammella) possano svolgere il proprio ruolo nella maniera più coordinata ed efficace possibile;
- promuovere e facilitare un'azione coordinata e sinergica (fra Dipartimento di Prevenzione, Servizio territoriale e strutture ospedaliere) delle diverse iniziative di prevenzione.

L'attività e lo sviluppo dei programmi di screening vengono monitorati annualmente attraverso i dati regionali/provinciali trasmessi all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), attraverso le Survey riferite a ciascun programma e predisposte dal Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa. L'ONS pubblica i Rapporti annuali che intendono fornire un aggiornamento sui principali indicatori ed approfondimenti sulle attività in corso nei programmi italiani. I Rapporti sono disponibili sul sito dell'ONS, sono riferiti all'anno precedente a quello di pubblicazione e prendono in considerazione anche il biennio o il triennio precedente, a seconda del programma di screening.

I programmi di screening hanno subito negli ultimi anni importanti aggiustamenti in termini di riorganizzazione e di impatto sulla salute. Per il tumore della mammella si sta consolidando la nuova modalità di erogazione in due centri e basata sull'utilizzo della tomosintesi. Relativamente al cancro colo-rettale prosegue l'impegno di garantire la più ampia adesione possibile al percorso di secondo livello e di migliorare il follow-up. Il nuovo percorso di screening per il tumore del collo dell'utero con HPV-DNA test è stato avviato nel marzo del 2017 invitando le donne di 50-61 anni ad un prelievo ginecologico in consultorio. Il passaggio graduale da Pap-test ad HPV-test andrà a compimento nel 2019.

INDICATORE: Estensione dell'invito al target di riferimento per singolo programma di screening

Target popolazione: pap-test donne di 25-65 anni; mammografia donne di 50-69 anni; colon-retto donne e uomini di 50-69 anni. La diffusione dei programmi di screening organizzati è indice dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica territoriale. Lo standard atteso (come da Piano Nazionale e Provinciale di Prevenzione) è di essere oltre il 95% per tutti i programmi.

Tabella 10. ESTENSIONE dell'invito al programma di screening

	2015 (annuale)	2016 (annuale)	2017 (annuale)	2018 (annuale)
Cervice uterina	93%	98%	104%	100,5%
Mammella	100%	100%	108%	94,4%
Colon retto	100%	91%	103%	106%

INDICATORE: Adesione all'invito per singolo programma di screening

Questo indicatore valuta l'impatto e l'efficienza dei programmi di screening oncologico.

Standard desiderabile: cervice uterina > 60% (S.Anna di Pisa); mammella > 75% (GISMa); colon retto > 65% (GISCoR);
Standard accettabile: cervice uterina 40-50% (S.Anna di Pisa); mammella > 60% (GISMa); colon retto > 45% (GISCoR).

Tabella 11. ADESIONE ai programmi di screening

	2015	2016	2017	2018
Cervice uterina	40,0%	35,7%	53,2%	61,7%
Mammella	76,4%	81,0%	82,1%	83,9%
Colon-Retto	60,5%	55,2%	56,7%	56,2%

INDICATORE: Valutazione di performance degli screening oncologici ■ 4.285

Nel sistema di valutazione delle performance sanitarie regionali della scuola S. Anna di Pisa tale indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai sottoindicatori B5.1, B5.2, B5.3:

B5 Screening oncologici ■ 4,285

B5.1 Screening mammografico ■ 5,000

B5.1.1 Estensione screening mammografico ■ 103,2 %

B5.1.2 Adesione screening mammografico ■ 82,48 %

B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti • 99,37 %

B5.2 Screening cervice uterina ■ 4,03

B5.2.1 Estensione screening cervice uterina ■ 98,7%

B5.2.2 Adesione screening cervice uterina ■ 53,2 %

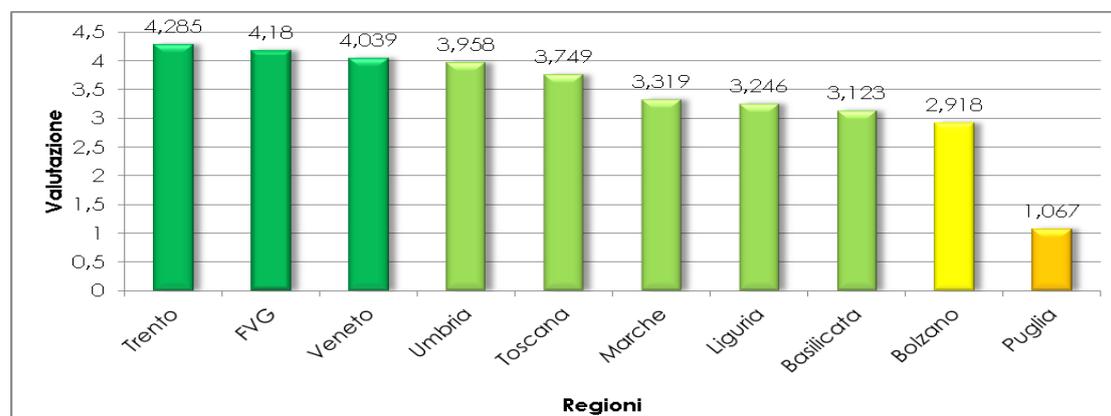
B5.3 Screening coloretale ■ 3,825

B5.3.1 Estensione screening coloretale ■ 97,4 %

B5.3.2 Adesione screening coloretale ■ 56,7 %

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2018 APSS ottiene una valutazione di performance ottima (4,285) e in miglioramento rispetto al 2017 (3,885), confermandosi la migliore realtà del network. Il miglioramento più significativo si è avuto con riferimento allo screening del tumore alla cervice uterina, registrando una percentuale di estensione ulteriormente migliorata (98,7%) rispetto al 2017 (95,47%).

Figura 10. Screening oncologici: confronto tra le regioni/PA aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2018



ASSISTENZA TERRITORIALE

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Lo sviluppo di un sistema socio-sanitario rappresenta la condizione ed il presupposto per strutturare ed articolare una risposta ai bisogni delle persone nelle situazioni di fragilità, attraverso l'offerta di una progettualità congiunta di interventi sanitari e di azioni di protezione sociale. Le aree di fragilità individuate dalla L.P. 16/2010 sono: materno – infantile, età evolutiva, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze.

Il denominatore comune delle situazioni di fragilità, pur in presenza di bisogni anche ampiamente diversificati, è la necessità di ricevere risposte articolate in modo integrato, sinergiche e tempestive rispetto all'insorgenza del bisogno, senza soluzioni di continuità nell'erogazione dei servizi, soprattutto nelle fasi di transizione delle diverse fasi sia della vita che della malattia.

Il programma di attività 2018 è stato impostato per dare continuità e consolidamento ai processi fondamentali dell'integrazione socio-sanitaria e per sviluppare progettualità innovative in linea con gli obiettivi assegnati dalla Giunta provinciale, orientati al potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'integrazione ospedale-territorio ed allo sviluppo di alcune linee operative per realizzare quanto previsto dal Piano provinciale della fragilità dell'età evolutiva, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 432 del 25 marzo 2016, per gli adolescenti portatori di disagio psichico e con sofferenza psichiatrica.

Le principali azioni realizzate nel 2018 sono state:

- continuità delle funzioni di valutazione dei bisogni nelle aree di fragilità sopracitate e attivazione di percorsi di presa in carico integrata socio sanitaria da parte dei Punti Unici di Accesso (PUA) in ogni Comunità di Valle;
- operatività in tutti gli ambiti territoriali delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) nelle 5 aree di fragilità individuate dalla norma. I dati relativi alle attività delle UVM area anziani sono riportati successivamente con indicatori specifici. I dati relativi alle altre aree di fragilità evidenziano un incremento del numero delle persone valutate in UVM nell'anno 2018, n. 531 persone complessivamente nelle aree disabilità, età evolutiva, dipendenze e salute mentale adulti, a fronte delle n.479 persone valutate dall'UVM nell'anno precedente. Permangono comunque le consuete modalità di integrazione tra servizi sanitari e sociali, che consentono attraverso incontri di rete la gestione di numerose situazioni in particolare nelle aree salute mentale adulti e dipendenze – alcologia;
- continuità nell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) in assistenza domiciliare integrata (ADI), SAD in ADI Cure Palliative (ADICP) e Assistenza Domiciliare per le persone con demenza (ADPD) in tutti gli ambiti territoriali di APSS. Nel 2018 è stato deliberato il rinnovo, fino al 31 dicembre 2023, dei contratti d'appalto, attivati il 1 gennaio 2015;
- gestione del processo di valutazione ed erogazione dell'assegno di cura (L.P. 15/2012). Nel 2018, è stata introdotta dalla Giunta Provinciale una modifica della disciplina dell'assegno di cura con la previsione di sospensione dell'assegno decorsi 90 giorni (precedentemente erano 30 giorni) nel caso di inserimenti di tipo "non definitivo" nelle strutture;
- attivazione delle progettualità per anziani, persone con demenza, disabili adulti e minori comprendenti le accoglienze nei Centri diurni anziani e socio riabilitativi, e nei Centri residenziali per adulti e minori e nelle Comunità socio sanitarie per adulti secondo le Direttive annuali della Giunta Provinciale;
- attivazione presso Nuova Casa Serena del Nucleo riabilitativo e socio-abilitativo per persone in età evolutiva con disabilità severa e profonda, denominato Il Quadrifoglio, con la finalità di promuovere lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze attraverso attività riabilitative, sociali - abilitative ed assistenziali (servizio estensivo) e la progettazione degli ulteriori servizi diagnostico, intensivo ed estivo, da attivare nel 2019;
- incremento di servizi diurni e di sollievo nelle strutture residenziali per disabili (Casa Serena, Villa Maria, don Ziglio) in risposta al fabbisogno rilevato dalle UVM a sostegno della domiciliarità di situazioni gravate da importanti disabilità;
- elaborazione ed avvio di nuove e specifiche modalità di gestione delle UVM per minori con disabilità, eleggibili per la rete delle cure palliative pediatriche, con disturbi e disagi psicopatologici. Per queste ultime situazioni è stato definito ed approfondito l'apporto dell'équipe multidisciplinare del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC) sia nel processo UVM, sia nella integrazione con la comunità socio sanitaria per minori Campotrentino dell'Associazione Provinciale Per i Minori (APPM);
- integrazione nella rete dei servizi socio sanitari dei progetti di prevenzione e sostegno della genitorialità fragile (Progetto Pinocchio)
- gestione della vigilanza tecnico-sanitaria ed amministrativa delle RSA e delle strutture socio sanitarie in integrazione con gli audit di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, con l'apporto dei professionisti di APSS nella progettazione delle nuove modalità e nella partecipazione alla formazione organizzata dalla PAT ed agli audit di verifica.
- attivazione e gestione in convenzione con le Comunità di Valle del Progetto Cohousing psichiatrico, intervento di "accoglienza adulti presso famiglie e singoli, previsto dalla normativa provinciale di settore quale misura alternativa ai servizi residenziali per persone che non possono essere adeguatamente assistite nel proprio ambito familiare. Il progetto prevede il sostegno delle famiglie e dei singoli che svolgono una funzione di accoglienza affettiva a persone con disagio psichiatrico, che può avvenire presso la casa dell'accogliente, in casa dell'accolto o in case messe a disposizione da associazioni/cooperative. I destinatari sono i pazienti seguiti dai Servizi di salute mentale e gli accoglienti;
- continuità nella gestione del progetto Progetto "Scommettiamo sui Giovani"

1.1.1 INDICATORE: Attività del Punto Unico di Accesso (PUA)

Nel 2018 sono state valutate dai PUA 5.463 persone; alcune persone sono state valutate più di una volta nel corso dell'anno, infatti le valutazioni risultano in numero significativamente maggiore (6.630); quindi sono 867 le valutazioni effettuate, successivamente alla prima.

La tabella riporta la distribuzione territoriale delle persone valutate, suddivise per genere, e del numero di valutazioni dei diversi PUA. Le persone valutate sono nel 59% dei casi donne.

Tabella 12. Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2017-2018. Fonte: Qlik Atlante PUA

PUA	ANNO 2017				ANNO 2018			
	F	M	Totale utenti	Totale valutazioni PUA	F	M	Totale utenti	Totale valutazioni PUA
PUA Borgo Valsugana	216	156	372	437	243	177	420	465
PUA Cavalese	106	64	170	206	137	87	224	266
PUA Cembra	46	39	85	98	44	50	94	99
PUA Cles	183	148	331	353	172	108	280	293
PUA Folgaria	27	13	40	49	27	12	39	44
PUA Malè	87	70	157	162	75	66	141	151
PUA Mezzolombardo (con Andalo)	203	151	354	408	177	125	302	314
PUA Pergine	342	237	579	665	338	233	571	675
PUA Pozza di Fassa	50	28	78	94	30	38	68	84
PUA Riva del Garda	227	144	371	378	201	148	349	352
PUA Rovereto	477	342	819	960	491	332	823	921
PUA Tione	293	156	449	586	213	127	340	443
PUA Tonadico	81	60	141	158	89	58	147	180
PUA Trento	806	543	1.349	1.537	992	661	1.653	1.949
PUA Valle dei Laghi	44	32	76	92	46	35	81	94
Totale	3.188	2.183	5.371*	6.183	3.275	2.257	5.532*	6.330

(*) la differenza tra il totale delle persone valutate sopra indicato (n. 5.463) e quelle riportate in tabella (n. 5.532) è legata al fatto che 69 persone sono state valutate in più di un PUA.

La tabella successiva riporta la distribuzione per fasce di età delle persone valutate nel 2018. Nell'88,3 % dei casi gli utenti hanno un'età uguale o superiore a 65 anni. Quasi 1 utente su 2 ha un'età uguale o superiore a 85 anni.

Tabella 13. Distribuzione per PUA e per fasce di età delle persone valutate anno 2018. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Fascia di età	% 2018	% 2018
0-4	0,20%	Età evolutiva e adulti 11,7%
5-14	1,10%	
15-24	1,06%	
25-34	0,57%	
35-44	0,97%	
45-54	2,62%	
55-64	5,18%	
65-74	12,02%	Anziani 88,3%
75-84	31,40%	
85-94	39,42%	
95-104	5,42%	
105 e oltre	0,04%	
Totale	100,00%	100%

La tabella seguente riporta in ordine di frequenza la provenienza della richiesta di valutazione del PUA per l'anno 2018.

I Medici di Medicina Generale e gli ospedali insieme concorrono a circa il 65% degli invii; servizi territoriali e servizi sociali contribuiscono per un ulteriore 15%; familiari e persone di riferimento per un ulteriore 6% mentre è minimo il numero di persone che portano al PUA la segnalazione del proprio problema.

Gli altri invianti (strutture residenziali, semiresidenziali, altri servizi) danno un contributo numericamente più limitato. Si segnala l'aumento degli invii da parte dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze pari a circa 3,6% del totale (1,4% nel 2017). Sono documentati anche alcuni percorsi proattivi per gli anziani fragili, anche in questo caso però la documentazione non copre tutte le situazioni valutate.

Tabella 14. Provenienza della richiesta di valutazione del PUA anno 2018. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Provenienza della richiesta di valutazione del PUA	Totale	%
Ospedale	2.188	34,57
MMG/PLS	1.976	31,21
Servizi Territoriali APSS	607	9,59
Familiare/Persona di riferimento	363	5,73
Servizi Sociali	358	5,66
CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	227	3,59
RSA/RSAO	172	2,72
Lungodegenza	164	2,59
RSA/RSAO – Segnalazione cure palliative	62	0,98
Strutture residenziali e semi residenziali	36	0,57
Hospice	15	0,24
Percorso Anziano Fragile	13	0,20
Utente è il richiedente	11	0,17
SMAC (Servizio Multidisciplinare Adolescenti Complessi)	3	0,05
Altro	135	2,13
Totale complessivo	6.330	100

Nell'anno 2018, in n. 4.712 situazioni è stata richiesta l'attivazione UVM; ciò significa che rispetto alle 6.195 pratiche a cui sono stati attribuiti uno o più esiti, nel 76% dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso UVM. Delle 4.712 richieste attivazione UVM, nell'89,2% dei casi si è trattato di persone con età uguale o superiore a 65 anni. La seconda e la terza voce più frequenti riguardano l'informazione/orientamento e l'attivazione di piani sanitari di assistenza domiciliare (l'attivazione di piani domiciliari integrati socio-sanitari è invece successiva ad una valutazione UVM).

Gli interventi di attivazione dei servizi sociali non sono numericamente elevati in quanto il servizio sociale gestisce direttamente le richieste a livello degli sportelli sociali/poli sociali, mentre al PUA sono inviate, anche da parte degli stessi servizi sociali, le situazioni più complesse che richiedono pertanto l'attivazione della UVM.

Tabella 15. Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2017 e 2018. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (NB: su una stessa pratica possono esse indicate più azioni intraprese)	Nr.	
	2017 (su 6.183 valutazioni PUA)	2018 (su 6.195 valutazioni PUA)
Attivazione UVM	4.719	4.712
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare	702	639
Informazioni/Orientamento	453	640
Attivazione Servizio Sociale	260	122
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSAO	59	45
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	32	19
Attivazione Psichiatria	48	15
Proposta nomina amministratore di sostegno	22	12
Attivazione risorse informali	23	27
Attivazione Neuropsichiatria Infantile	11	2
Attivazione Alcologia	9	10
Attivazione CDCA (Centro disturbi comportamento alimentare)	7	1
Attivazione SerD	3	5
Attivazione associazioni di volontariato	6	3
Attivazione Psicologia Clinica	3	4
Attivazione SMAC (Serv. Multidisciplinare Adolescenti Complessi)	2	0
Altro*	498	455

*con la voce "Altro" sono state documentate una serie di azioni intraprese dai PUA ad integrazione o alternative alle azioni classificate per rispondere ai bisogni delle persone e dei punti di attenzione relativamente alla attivazione della rete dei servizi.

1.1.2 INDICATORE: Attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare

UVM Anziani

Anche nel 2018 come nel 2017 si registra un lieve incremento delle persone anziane valutate, con una rimodulazione dei progetti assistenziali proposti attraverso un incremento nell'utilizzo del servizio di semiresidenzialità. Va considerato che le voci assistenza domiciliare e intervento servizio sociale sono sottodimensionate rispetto alla reale attivazione dei servizi che avviene anche in modo indipendente rispetto alla valutazione UVM.

Tabella 16. Numero utenti valutati anni 2014 – 2015 – 2016 - 2017 - 2018. Fonte: Qlik Atl@nte

Distretto	2014	2015	2016	2017	2018
Centro-Sud	1.245	1.268	1.247	1.381	1.456
Est	1.135	1.115	1.150	1.146	1.178
Centro-Nord	880	973	993	1.010	951
Ovest	464	460	512	596	578
Fuori Pat	7	7	2	3	3
Totale	3.731	3.823	3.904	4.136	4.166

Tabella 17. Esito UVM - codifica progetto assistenziale proposto area anziani anni 2014 – 2018. Fonte: Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale ⁽¹⁾	2014	2015	2016	2017	2018
Accoglienza in residenza (R.S.A.)	2.620	2.490	2.452	2.623	2.596
Assistenza domiciliare (ADI, ADICP, ADInf, SAD ecc...)	954	903	863	1.067	971
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	743	1.009	1.029	1.052	943
Accoglienza in residenza (R.S.A.O.)	661	644	693	613	626
Centro Diurno Anziani	489	427	530	559	711
Altro ⁽²⁾ (altri interventi, ADPD, ...)	173	282	364	228	177
Intervento Servizio Sociale	38	19	28	13	10

⁽¹⁾ Per la stessa persona possono essere proposti più progetti assistenziali

⁽²⁾ Nella voce altro è compresa l'Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza ADPD

UVM - Aree età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze

I dati relativi alle altre aree di fragilità evidenziano un incremento del numero delle persone valutate in UVM e del numero di valutazioni effettuate nelle aree della disabilità e dell'età evolutiva. Come riportato nelle premesse, per l'area della disabilità ciò è legato all'incremento di offerta per le gravi disabilità tramite il Servizio Quadrifoglio di ANFFAS e alla maggiore disponibilità di servizi diurni e di sollievo nelle strutture residenziali per disabili. Riguardo l'area età evolutiva, in attuazione di un obiettivo provinciale è stata operata una revisione del modello organizzativo delle UVM per i minori e si è consolidato il ruolo del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC), migliorando la valutazione tempestiva e la presa in carico complessiva da parte della rete dei servizi di minori con disturbi psicopatologici caratterizzati da un alto livello di complessità/gravità/criticità sintomatologica/comportamentale.

Lo strumento UVM è conosciuto dai servizi e ritenuto efficace per la gestione delle situazioni più complesse.

Tabella 18. Numero utenti valutati in UVM anni 2016 – 2017 - 2018. Fonte Qlik Atl@nte

Area di fragilità	Distretto Centro nord			Distretto Centro sud			Distretto Est			Distretto Ovest			Fuori PAT	Totale		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2018	2016	2017	2018
Età Evolutiva	25	23	30	26	31	28	15	22	22	7	12	20	2	73	88	102
Disabilità	16	26	33	11	25	29	66	85	112	19	21	32	0	112	157	206
Salute Mentale Adulti	11	14	10	27	36	32	8	11	10	8	18	15	0	54	80	67
Dipendenze	71	60	63	17	41	32	6	22	27	10	27	27	7	104	154	156

Tab 19. Esito UVM- progetto assistenziale proposto area età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze. Fonte Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale ⁽²⁾	2016	2017	2018
Strutture residenziali	176	227	320
Accoglienza in residenza (R.S.A. e R.S.A.O.)	18	16	27
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	3	7	20
Strutture semiresidenziali	36	68	76
Assistenza domiciliare (ADI, ecc...)	60	78	99
Intervento Servizio Sociale	23	26	32
Intervento Servizio Salute Mentale	13	30	17
Progetto NPI	25	18	16
Intervento Alcologia	10	12	11
Intervento SerD	8	9	5
Progetto di vita indipendente	13	24	16
Altro	72	127	116

⁽²⁾ Per la stessa persona possono essere proposti più progetti assistenziali.

Per dare evidenza alle progettualità a sostegno della domiciliarità valutate come appropriate dalla UVM e successivamente attivate, nelle tabelle seguenti si presentano alcuni dati che descrivono l'andamento dei servizi di assistenza domiciliare socio sanitaria negli anni 2015/2016/2017/2018: SAD in ADI e in ADI Cure Palliative, Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza (ADPD).

Nell'anno 2018 hanno beneficiato di questi servizi **810** persone. La tabella seguente riporta il numero degli utenti per le tre tipologie di servizio SAD. Le figure sotto riportate rappresentano il genere e le fasce di età per ciascuna tipologia di servizio.

Tabella 20. Numero utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anni 2015 - 2016 - 2017 - 2018. Fonte: Atl@nte

Servizio	N. Utenti	%	N. Utenti	%	N. Utenti	%	Nr. Utenti	%
	2015		2016		2017		2018	
SAD ADI	183	28	253	31	252	31	256	31
SAD ADICP	379	59	430	53	440	53	448	53
ADPD	85	13	128	16	132	16	133	16
TOT	647	100	811	100	824	100	837	100

NB: Le persone con più tipologie di progetti SAD sono conteggiate più volte.

Figure 11 e 12 : Distribuzione per genere utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2018. Fonte: Atl@nte

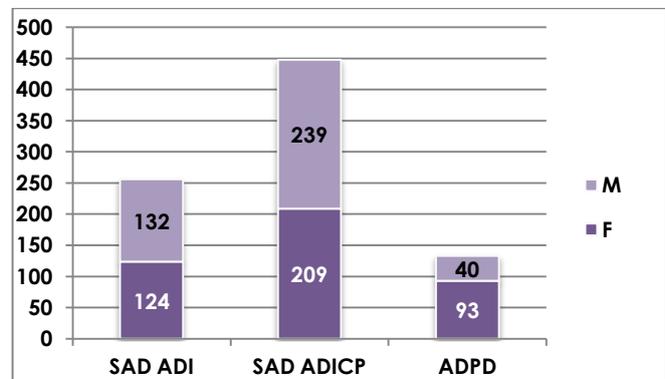
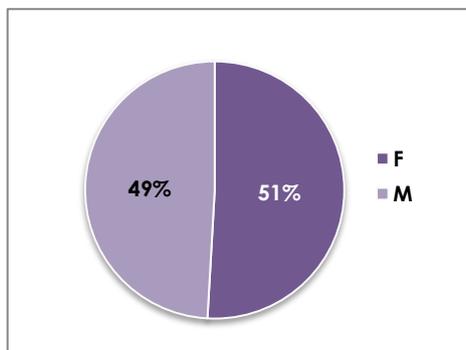
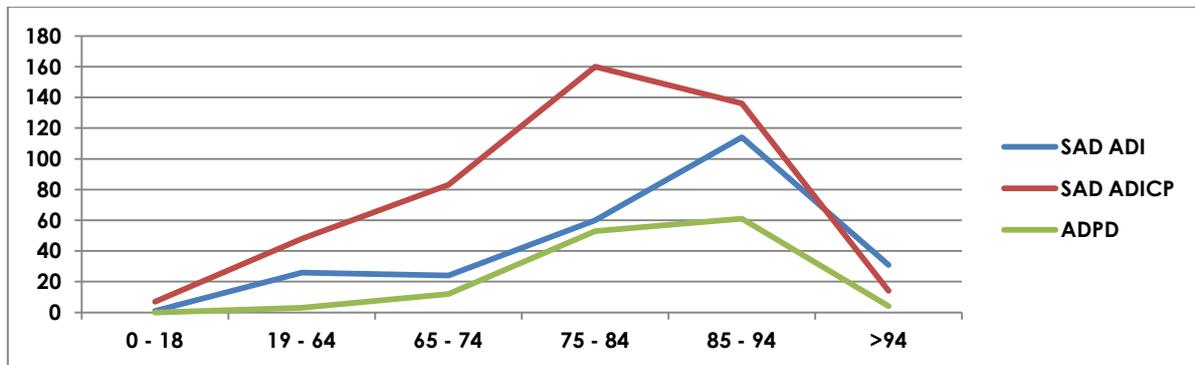


Figura 13 : Distribuzione per classi d'età utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2018. Fonte: Atl@nte



Tra tutti i pazienti che nell'anno 2018 hanno avuto piani ADI e/o ADI CP, il numero di quelli che contemporaneamente hanno beneficiato del servizio SAD corrisponde a circa il 30%, in continuità con dati relativi agli anni precedenti (nel 2015 era stato pari al 26%, nel 2016 al 31% e nel 2017 al 31%).

I dati sull'utilizzo delle ore delineano alcune caratteristiche dell'utenza e dei progetti assistenziali:

- nel SAD in ADI a supporto della cronicità il tempo di presa in carico è di lunga durata e la famiglia spesso si avvale anche di altre risorse, quale l'assistente familiare privata. La fascia di età 85-94 è la più rappresentata, e sul totale prevalgono leggermente gli uomini (132 uomini su 256 presone totali);
- nel SAD in ADI Cure Palliative, a supporto delle fasi di fine vita, il tempo di presa in carico è di breve durata, spesso alcune settimane. Anche per questo servizio vi è una prevalenza di uomini (239 su 448 persone totali);
- nell'ADPD, a supporto dell'assistenza per le persone con demenza, con finalità prevalentemente educative o di sollievo al caregiver familiare o in affiancamento all'assistente familiare privata, la media delle ore settimanali si attesta su un numero più basso rispetto alle altre modalità di assistenza. Prevalgono nettamente le donne, in coerenza con l'epidemiologia della malattia.

I servizi di assistenza domiciliare socio-sanitaria, proprio per la complessità dei bisogni delle persone integrano l'impegno dei caregiver familiari nell'assistenza e supportano la famiglia offrendo l'opportunità di mantenere la persona a casa propria il

più a lungo possibile. L'incremento del numero di persone che hanno accettato il servizio esprime la capacità delle rete di proporre interventi percepiti utili dalle famiglie.

1.1.3 INDICATORE: Centri diurni per anziani - appropriatezza di accesso al servizio

I Centri Diurni per anziani costituiscono un fondamentale servizio socio-sanitario, all'interno di una rete complessiva di servizi e di interventi, a sostegno del mantenimento al proprio domicilio delle persone parzialmente non autosufficienti e della tenuta della rete dei familiari e dei caregiver. Nel 2018 sono stati operativi 32 servizi semiresidenziali per anziani, di cui 23 Centri Diurni (di cui 2 CD Alzheimer a Trento e Rovereto) per un totale di 327 posti, 7 servizi di presa in carico diurna continuativa (di cui l'ultimo attivato presso l'APSP Cavedine) per un totale di 28 posti disponibili e 2 servizi di presa in carico diurna continuativa per persone con demenza per un totale di 4 posti disponibili.

Possono essere inseriti nei Centri Diurni e nel servizio di presa in carico diurna continuativa gli anziani con diversi gradi di non autosufficienza. I profili socio sanitari appropriati per l'ingresso nei Centri Diurni sono indicati nelle direttive annuali della Giunta Provinciale, e fanno riferimento alla classificazione dei Profili Scheda Valutazione Multidimensionale (SVM).

Nei due Centri Diurni Alzheimer possono essere inseriti gli anziani con un diverso grado di non autosufficienza in possesso di certificazione di diagnosi specialistica di malattia di Alzheimer o di altra demenza di grado lieve o moderato.

Nel 2018, nei Centri diurni sono state accolte n. 732 persone; di queste 316 (43,2%) hanno avuto una durata della presa in carico pari o inferiore a 12 mesi, mentre 416 hanno avuto una durata di presa in carico superiore ai 12 mesi (56,8).

Il 67,5% dell'utenza complessiva è costituito da donne. Per quanto riguarda l'età, il 74,8% degli utenti ha più di 75 anni, e di questi il 45,7% ha un'età uguale o superiore a 85 anni. I dati confermano che la popolazione che frequenta i centri diurni è prevalentemente femminile e molto anziana. Anche per alcuni "grandi anziani" il servizio rappresenta un livello di offerta assistenziale a sostegno della domiciliarità.

La percentuale degli utenti con profili indicati nelle direttive provinciali come appropriati per l'accesso ai centri (profili n.2, 3, 6, 7, 8), è pari al **76,3%** (70,1% nel 2016; 75,5% nel 2017), a cui va aggiunto un ulteriore **15,2%** (20,1% nel 2016; 16,6% nel 2017) di utenti con profilo 1 (lucido, autonomo) per il quale le direttive prevedono l'inserimento se la persona vive in un contesto con "grave e prolungato isolamento sociale e non è presente un Centro Servizi nel territorio di residenza". Complessivamente quindi la percentuale di utenti inseriti nei centri diurni anziani con profili indicati come appropriati è pari a **91,5%** (92,1% nel 2017). Gli utenti con profili diversi da quelli indicati nelle direttive richiedono valutazioni individualizzate.

Dai dati emerge che il **49,5%** degli utenti dei Centri diurni e dei posti di presa in carico diurna continuativa è stato valutato portatore di disturbo cognitivo (classificato confuso nel profilo SVM) e/o problemi comportamentali, indicando quanto è presente il bisogno di una accoglienza diurna socializzante a supporto della permanenza a domicilio di anziani fragili.

La percentuale degli utenti con servizio di Centro diurno Alzheimer e servizi di presa in carico diurne continuative per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento con profili n. 6-7-8-16-17, indicati nelle direttive provinciali come appropriati, è pari al **91,6%** (87,5% nel 2016; 92% nel 2017).

1.1.4 INDICATORE: Assegno di cura - verifica dell'assistenza

L'assegno di cura è una prestazione assistenziale che viene erogata per favorire la permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio, integrando l'indennità di accompagnamento. La Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1034 del 22 giugno 2015, approvando il disciplinare di applicazione dell'assegno di cura, all'art. 9 dello stesso, "Verifica dell'assistenza erogata", dispone che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, in accordo con i servizi sociali della Comunità, verifichi l'adeguatezza e l'appropriatezza dell'assistenza prestata alla persona non autosufficiente, attraverso le UVM. Disciplina inoltre che il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) venga rivisto qualora l'UVM accerti un'inadeguatezza nell'assistenza da parte dei familiari e che l'assegno di cura venga utilizzato per l'acquisto o per la compartecipazione al costo dei servizi. In caso di rifiuto non si procede alla sottoscrizione del PAI e quindi l'assegno di cura viene revocato.

Le persone beneficiarie di assegno di cura nell'anno 2018 sono state 3.747 di cui 2.092 con più di 65 anni per un ammontare di spesa pari a € 11.962.198 (€ 11.551.379 nel 2017, € 10.650.819 nel 2016, € 9.755.756 nel 2015). I controlli si aggiungono alle attività di revisione del PAI effettuate in modo programmato dalle UVM o effettuate in occasione di richieste di rivalutazione per aggravamento e di passaggio di fascia di età.

Tabella 21. Percentuale di controlli effettuati sul totale dei beneficiari (anni 2015 - 2016 - 2017 - 2018)

Anno 2015			Anno 2016			Anno 2017			Anno 2018		
N. benef.	N. controlli	% controlli	N. benef.	N. controlli	% controlli	N. benef.	N. controlli	% controlli	N. benef.	N. controlli	% controlli
2.951	88	3%	3.429	106	3%	3.606	144	4%	3.747	135	3,6%

I controlli sono stati effettuati in maniera prevalente (tra il 64% e 73%) sui livelli di gravità maggiore, in quanto sono quelli con benefici economici più elevati (3° livello: da 300 a 600 euro mensili; 4° livello: da 500 a 1.100 euro mensili, a seconda dell'indicatore ICEF). Tra gli esiti del controllo prevale la conferma del PAI. Nei quattro anni di analisi non è stato revocato alcun assegno di cura a seguito della attività di verifica. Nei casi in cui l'UVM abbia riscontrato delle criticità nella gestione dell'assistenza sono stati rivisti i piani assistenziali, sono state individuate modalità alternative di gestione dell'assistenza e sono stati intensificati i contatti con le famiglie. La necessità di rivalutare e ridefinire il PAI è avvenuta nel 10,4% dei casi nel 2016, nel 11,1 % dei casi nel 2017 e nel 4,5% dei casi nel 2018.

Tabella 22. Attività di verifica dell'assistenza erogata (anni 2016 - 2017 - 2018)

Livello gravità	Verifica AC anno 2016				Verifica AC anno 2017				Verifica AC anno 2018			
	N. controlli	Esito controllo			N. controlli	Esito controllo			N. controlli	Esito controlli		
		Conferma PAI	Rivalut. UVM	Revoca		Conferma PAI	Rivalut. UVM	Revoca		Conferma PAI	Rivalut. UVM	Revoca
L 1	2	2	0	0	3	2	1	0	2	2	0	0
L 2	27	26	1	0	44	35	9	0	46	43	3	0
L 3	43	39	4	0	55	52	3	0	51	48	3	0
L 4	34	28	6	0	42	39	3	0	36	36	0	0
Totale	106	95	11	0	144	128	16	0	135	129	6	0

1.1.5. INDICATORE: La rete clinica per i disturbi cognitivi e le demenze - attività 2018.

Nel 2018 è stata data applicazione al PDTA per le persone con demenza e le loro famiglie, approvato con delibera della Giunta provinciale n. 2350 del 28 dicembre 2017, anche attraverso l'attivazione della rete clinica disturbi cognitivi e demenze (delibera del Direttore Generale di APSS del 12 dicembre 2017 n. 497).

Nel corso dell'anno 2018 gli ambulatori della rete clinica per i Disturbi Cognitivi e le Demenze sono stati attivamente impegnati nell'implementazione delle prime valutazioni in pazienti non noti e delle visite di controllo per utenti già presi in carico. In tal senso si è registrato un incremento delle prestazioni superiore al 20% rispetto ai dati dell'anno 2017. E' stato inoltre sviluppato ulteriormente il programma informatizzato "SIO CDCD" per la gestione e la registrazione dei pazienti con la possibilità di trasmettere, previo consenso informato, il nominativo della persona visitata, e giudicata portatrice di un disturbo cognitivo, all'infermiere referente del Punto Unico di Accesso per la successiva presa in carico assistenziale e con coinvolgimento dell'Unità Valutativa Multidisciplinare per l'eventuale attivazione di servizi socio-sanitari. Questi ultimi sono rappresentati dalla frequenza presso Centri Diurni, dall'attivazione del Servizio Assistenza Domiciliare per Pazienti affetti da Demenza, dal servizio pasti a domicilio, telesoccorso/telecontrollo, inserimento temporaneo su posti di sollievo o definitivo in struttura residenziale (RSA), assistenza domiciliare infermieristica e medica, attivazione Amministratore di Sostegno.

Nel corso dell'anno 2018 è proseguita la collaborazione dei medici specialisti con l'U.O. di Psicologia Clinica ed in particolare con le due neuropsicologhe inserite nell'equipe della rete che hanno preso in carico 401 pazienti effettuando prime valutazioni ed incontri di follow up rispettivamente negli ambiti Centro Nord e Centro Sud.

E' stata infine predisposta una procedura ed una collaborazione fra gli specialisti CDCD e il servizio di Medicina Nucleare di APSS per la richiesta di prestazioni diagnostiche di secondo livello in casi selezionati.

Di seguito si riportano l'attività diagnostica effettuata dai CDCD e le principali caratteristiche degli pazienti seguiti dalla rete.

Tabella 23. Nr. visite CDCD anno 2018. Fonte: Qlik CDCD

Ambito	Prime Visite	Visite di controllo
CENTRO NORD	478	728
CENTRO SUD	527	765
EST	89	234
OVEST	84	76
Totale	1.178	1.803

Figura 14 : Distribuzione prime visite e visite di controllo per CDCD anno 2018. Fonte: Qlik CDCD

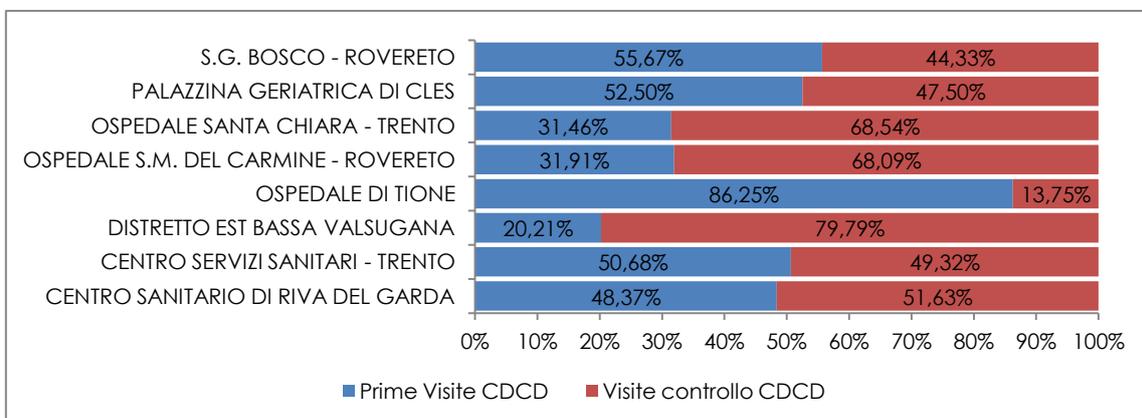


Tabella 24. Nr. prime visite per CDCD anno 2018. Fonte: Qlik CDCD

CDCD	ANNO 2018
U.O. CURE PRIMARIE TRENTO Centro Servizi Sanitari	256
U.O. GERIATRIA TRENTO Santa Chiara	164
U.O. NEUROLOGIA TRENTO Santa Chiara	54
U.O. GERIATRIA ROVERETO Santa Maria del Carmine	85
U.O. GERIATRIA ROVERETO San Giovanni Bosco	165
U.O. NEUROLOGIA ROVERETO Santa Maria del Carmine	111
U.O. CURE PRIMARIE RIVA / MEDICINA TIONE	143
U.O. CURE PRIMARIE CLES	84
PSICHIATRIA BORGO VALSUGANA	47
PSICHIATRIA CAVALESE	42
TOTALE	1178

Figura 15: Distribuzione per genere pazienti CDCD anno 2018. Fonte: Qlik CDCD

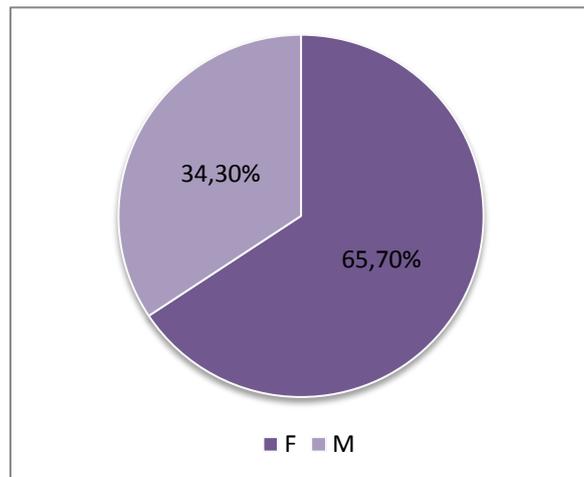
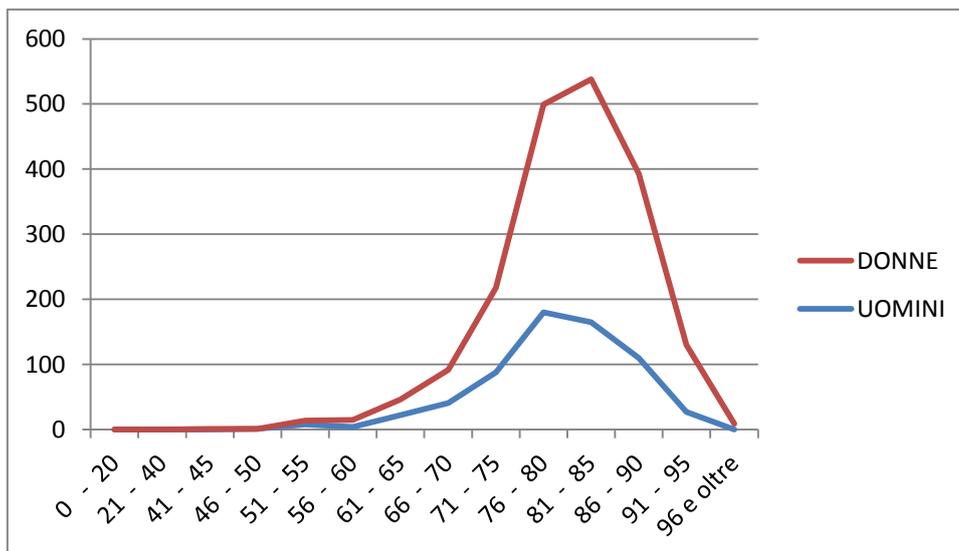


Figura 16: Distribuzione per classi d'età pazienti visitati in CDCD anno 2018. Fonte: Qlik CDCD



ASSISTENZA DI BASE

La Medicina di Base assicura l'assistenza sanitaria dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, professionisti in convenzione con APSS.

In provincia sono presenti n. 345 Medici di Medicina Generale a fronte di una popolazione di età superiore ai 14 anni pari a 463.442 e n. 72 Pediatri di Libera Scelta per un numero complessivo di pazienti dai 0 ai 14 anni pari a 77.656.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta erogano prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura sia in forma ambulatoriale che a domicilio in collaborazione con le unità operative di Cure Primarie; i cittadini effettuano la scelta medica relativamente al medico e/o al pediatra presso gli uffici prestazioni dei Servizi Amministrazione dislocati sul territorio.

1.2.1 INDICATORE: Efficacia assistenziale territoriale: tassi d'ospedalizzazione delle patologie croniche

Uno degli indicatori con cui può essere misurata l'efficacia dell'assistenza di base è il "tasso di ospedalizzazione" dei pazienti affetti da patologie croniche, quali, ad esempio, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o diabete. Infatti una minore ospedalizzazione di questi pazienti è indirettamente indice di una buona presa in carico e di una corretta gestione dei pazienti a domicilio a cura del medico di famiglia o del pediatra, limitando il ricorso all'ospedalizzazione. Le patologie croniche dovrebbero essere gestite principalmente a livello territoriale secondo specifici percorsi di diagnosi e trattamenti, comprensivi degli interventi per la prevenzione e per l'educazione sanitaria, riservando le ospedalizzazioni ai soli casi complessi.

Dai dati raccolti si evidenzia in generale una buona presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (scompenso cardiaco – BPCO – complicanze diabete) in quanto il tasso di ospedalizzazione si è mantenuto relativamente stabile nell'ultimo triennio.

Nelle figure 17, 18 e 19 vengono confrontati con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa i tassi di ospedalizzazione della provincia di Trento del 2018 per scompenso cardiaco (performance ottima, migliorata rispetto all'anno precedente), BPCO (performance ottima) e complicanze del diabete (performance media).

Figura 17: C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2018

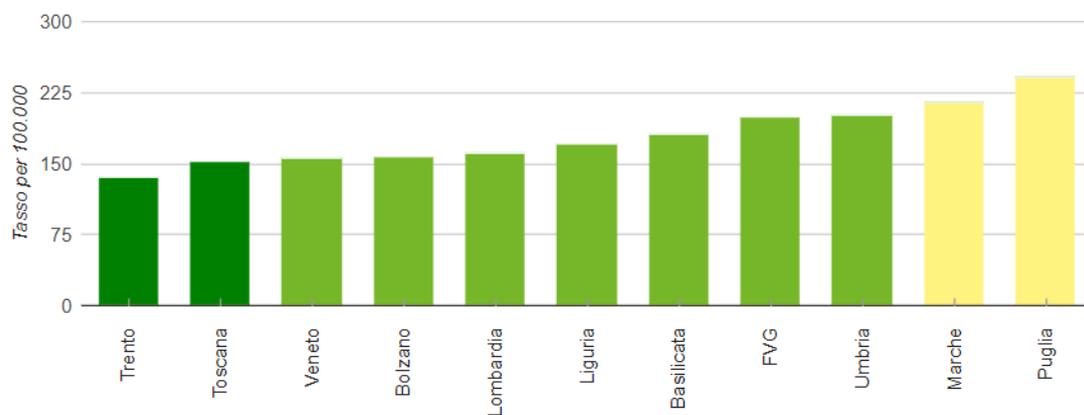


Figura 18: C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2018

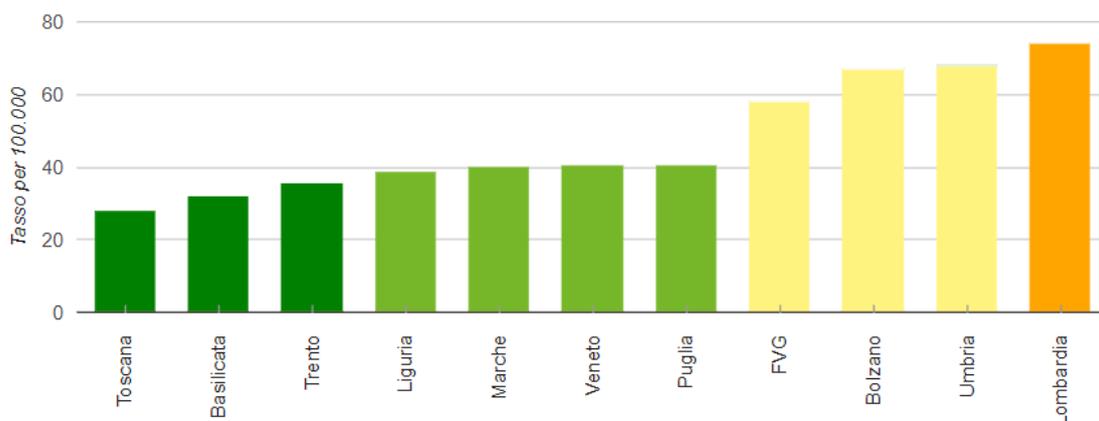
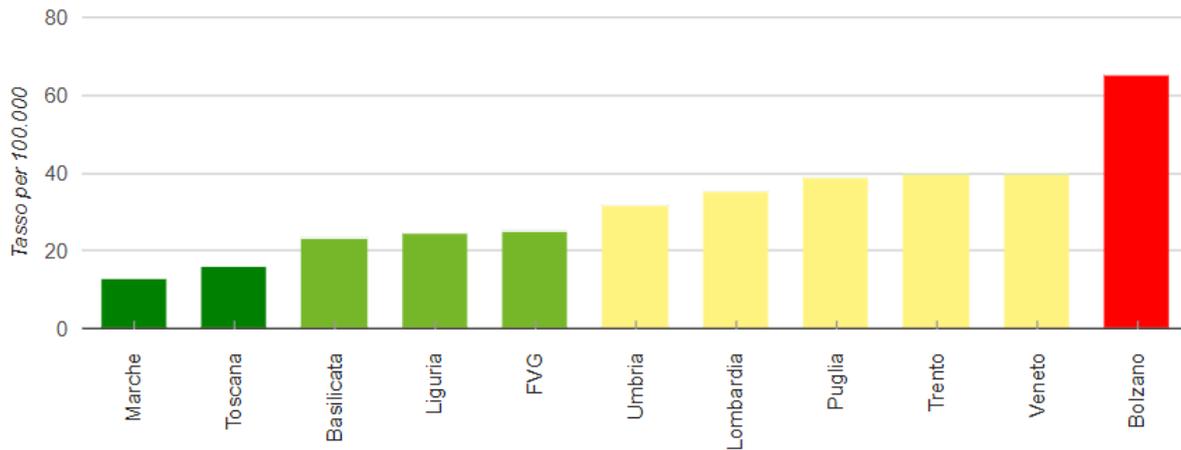


Figura 19: Tasso di ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti (35 – 74 anni). Anno 2018

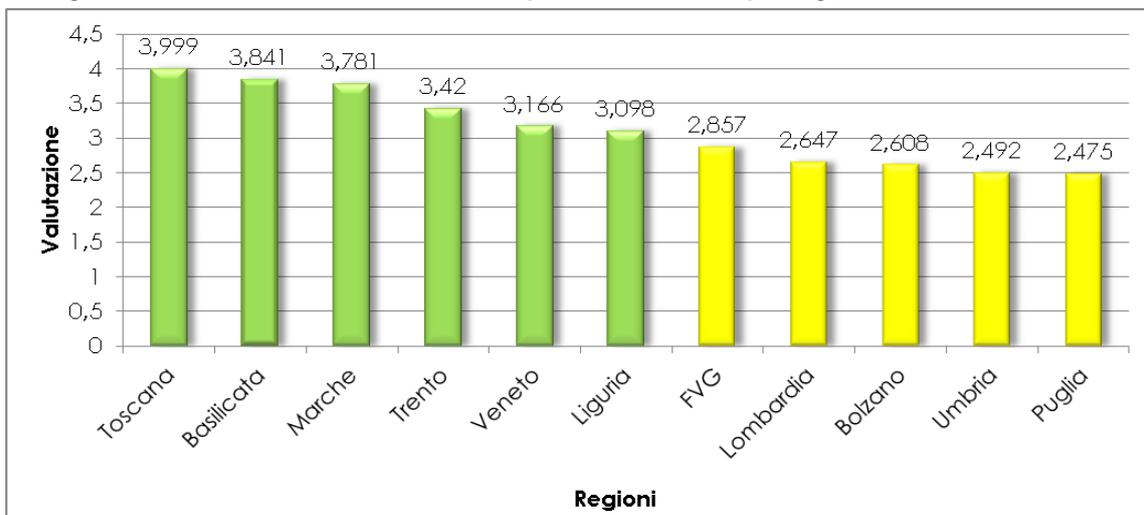


L'indicatore complessivo "efficacia assistenziale territoriale" assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è riportato in parentesi):

- (25%) C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) ■ **163,12 per 100.000**
- (25%) C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) ■ **39,64 per 100.000**
- (25%) C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) ■ **23,05 per milione**
- (25%) C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) ■ **35,61 per 100.000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2018 APSS ottiene una valutazione di performance buona (3,420) e in aumento rispetto all'anno precedente, con un netto miglioramento del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti tra 50 e 74 anni, collocandosi tra le migliori del Network.

Figura 20: Efficacia assistenziale territoriale: ospedalizzazione delle patologie croniche. Anno 2018



1.2.2 INDICATORE: Efficacia assistenziale dei pazienti in età pediatrica: tasso ospedalizzazione pazienti < 14 anni

La presa in carico dei pazienti di età < 14 anni e la loro gestione sul territorio, limitando il ricorso all'ospedalizzazione, è un importante indicatore indiretto dell'efficacia dell'assistenza erogata. I dati del trentino sono sostanzialmente analoghi negli anni 2017 e 2018. Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2018 APSS risulta fra le realtà più virtuose con un tasso di ospedalizzazione pari a 6,80/100 (vedi figure 21 e 22). Ciò è verosimilmente dovuto ad un positivo raccordo tra pediatri della Rete ospedaliera e pediatri del territorio, nonché al miglioramento della Continuità Assistenziale e alla valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie.

Figura 21: C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)

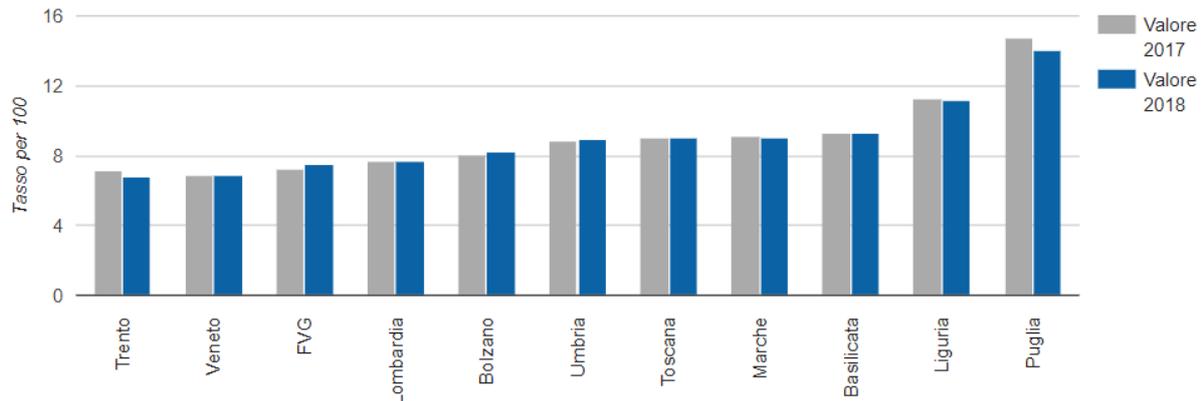
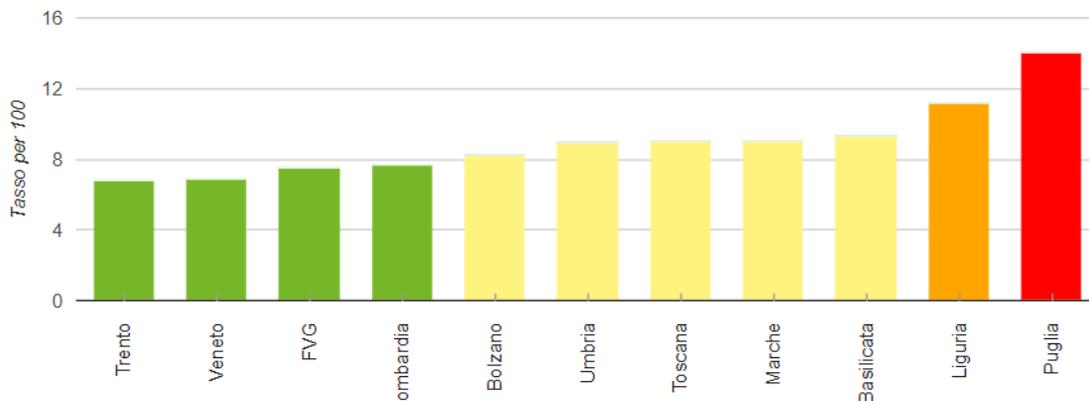


Figura 22: C7.7 Tasso di ospedalizzazione per 100 residenti (<14 anni) – Anno 2018



1.2.4 INDICATORE: Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica

Tale indicatore esprime la qualità dell'assistenza in età pediatrica attraverso la misurazione di una serie di indicatori clinico-sanitari, scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale, che della condivisione con i professionisti.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):

C7D Pediatria **3,662**:

(15%) C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni) **6,8 per 100**

(15%) C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) **30,53 per 100**

(10%) C7D.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) **16,309 per 100.000**

(10%) C7D.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni **42,115 per 100.000**

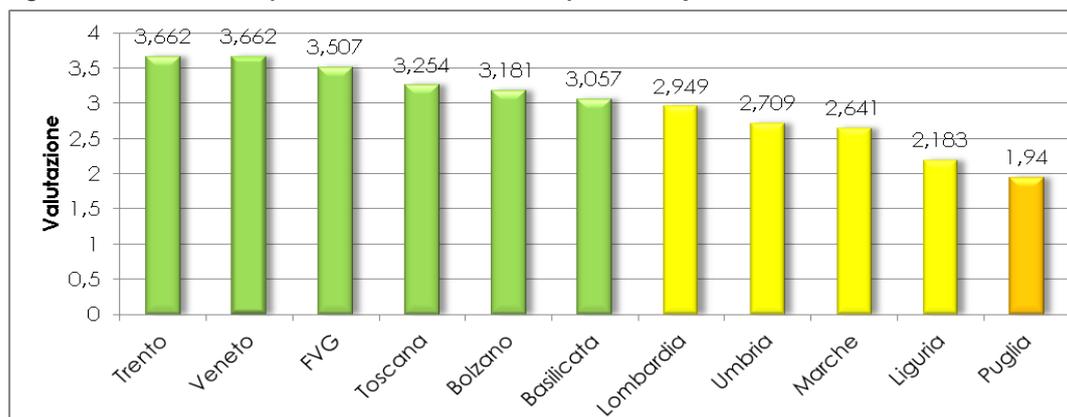
(15%) C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti **271,38 per 100.000**

(20%) C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

(15%) C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica **1,54 DDD per 1000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2018 APSS risulta sopra la media del Network con una valutazione di performance buona (3,662).

Figura 23: Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica (Network - S. Anna di Pisa; anno 2018)



1.2.5 INDICATORE: Stili di vita - sedentarietà e percentuale persone obese e in sovrappeso

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i Paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardio-vascolari, osteoporosi e depressione. La Provincia di Trento (PAT), come evidenziato dai dati emersi dallo studio Passi, presenta una percentuale di persone sedentarie del 18,62% inferiore rispetto alla media nazionale (29.238). Anche nel confronto con le altre Regioni italiane del Network Regioni - S. Anna di Pisa, la PAT ha una delle percentuali minore di sedentari. Allo stesso modo anche la percentuale di persone obese e in sovrappeso 33,02% risulta inferiore rispetto alla media italiana e del Network (39.843)

Figura 24. A10.1.1 Percentuale di sedentari – Anno 2018

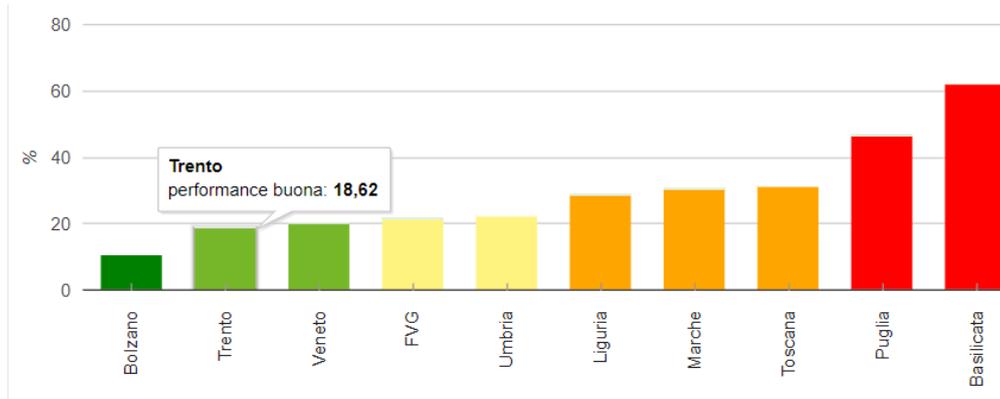
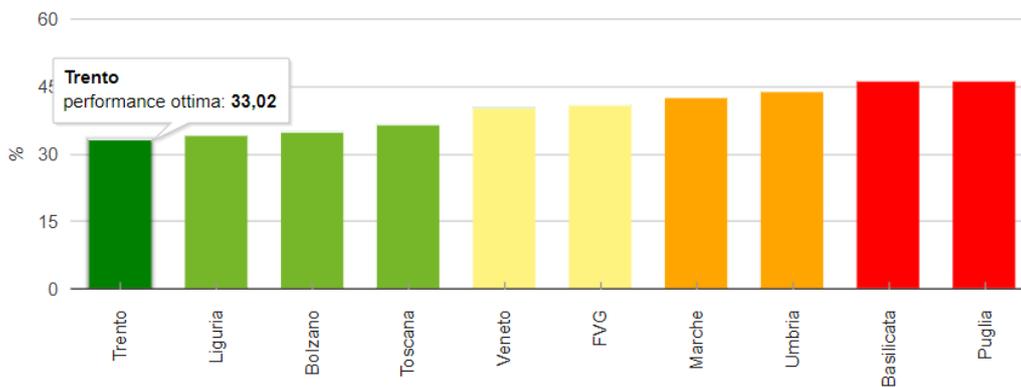


Figura 25. A102.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso – Anno 2018

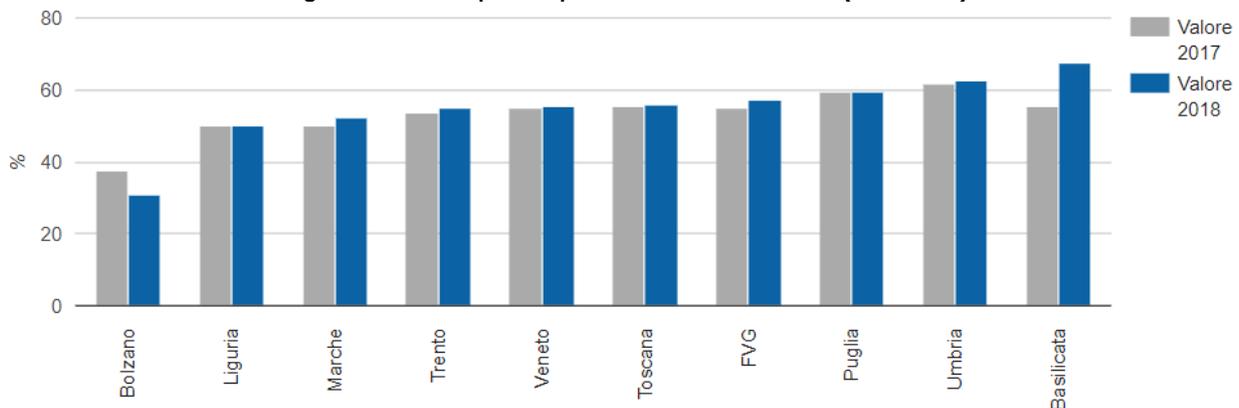


1.2.6 INDICATORE: Copertura vaccinazione antinfluenzale per gli anziani.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un intervento di sanità pubblica in grado di prevenire ricoveri per le complicanze, soprattutto negli anziani. Negli ultimi anni, sono stati avviati vari percorsi formativi rivolti agli operatori dei servizi vaccinali, ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, al fine di condividere le modalità di promozione delle vaccinazioni, In aggiunta, sono state attivate una serie di campagne informative per la popolazione.

Il dato relativo alla copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64 anni risulta positivo rispetto alle aspettative, Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2018 per la copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64, APSS risulta fra le realtà che hanno margini di miglioramento.

Figura 26. B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (> = 65 anni)



1.2.7 INDICATORE: Valutazione di performance dell'integrazione ospedale-territorio

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure coordinando il lavoro dei diversi professionisti che accompagnano il passaggio del paziente da "ospedale" a "territorio" - cioè a domicilio o in strutture intermedie - con una presa in carico adeguata e continuativa.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure deve seguire appositi "percorsi" con una presa in carico da parte di un team dotato di competenze sociali e sanitarie. La carenza di strumenti e processi di integrazione può comportare la riduzione dell'efficacia delle cure, la percezione di mancata presa in carico ed un utilizzo inappropriato delle risorse.

L'efficacia delle attività territoriali ed il loro grado di integrazione con le attività ospedaliere, può essere misurata in modo indiretto monitorando le ospedalizzazioni di lungo periodo o ripetute, gli accessi al pronto soccorso o le ospedalizzazioni per patologie specifiche che potrebbero essere ben seguite e livello ambulatoriale o domiciliare.

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, l'indicatore di performance dell'integrazione ospedale-territorio ha una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):

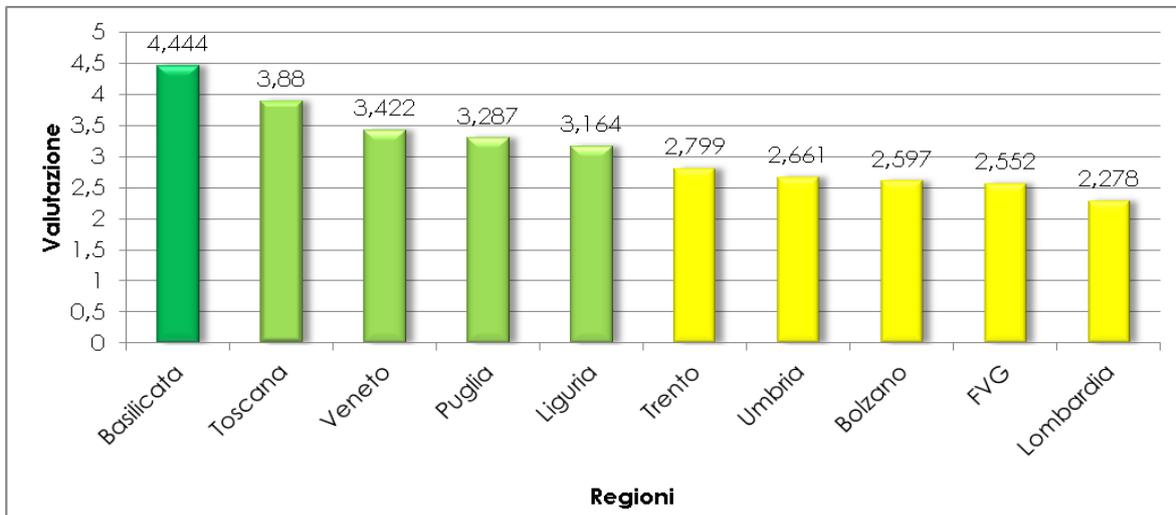
(40%) C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre a 30 giorni per 1.000 residenti **1,34 per 1.000**

(20%) C8 B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso **347,2 per 1.000**

(40%) C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti **8.42 per 1.000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2018 l'indicatore di sintesi per APSS risulta nella media (2,799).

Figura 27: Indicatore di performance dell'integrazione ospedale-territorio (Network Regioni - S. Anna di Pisa; anno 2018)



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il servizio di continuità assistenziale (guardia medica) assicura l'assistenza negli orari non coperti dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, quindi in giornate festive e prefestive e per le urgenze notturne. L'attività è suddivisa tra visite ambulatoriali interventi domiciliari e consulenze telefoniche.

Il numero totale di ore di apertura del servizio è stato pari a 175.809

Nel novembre 2016 un'importante ristrutturazione ha portato alla chiusura di alcune sedi di guardia medica, con una diminuzione complessiva delle ore di apertura. Nonostante ciò, le prestazioni totali complessivamente erogate sono aumentate. Sono rimaste sostanzialmente stabili le visite domiciliari, che rappresentano l'intervento più determinante a garanzia della continuità dell'assistenza nelle ore notturne e festive, soprattutto per i pazienti più complessi, in ADI ed in ADI-CP.

Tabella 25. Servizio di continuità assistenziale: dati attività periodo 2013-2017

Anno	Ore apert.	Cons. Tel.	Interv. ambul.	Interv. dom.	tot. Interventi	Ricoveri prescritti	% dom/ tot.	% amb/ tot.	% tel./ tot.	% ric./ tot.
2013	221.359	13.348	67.631	12.827	93.806	7.233	13,70	72,10	14,20	7,70
2014	227.242	15.204	72.459	13.047	100.710	8.141	12,96	71,95	15,10	8,08
2015	227.521	15.910	75.370	12.912	104.192	7.962 (*)	12,39	72,34	15,27	7,64
2016	217.792	16.965	65.151	12.866	104.402		12,30	62,40	16,20	8,80
2017	175.719	21.920	69.265	12.212	112.047		10,9	61,8	19,6	7,90
2018	175.809	19.059	74.102	10.470	111.477		10,64	66,47	17,09	6,90

Legenda: (*) Il totale comprende: disposto ricovero in ospedale n. 333; attivato Trentino emergenza 118 n. 1581 e inviato al Pronto Soccorso n.6834 (Fonte dati Qlik - Continuità assistenziale)

CURE DOMICILIARI

Il progressivo invecchiamento della popolazione degli ultimi anni è confermato anche dai dati demografici: sono 60.846 le persone con più di 75 anni in Trentino su una popolazione di 541.098 (dati del 1 gennaio 2019). L'indice di vecchiaia, lievemente aumentato, è di 153,7, il che significa che ogni 100 giovani con meno di 14 anni ci sono 154 persone con più di 65 anni.

Questo dato, anche se inferiore a quello nazionale (173,1), ha un impatto sui servizi sanitari, in quanto aumentano le persone che, a causa di una malattia cronica e della progressiva perdita dell'autosufficienza, necessitano delle cure domiciliari, che prevedono la presa in carico domiciliare da parte del medico di medicina generale e dell'infermiera territoriale. Questa è possibile solo in presenza di un supporto familiare, o di una rete di aiuto informale, e quando le condizioni di salute della persona lo permettano.

Le cure domiciliari si suddividono in quattro livelli di complessità:

- assistenza infermieristica occasionale (AIO);
- assistenza domiciliare infermieristica (ADInf);
- assistenza domiciliare programmata (ADP);
- assistenza domiciliare integrata (ADI), comprese cure palliative (ADICP).

Per tutte le cure domiciliari non occasionali, la presa in carico è preceduta da una valutazione multidimensionale del paziente, che ha l'obiettivo di valutare i suoi bisogni, sia sanitari che psicologici e sociali, per elaborare anche con la collaborazione del malato e della sua famiglia, un piano assistenziale individualizzato (PAI).

1.4.2 INDICATORE: Prevalenza di persone assistite a domicilio ogni 1000 residenti.

L'indicatore mostra quanti sono gli assistiti a domicilio rispetto alla popolazione in generale,

La maggior parte degli utenti assistiti a domicilio appartiene alla fascia della popolazione over 74 anni, fascia di età che si caratterizza per l'elevata vulnerabilità e fragilità, la compresenza di due o più malattie croniche, la perdita dell'autosufficienza.

Gli utenti presi in carico nel 2018, come evidenziato nella tabella sottostante, dimostrano lievi differenze tra i diversi ambiti territoriali, in riduzione rispetto agli anni precedenti

Tabella 26

Utenti in Carico 2018	Popolazione Residente	N° Utenti con Accessi	Tasso/1000 ab.
CENTRO NORD	132.429	2.309	17,44
EST	121.320	2.018	16,63
OVEST	101.170	1.756	17,36
CENTRO SUD	182.497	3.739	20,49
Totale	537.416	9.711	17,98

Nel corso dell'anno 2018 si è progressivamente transitati al sistema @home per la gestione dei pazienti in Cure Domiciliari e Palliative. Progressivamente i diversi ambiti territoriali hanno dismesso SIT implementando l'utilizzo di @home. Ciò ha comportato una valutazione più puntuale rispetto ai livelli di intensità assistenziale, essendo cambiata la modalità di classificazione.

Sono aumentati complessivamente i casi di presa in carico (cioè di tutti i piani di cura che non consistano solo in interventi occasionali), e si è conseguita anche una maggior omogeneità dei dati tra i diversi ambiti territoriali.

Una maggior uniformità tra gli ambiti è inoltre stata raggiunta con l'adozione di strumenti e procedure omogenee per la comunicazione con le famiglie (lettere di comunicazione ai pazienti), per la gestione delle rendicontazioni di accessi e prestazioni di particolare impegno dei medici di medicina generale e pediatri ed infine per i criteri di attivazione e organizzazione delle attività socio assistenziali (SAD) erogate da APSS.

Il sistema di pianificazione delle attività gestito da @home, e la formazione di tutti i professionisti all'uso del sistema, hanno consentito anche di rivedere logiche e criteri di presa in carico, rappresentando un ulteriore volano rispetto alla maggiore omogeneità sul territorio.

SERVIZI CONSULTORIALI

I Consultori sono servizi con funzioni di consulenza, promozione della salute, assistenza sanitaria, psicologica e sociale (Legge 29 Luglio 1975 n.405 e Legge Provinciale 29 Agosto 1977 n. 20), che afferiscono alle UU.OO. Cure Primarie dei Distretti. L'accesso ai Consultori è libero, gratuito e non necessita di prescrizione medica.

In APSS sono attivi dieci Consultori.

Nei Consultori sono presenti professionisti di diverse discipline, di area sociale, sanitaria e psicologica che operano in équipe multidisciplinare.

Le principali aree di intervento riguardano:

- educazione socio-affettiva e sessuale in ogni fase della vita del singolo e della coppia;
- consulenze su contraccezione e sessualità nelle diverse età della vita;
- controllo della fertilità e procreazione responsabile;
- percorso di accompagnamento della donna che affronta l'interruzione volontaria della gravidanza;
- visite ostetrico/ginecologiche;

- percorso nascita: assistenza, sostegno e cura in gravidanza e puerperio, cura del neonato;
- corsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità con incontri in gruppo pre- e post-parto;
- consulenza psicologica riguardo le tematiche relazionali personali, di coppia, familiari e/o genitoriali;
- consulenza per le tematiche legali e sociali (diritto di famiglia, difficoltà nella relazione di coppia, accompagnamento e sostegno in separazioni e divorzi);
- percorso di accompagnamento per la donna in situazione di maltrattamento o violenza;
- progetto "Conoscere il Consultorio" per le scuole superiori;
- consulenza, assistenza, prescrizione e sostegno per le richieste di contraccezione di emergenza;
- prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile e delle malattie sessualmente trasmesse.

1.5.1 INDICATORE: Numero di nuovi utenti dei Consultori

Al fine di promuovere la fruibilità e l'accessibilità della fascia giovane della popolazione, è fondamentale per il Consultorio la capacità di risposta, che si traduce in capacità di intercettare nuovi utenti. Questa fetta di utenza, se non trova risposte in tempi ragionevoli, si rivolge altrove e ciò rappresenta un fallimento dal punto di vista della capacità di fare prevenzione rispetto a stili di vita salutari e comportamenti affettivi e sessuali sani e consapevoli.

Quindi, l'indicatore "numero di nuovi utenti" rappresenta un indice di aderenza della struttura alla propria missione. Complessivamente, nei vari Consultori dei Distretti, i nuovi utenti sono stati n. 9.604 nel 2016, n. 7.381 nel 2017 e n. 8.285 nel 2018.

Tabella 27. Nr Nuovi utenti dei Consultori (anni 2016-2018)

	Borgo	Cavalese	Cles Malè	Fiera di Primiero	Mezzolombardo	Pergine	Riva d.G.	Rovereto	Tione	Trento
2016	831	632	853	550	287	1.480	1.176	1.576	814	1.405
2017	741	509	651	309	200	891	1.083	988	546	1.463
2018	646	547	815	279	348	897	1246	1097	502	2120

Tabella 28. Nr. nuovi utenti di età 15 - 25 anni dei Consultori (anni 2016 - 2018)

Anno	Femmine	Maschi	Totale	Proporzione su totale nuovi utenti
2016	2.099	89	2.188	22,8%
2017	2.705	109	2.814	27,6%
2018	2317	93	2410	29,1%

Più della metà dei giovani maschi (69%), che costituiscono un'utenza residuale dei consultori, accede al Consultorio di Trento dove è garantita la presenza quindicinale dello specialista urologo.

La capacità di intercettare nuova utenza dipende da numerosi fattori, dagli orari di apertura alla flessibilità delle agende in base alle priorità dei bisogni, alla disponibilità di personale formato e capace di decodificare le richieste, alle modalità di interazione con i cittadini che devono essere semplificate e avvalersi di tecnologie digitali e dell'utilizzo di social network specie per la comunicazione con gli adolescenti e i giovani.

1.5.2 INDICATORE: Progetto "conoscere il Consultorio" – partecipazione dei ragazzi

Il progetto "Conoscere il consultorio" è attivo da più anni ed è realizzato allo scopo di facilitare l'accesso ai servizi consultoriali per pre-adolescenti e adolescenti. Tale progetto s'inserisce all'interno del concetto di promozione della salute che la carta d'Ottawa del 1986 indica come processo per mettere in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Il progetto prevede un incontro strutturato con gli operatori del consultorio delle classi seconde delle scuole secondarie di II° grado e Centri di Formazione Professionale. L'incontro avviene nella sede del Consultorio e viene programmato nel corso dell'anno scolastico in coordinamento con le segreterie dei Dirigenti scolastici.

Questo momento di avvicinamento ai servizi da parte delle classi superiori ha la finalità di rendere spontaneo e naturale l'accesso al consultorio non solo nei momenti di urgenza (la contraccezione d'emergenza, per esempio), ma soprattutto per pianificare ed avviare una contraccezione, discutere di problematiche della sfera sessuale, conoscere le modalità di trasmissione e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Per questo ogni consultorio deve garantire tempo di apertura e personale dedicato all'accoglienza che sia in condizioni di dare risposta all'adolescente che si rivolge al consultorio dopo averlo conosciuto.

Tabella 29. Adesione al Progetto Conoscere il Consultorio Anno Scolastico 2018-2019 N. classi

Sede Consultorio	N. Classi 2016/2017	N. Classi 2017/2018	N. Classi 2018/2019
BORGO VALSUGANA	12	7	37*
CAVALESE	13	13	21
CLES con MALE'	15	14	28
FIERA DI PRIMIERO	7	4	3
MEZZOLOMBARDO	10	8	9
PERGINE VALSUGANA	11	17	16
RIVA DEL GARDA	12	27	31
ROVERETO	48	49	55
TIONE DI TRENTO	18	18	31
TRENTO	69	69	69
Totale	215	226	300

* compresi gli incontri con le classi di terza media

1.5.3 INDICATORE: Incontri di accompagnamento alla nascita

Le evidenze scientifiche dimostrano che la partecipazione ai Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) comporta un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale. Infatti, grazie alla partecipazione agli IAN, le donne si presentano in sala parto con maggior consapevolezza dei fenomeni fisiologici connessi al processo biologico del parto, richiedono meno il taglio cesareo e l'utilizzo dell'analgesia farmacologica. Gli IAN, soprattutto se combinati ad incontri post-natali, si sono dimostrati efficaci nell'incrementare i tassi di inizio dell'allattamento al seno e nel prolungare la durata dell'allattamento al seno esclusivo. Secondo un recente studio trentino, che si riferisce agli IAN erogati in provincia tra il 2000 ed il 2012, la copertura (intesa come tasso di adesione agli IAN) appare superiore ad altri studi effettuati in ambito nazionale e regionale.

Tabella 30. Incontri pre-parto e post- parto per sede consultoriale (anno 2018)

Sede Consultorio	N. partecipanti ai corsi pre-parto	N. Corsi pre-parto	N. partecipanti ai corsi post-parto	N. Corsi post-parto
BORGO VALSUGANA	126	8	132	11
CAVALESE	91	9	33	4
CLES	148	12	66	11
FIERA DI PRIMIERO	44	5	23	1
MALÈ	51	5	24	4
MEZZOLOMBARDO	119	7	61	5
PERGINE VALSUGANA	219	13	123	11
RIVA DEL GARDA	168	12	144	22
ROVERETO	286	21	144	19
TIONE DI TRENTO	102	11	47	11
TRENTO	456	32	389	35
Totale	1810	135	1.186	134

Le evidenze di letteratura raccomandano che tutte le donne primi - gravide dovrebbero partecipare agli IAN attraverso un'offerta attiva. Gli attuali fattori limitanti l'accesso sono l'essere straniera, l'essere giovani con meno di 30 anni e, in particolare, con meno di 20 anni, e l'essere casalinghe.

1.5.4 INDICATORE: Percorso Nascita.

Nel corso del 2018 l'attività del Percorso nascita è stata svolta presso i Consultori, con un' integrazione coi Punti Nascita per le prestazioni specialistiche di secondo livello e il momento del parto. L'articolazione del Progetto prevede:

- una presa in carico precoce della donna in gravidanza o in periodo periconcezionale con offerta di tutte le informazioni circa gli stili di vita, le vaccinazioni e i controlli consigliati in periodo pre concezionale e in gravidanza
- la pianificazione e realizzazione di tutti i controlli previsti (esami, diagnosi pre natale, visite e ecografie)
- Informazione e l'iscrizione ai corsi di accompagnamento alla nascita,
- il servizio di reperibilità ostetrica a partire dalla 37 settimana per le donne residenti nei territori scoperti da Punto nascita per la diagnosi di travaglio di parto e il contenimento degli accessi impropri in pronto soccorso
- l'attivazione della presa in carico nelle situazioni di fragilità psico-sociale con la comunicazione ospedale/territorio e territorio/ospedale delle situazioni che hanno necessità di presa in carico
- controlli in puerperio sia a domicilio che presso la struttura del consultorio.

SALUTE MENTALE

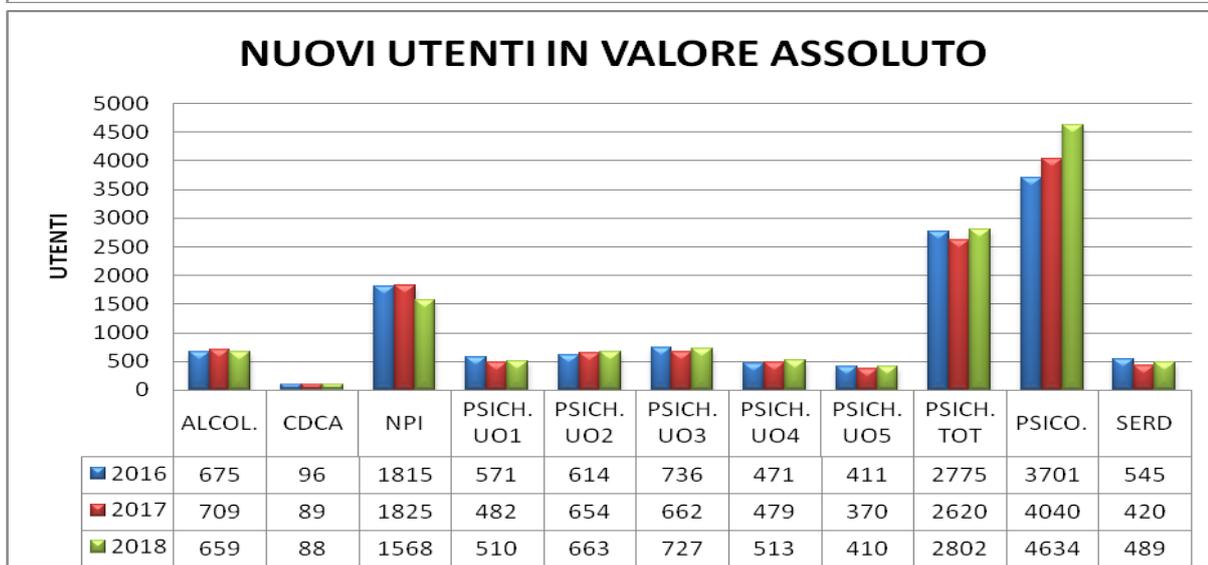
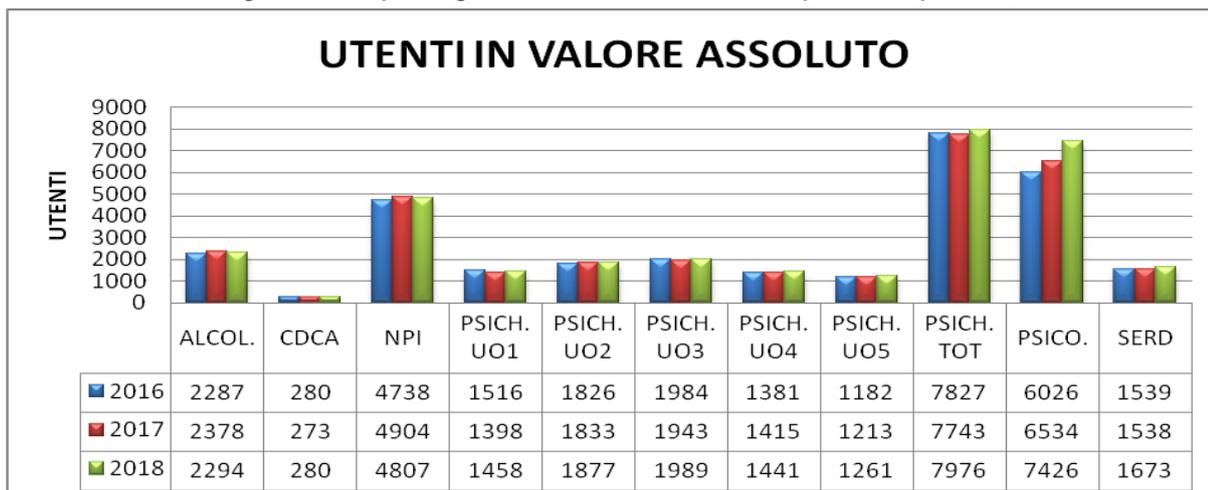
L'Area di salute mentale rappresenta un'articolazione del Servizio Territoriale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Afferiscono all'Area di salute mentale: 5 Unità Operative di Psichiatria, 1 Unità Operativa provinciale di Neuropsichiatria infantile, 1 Unità Operativa provinciale di Psicologia, Servizio Dipendenze e Alcolologia, Centro Disturbi Comportamento Alimentare.

La Mission dell'Area salute mentale è:

- assicurare presa in carico e interventi di prevenzione, cura e riabilitazione alle persone con disturbi psichici, con disturbi psicologici, con disturbi del comportamento alimentare, con dipendenze da sostanze e comportamentali, ai minori con disturbi di interesse neuropsichiatrico e con disabilità complesse, attraverso la promozione e lo sviluppo della qualità delle relazioni tra professionisti, utenti e loro familiari, centrate sulle pratiche di recovery, sulla fiducia e sulla speranza reciproca tra operatori e utenti, sulla ricerca della maggior soddisfazione possibile delle aspettative di qualità di vita degli utenti.
- attuare percorsi e processi basati su 'patti di cura' condivisi, valorizzando e promuovendo la partecipazione attiva di utenti e familiari, in ragione del loro sapere esperienziale e in un'ottica di supporto tra pari.

Nelle tabelle 31 e 32 seguenti sono riportati gli utenti in carico e i nuovi utenti per Unità Operativa/Servizio nell'anno 2018



PSICHIATRIA

La mission delle UUOO di psichiatria può essere sintetizzata nei seguenti punti:

- operare nelle aree della prevenzione, della cura e della riabilitazione verso le persone affette da disagio psichico nella fascia di età superiore ai 18 anni;
- realizzare interventi di assistenza, erogando le prestazioni previste dai LEA;
- soddisfare al più alto livello possibile le legittime esigenze ed aspettative di qualità di vita di utenti e familiari;
- assicurare e migliorare continuamente sicurezza, tempestività, accessibilità, efficacia, equità, efficienza dei servizi erogati a livello individuale, di gruppo ed istituzionale;
- promuovere la centralità dell'utente e dei suoi familiari, secondo criteri di priorità, appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, con particolare attenzione allo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e dell'integrazione ospedale-territorio.

IL RICOVERO NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

I ricoveri richiesti dagli psichiatri per i propri pazienti vengono effettuati presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Nel territorio del Trentino si contano 3 SPDC situati ad Arco, a Borgo e a Trento, ognuno con una specifica area territoriale di competenza. L'SPDC di Arco serve le comunità di valle Alto Garda e Ledro, Giudicarie, Vallagarina e la Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri. Afferiscono all'SPDC di Trento la Val d'Adige, la Valle dei Laghi, la Rotaliana-Konisberg, la Paganella, la Val di Cembra. Infine l'SPDC di Borgo ricovera dalle zone dell'Alta Valsugana e Bernstol, della Bassa Valsugana e Tesino, del Primiero, della Val di Fiemme, del Comun General de Fascia, della Val di Non, della Val di Sole.

I ricoveri possono essere effettuati su base volontaria nel caso in cui il paziente accetti le cure e la degenza, o, nel caso in cui le rifiuti, sarà necessario eseguire un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Gli SPDC di Arco e Borgo sono dotati di 16 posti letto, mentre l'SPDC di Trento è passato nel 2017 da 15 (primi 8 mesi dell'anno) a 14 (ultimi 4 mesi dell'anno) posti letto.

INDICATORE: Trend dei ricoveri, delle dimissioni, delle giornate di degenza e degenza media nei servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nel triennio 2016-2018.

Tabella 33

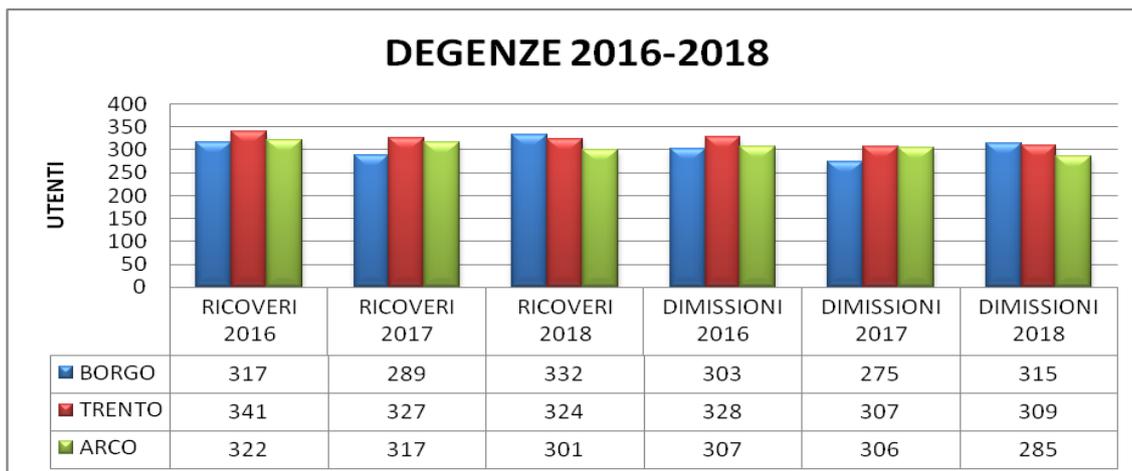
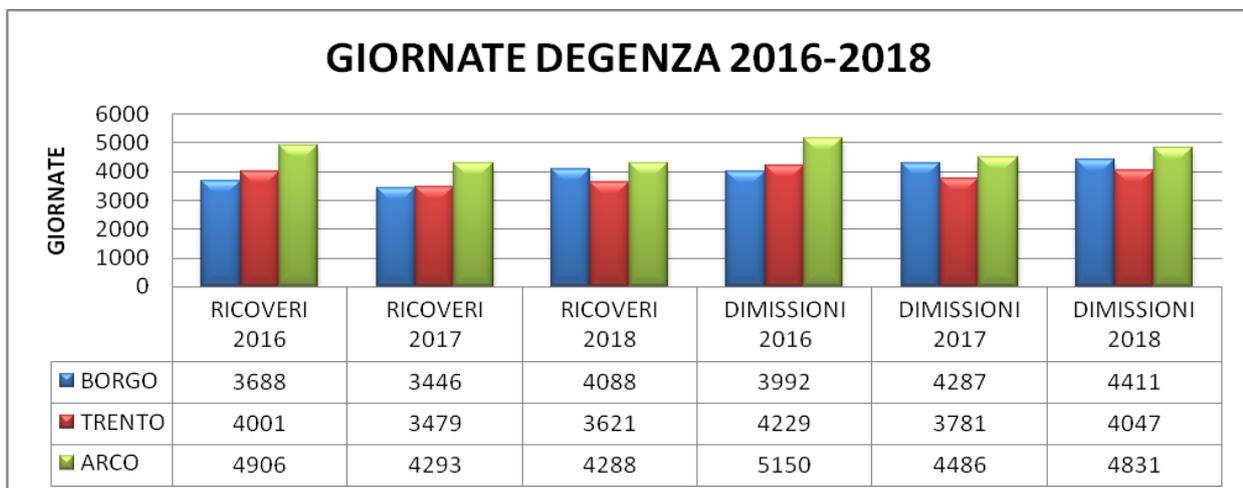
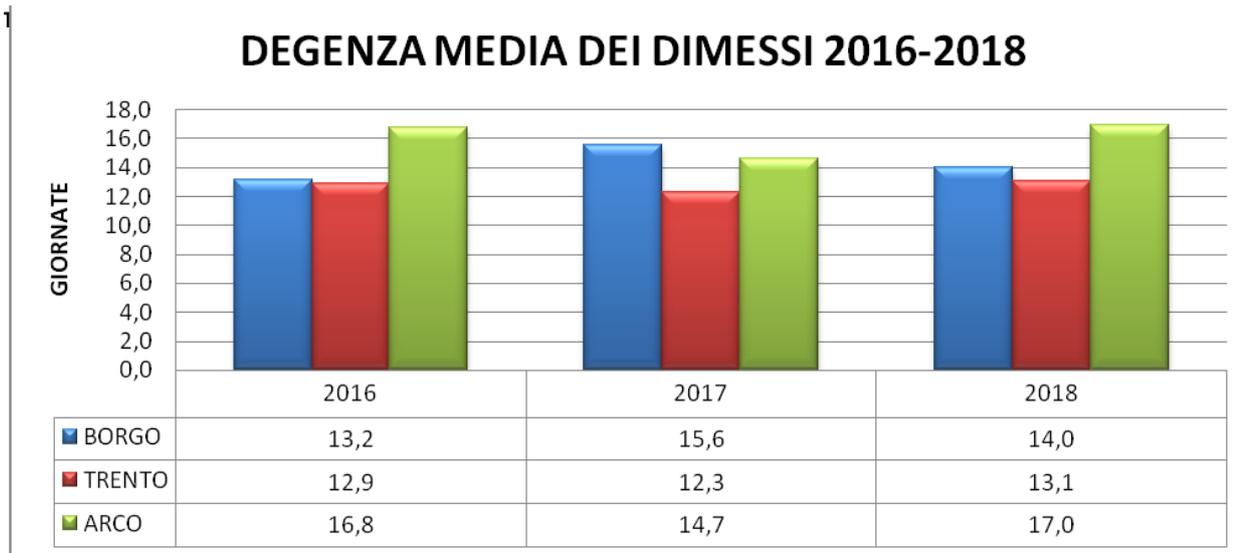


Tabella 34





IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO) in REGIME OSPEDALIERO

Il Trattamento sanitario obbligatorio in regime ospedaliero è un intervento sanitario che può essere applicato in caso di motivata necessità ed urgenza e qualora vi sia il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza. Il TSO può essere effettuato, infatti, solo se sussistono contemporaneamente tre condizioni:

- Necessità e urgenza non differibile
- L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto
- Non è possibile adottare tempestive misure extra-ospedaliere.

INDICATORE: Trend dei TSO (n° ricoveri e utenti) nei servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Tabella 36

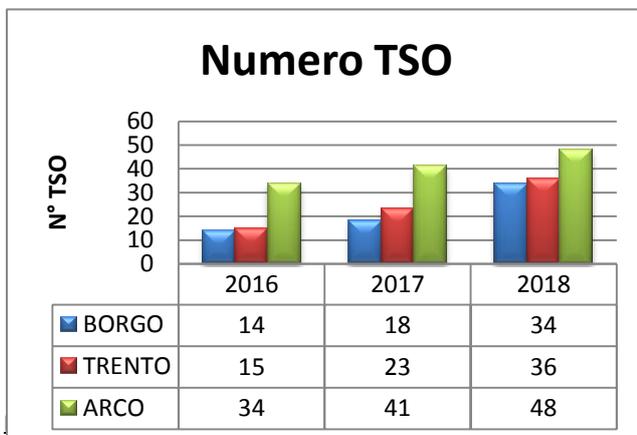
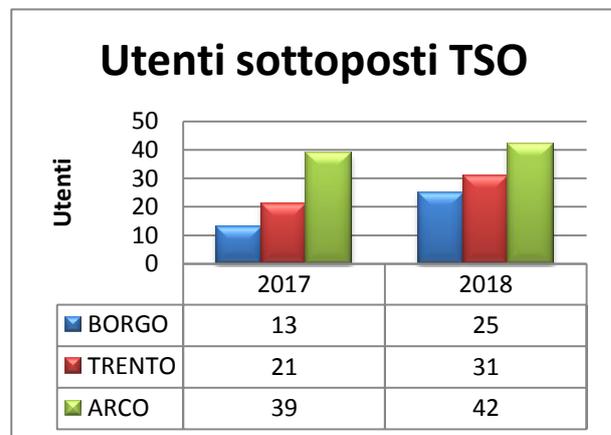


Tabella 37



L'ABITARE

L'abitare nella nostra provincia si declina, in linea peraltro con i dettati nazionali, in 3 tipologie di residenzialità:

- 1) **Strutture intensive:** dedicate a utenza in fase di criticità/post cura e che sempre più si stanno qualificando per ospitare utenti per periodi inferiori ai 12 mesi (lo dimostra la degenza media/ospite che si posiziona a poco più di 4 mesi), con l'obiettivo di un rientro al proprio domicilio o di un passaggio alle opportunità offerte dall'abitare 'leggero'.
- 2) **Strutture estensive:** dedicate a utenza con prevalenti bisogni socio-riabilitativi che più rappresentavano nel passato la residenzialità ad alta protezione con degenze spesso calcolate in lustri. Dalla tabella dei dati 2018 si può notare che siamo scesi sotto l'anno di degenza media, risultato assolutamente impensabile sino a qualche anno fa.

INDICATORE: Occupazione posti letto strutture intensive ed estensive - Anno 2018. Tabella 38

ANNO 2018	INTENSIVE					ESTENSIVE**		
	CENTRO-NORD	EST	CENTRO-SUD VALLAGARINA	CENTRO-SUD ALTO GARDA		Valenza provinciale		
	CASA SOLE	DE I RODODENDRI	CTR ALA	VILLA ISCHIA	TOT	MASO SAN PIETRO	LARICI	TOT
Numero Posti Letto (P.L.)	13	10	12	10	45	30	10	40
TASSO N° P.L./10000 ab.	0,98	0,82	1,25	1,14	1,03	0,56	0,19	0,74
N° UTENTI	21	19	23	28	91	39	12	51
UTENTI UO 1	0	0	0	0	0	8	3	11
UTENTI UO 2	21	0	0	0	21	7	2	9
UTENTI UO 3	0	19	0	0	19	22	6	28
UTENTI UO 4	0	0	23	0	23	1	1	2
UTENTI UO 5	0	0	0	28	28	1	0	1
GIORNATE DI DEGENZA	4373	1696	3161	2984	12214	10692	3139	13831
DEGENZA MEDIA (in giorni)	208,2	89,3	137,4	106,6	134,2	274,2	261,6	271,2
INDICE DI OCCUPAZIONE P.L.	0,92	0,46	0,72	0,82	0,74	0,98	0,86	0,95

* Nel 2018 non è stata inserita nella tabella la struttura intensiva 'Il Melo'(Cles), perché fin dalla fine del 2017 ha assunto forma di Centro di salute mentale h24.

** Maso San Pietro è una struttura convenzionata, I Larici è una struttura aziendale. Assieme costituiscono il polo della residenzialità estensiva allocato negli spazi dell'ex Ospedale Psichiatrico di Pergine.

- 3) **L'Abitare leggero:** prevede una minore presenza oraria degli operatori e maggior autonomia degli ospiti. Accoglie utenti provenienti dalle strutture residenziali "pesanti" oppure ad accesso diretto. Si distinguono in:
- **Appartamenti a bassa protezione:** sono strutture residenziali finanziate dal sociale o dal sanitario gestite da enti pubblici o privato sociale, che accolgono utenti in regime residenziale con presenza degli operatori in orario diurno. Sono luoghi dove sperimentare l'autonomia e capire gli strumenti più adatti per sostenere poi il progetto nella propria casa.
 - **Convivenze di auto mutuo aiuto:** due o più persone decidono o scelgono di abitare insieme per motivi di reciproco sostegno relazionale o per questioni di vantaggio economico. Il presupposto è che le persone si scelgano e che siano motivate a mettersi in gioco. Questo dà come benefici e vantaggi la possibilità di dialogo, compagnia, sostegno emozionale, mutuo aiuto, aumento dell'autostima nell'essere d'aiuto agli altri. Per i Servizi il vantaggio è la riduzione del bisogno di alloggi, di aiuti economici, di assistenza domiciliare (che si cumula). Le case possono essere ITEA (ospitalità con certificato dei Servizi Sociali o Sanitari), private, o di associazioni. Gli operatori che supportano le convivenze possono essere SAL, IDE, altri operatori.
 - **Accoglienza adulti:** l'intervento di "accoglienza adulti presso famiglie e singoli" è previsto dalla normativa provinciale di settore quale misura alternativa ai servizi residenziali per persone che non possono essere adeguatamente assistite nel proprio ambito familiare. Concilia il diritto di cittadinanza di persone particolarmente in difficoltà con il bisogno di alcune persone in carico ai Servizi Sociali per problematiche legate alla mancanza di una stabilità abitativa e lavorativa e/o richiedenti protezione internazionale.

Nel caso in cui queste persone presentino elevate competenze relazionali ed un buon livello di tolleranza al disagio psichico e sociale possono diventare famiglie accoglienti. Nasce nel 2012, la prima sperimentazione del progetto di Accoglienza Adulti "Amici per Casa" e nel 2017 il progetto "Cohousing per pazienti psichiatrici". Le accoglienze possono essere attuate in casa dell'utente, in casa dell'accogliente o in case intestate ad un ente del privato sociale.

INDICATORE: andamento della residenzialità leggera nel triennio 2016-2018. Tabella 39

Appartamenti a bassa protezione e Canoniche			
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Totale posti letto	216	224	234
Totale ospiti	154	172	158
Convivenze tra utenti			
Utenti conviventi in casa ITEA o in case private o alloggi forniti da Associazioni	78	68	66
Accoglienza adulti			
Accolti	68	97	110
Accoglienti	67	120	93
Totale	135	217	203

Fonte dati: raccolta interna per singola Unità Operativa.

PSICOLOGIA CLINICA

MANDATO ISTITUZIONALE

L'Unità Operativa di Psicologia eroga i livelli essenziali di assistenza (LEA) psicologici su tutto il territorio Provinciale e trasversalmente a varie funzioni di cura, territoriali e ospedaliere. L'U.O. risponde ai bisogni di promozione, prevenzione, mantenimento, cura e recupero della salute psicologica della persona nell'intero ciclo di vita (dall'età evolutiva all'età adulta), in applicazione degli indirizzi provinciali e nei seguenti setting di cura, brevemente descritti:

Ambulatorio: Assistenza psicologica svolta prevalentemente in Ambulatorio rivolta al minore, all'adolescente, all'adulto, alla coppia e alla famiglia per problematiche psicologiche, relazionali, affettive, emotive, comportamentali. Ci si riferisce al cittadino che si rivolge spontaneamente al Servizio di Psicologia per problematiche inerenti la sfera emotiva, affettiva e comportamentale. Possono essere presenti sintomi importanti sia di tipo emozionale (quali ansia, depressione, disturbi psicosomatici) che di tipo comportamentale (iperattività, discontrollo degli impulsi, tics etc..) riferibili ai vari contesti di vita. In taluni casi sono presenti problematiche attinenti la vita relazionale o problemi familiari. In genere queste situazioni vengono affrontate proponendo una valutazione psicologica e se necessaria una eventuale presa in carico di tipo psicoterapeutico, di breve o media durata di tipo individuale, di coppia, gruppale o familiare. Viene anche svolto, se necessario, un lavoro di rete con altri servizi coinvolti nel progetto di cura.

Salute Mentale Territoriale: Presa in carico di soggetti affetti da problematiche di salute mentale che possano beneficiare di trattamenti psicologici, inviati dai servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e Psichiatria. Nelle situazioni indicate esiste un protocollo di collaborazione tra Servizi di Salute mentale che permette prese in carico congiunte per gli utenti che necessitano di cure integrate. All'interno del protocollo sono attivi gruppi psicoterapeutici con pazienti che soffrono di sintomatologia da attacchi di panico, disturbi depressivi e pazienti border-line.

Consultorio: Assistenza alla famiglia, alle coppie, alla maternità ed ai minori. Educazione alla maternità e alla procreazione responsabile. Assistenza psicologica e tutela della salute della donna e del minore, assistenza alle donne in stato di gravidanza. Consulenze rivolte all'adolescenza e ai problemi della sessualità. Vi sono interventi rivolti a futuri genitori e gruppi di preparazione alla genitorialità.

Scuola - Legge 104/92: Assistenza psicologica ai ragazzini con fragilità cognitive ed emotive che necessitano di un percorso individualizzato e di integrazione scolastica. I percorsi prevedono anche incontri di rete tra i referenti scolastici e il sanitario per concordare il progetto individualizzato. Nel 2016 sono stati anche attivati al riguardo alcuni tavoli di lavoro congiunto Scuola/Sanità per ottimizzare e migliorare la collaborazione.

Adozioni nazionali e internazionali: Adempimenti per affidamenti ed adozioni nazionali e internazionali - incluso primo anno post adottivo. E' ricompresa nell'attività svolta per il Tribunale.

Tribunale e Servizio Sociale: Riguarda le collaborazioni sia con il Tribunale Ordinario che con la Procura dei Minori a favore dei minori segnalati in situazioni di disagio e/o vittime di abusi. Si prevede la valutazione del minore e/o dei genitori per poter attivare in collaborazione con i Servizi Sociali interventi di cura idonei.

Centro per l'Infanzia: Assistenza psicologica ai minori ospitati presso il centro per l'Infanzia in stato di abbandono o in situazione di disagio e/o vittime di abusi, nonché ai loro familiari. Vengono effettuati interventi di valutazione e cura psicologica per i minori, sostegno ai familiari e partecipazione ai progetti di rete.

Ospedale: All'interno dell'Ospedale e nell'area della continuità delle cure ospedale/territorio, anche grazie ai Percorsi Diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA), è garantita l'assistenza psicologica ai pazienti ricoverati in un intervento continuo e integrato con il medico per dare risposte più mirate ai bisogni della popolazione in fatto di "umanizzazione" delle cure. L'attività più intensa è svolta presso gli Ospedali di Trento e di Rovereto, ma essa riguarda anche gli ospedali periferici.

Cure Palliative: L'Assistenza psicologica è garantita al bisogno anche al domicilio per l'ambito delle Cure Palliative, così come il supporto psicologico alle Reti Provinciali delle Cure Palliative dell'adulto e Pediatriche.

Pazienti affetti da Disturbi alimentari (CDCA): Assistenza psicologica svolta all'interno del Centro di Riferimento Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA) e partecipazione all'equipe integrata con i diversi professionisti coinvolti nel progetto. All'interno del Cdca sono attivi gruppi psicologici-educazionali sull'immagine corporea.

Paziente affetto da Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) L'intervento neuropsicologico collabora al processo di inquadramento diagnostico e definizione dei bisogni del paziente e del caregiver, sia dal punto di vista emotivo che cognitivo, fornire al paziente e/o al familiare/caregiver supporto psicologico, sostegno, formazione e informazione sulla gestione delle principali problematiche nell'elaborazione della malattia e per la successiva gestione a domicilio, dare l'opportunità al paziente di accedere a percorsi di stimolazione cognitiva personalizzati, individuali o di gruppo. L'intervento è stato introdotto nell'attività psicologica secondo quanto disposto dalla Delibera Provinciale 2350 del 2017.

Paziente affetto da Dipendenze patologiche (SERD): Assistenza psicologica all'interno del Servizio per le Dipendenze Patologiche, rivolta a utenti con diagnosi di tossicodipendenza, soggetti "a rischio di uso" e utenti con problematiche di gioco d'azzardo. Il sostegno è rivolto anche alle famiglie e all'equipe di lavoro

Paziente detenuto: Prima valutazione psicologica ricolta a tutti gli utenti carcerati. Per gli utenti che dichiarano uso di sostanze viene dedicato un'attenzione specifica psicologica assistenziale in collaborazione con il SER.D.

Paziente adolescente complesso "SMAC": Da fine 2016 è attivo il Servizio Multiprofessionale Adolescenza Complessa in cui collaborano due psicologi per la valutazione e cura di situazioni ad alto rischio evolutivo in fase adolescenziale. Tale centro garantisce una stretta collaborazione con le comunità educative e terapeutiche per adolescenti attive nella provincia di Trento.

INDICATORE 1: Attività di monitoraggio degli esiti dei trattamenti psicologici.

Gli esiti dei trattamenti psicologici vengono costantemente valutati attraverso il monitoraggio routinario dell'efficacia secondo principi di appropriatezza ed equità della cura. Per valutazione di esito si intende la sistematica misurazione empirica degli effetti delle prestazioni psicologiche (tra cui l'intervento psicoterapeutico) sul miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione cui sono rivolte.

A questo scopo viene utilizzato il questionario self-report CORE-OM (internazionalmente riconosciuto e validato in Italia), che con i suoi 34 items, valutati su una scala a 5 punti, indaga quattro domini o dimensioni individuali (Benessere, Problemi, Funzionamento, Rischio), ulteriormente riassunti in una scala totale (Core Tot.): lo strumento misura il cambiamento a livello sintomatologico, le capacità di adattamento del paziente, la qualità del benessere psicologico ed individua anche la presenza di fattori di rischio (riconosciuti nella letteratura internazionale), permettendo una più efficace prioritizzazione degli interventi terapeutici. I dati vengono raccolti mediante un software (Moni.Ser.), appositamente ideato e sviluppato per l'*outcome management*. I risultati di tale attività sono resi noti dall'U.O. di Psicologia anche mediante lavori scientifici e congressi. La tabella 40 riporta gli utenti a cui è stato fino ad oggi somministrato il questionario CORE-OM in entrata (pre-intervento) ed in uscita (post-intervento) e i dati socio-demografici relativi ai pazienti per cui è stato possibile effettuare l'analisi.

Tabella 40. Dataset CORE-OM

Numero pazienti valutati	4.136
Età media	38,5
Range	14-87
Genere	Femmine (70,2%)
	Maschi (29,8%)
Pazienti Disfunzionali (sopra il cut-off) in entrata	70,8%

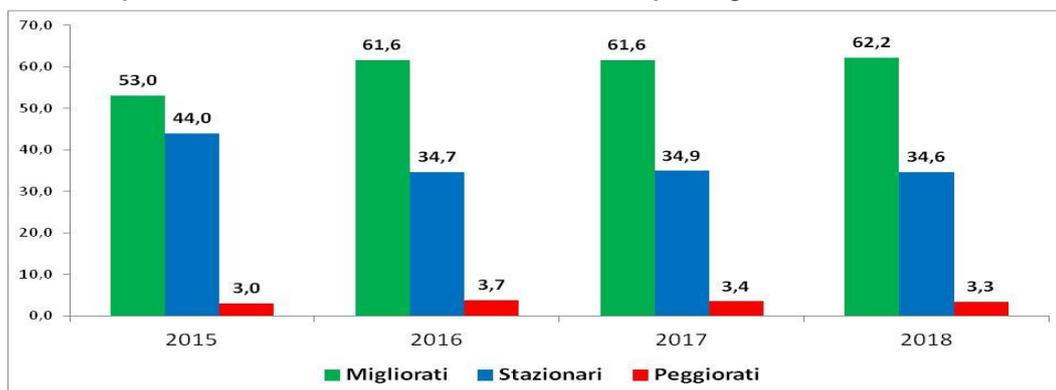
Tabella 41. Punteggi medi di domini del CORE-OM e dell'RCI, in entrata ed in uscita

MISURAZIONI	2016		2017		2018	
	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
Benessere	2,3	1,4	2,27	1,36	2,27	1,35
Problemi	1,9	1,1	1,92	1,06	1,92	1,06
Funzionamento	1,5	1,1	1,52	1,07	1,52	1,06
Rischio	0,3	0,1	0,30	0,11	0,30	0,11
Core Tot.	1,5	0,9	1,53	0,93	1,53	0,93

Nella tabella 41 sono rappresentati i punteggi medi per ogni dimensione pre e post trattamento negli anni 2016-2017-2018. Si nota come, dopo il trattamento psicologico, i punteggi medi diminuiscono in ogni dimensione, quindi in termini di medie, i pazienti concludono l'intervento psicologico riportando miglior benessere.

Nella sottostante figura 28 possiamo osservare le percentuali dei pazienti che, dopo il trattamento psicologico, hanno ottenuto un miglioramento significativo (RCI sceso sotto il cut-off) attribuibile con significatività clinica e statistica all'efficacia del trattamento ricevuto.

Figura 28: distribuzione percentuale dei risultati di efficacia dei trattamenti psicologici. Anni 2016-2017-2018



INDICATORE 2: monitoraggio della rilevazione della soddisfazione percepita dall'utenza

Dal 2018, in tutte le sedi ambulatoriali dell'U.O. di Psicologia (Ambiti territoriali NORD, EST, SUD e OVEST), è stato predisposto uno specifico QUESTIONARIO per la rilevazione della soddisfazione percepita dall'utenza.

L'obiettivo è quello di contribuire al miglioramento continuo della qualità del Servizio e favorire il suo monitoraggio organizzativo. Nel 2018 sono stati raccolti **576 questionari**.

Con questo strumento, si è potuto rilevare:

- il grado di soddisfazione dell'utenza nella relazione con l'U.O. di Psicologia e con i suoi aspetti organizzativi;
- il grado di soddisfazione dell'utenza nella relazione con gli psicologi, al termine dell'intervento psicologico ricevuto secondo i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza della Psicologia);

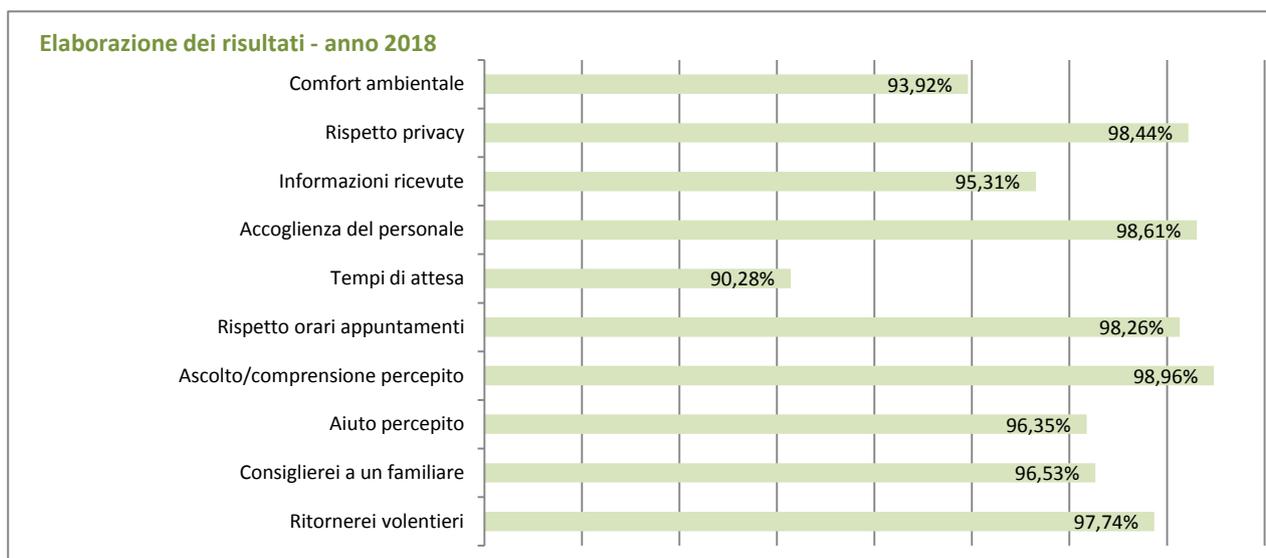
- gli indicatori di disagio/disfunzionamento segnalati dall'utenza (al fine di intercettarli preventivamente e correggerli attraverso azioni di miglioramento).

Il questionario si rivolge agli utenti adolescenti, genitori, adulti ed anziani; è anonimo (nel rispetto della privacy dell'utente), facoltativo e di facile compilazione (10 items con 3 possibilità di risposta); il paziente può lasciare un proprio commento o suggerimento. La compilazione non è assistita dallo psicologo; il questionario viene compilato in sala d'attesa ed inserito dall'utente in una apposita cassetta per la raccolta.

I parametri presi in esame attraverso il questionario sono:

- la qualità del **comfort ambientale** (spazi e ambienti dedicati alle attività del servizio),
- la qualità del rispetto della **privacy** negli ambienti e nelle procedure,
- la qualità delle **informazioni** ricevute durante l'accoglienza sull'operatività del servizio,
- l'**accoglienza e il comfort relazionale** offerto dal personale del servizio (psicologi, personale amministrativo, tirocinanti, specializzandi),
- i **tempi di attesa** per la prima visita,
- il rispetto degli orari e la **puntualità** degli appuntamenti prefissati,
- il grado di **ascolto e comprensione** percepito dall'utente nella relazione con lo psicologo,
- il grado di **aiuto e sostegno** percepito dall'utente nella relazione con lo psicologo,
- il grado di **fiducia** sviluppato verso l'U.O. di Psicologia ("suggerirei il servizio di Psicologia ad un mio amico o familiare"; "tornerei al servizio in caso di bisogno").

Tabella 42 – Rilevazione della soddisfazione dell'utenza.



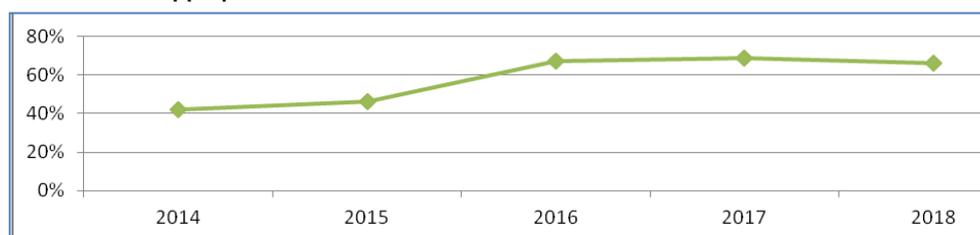
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

La Neuropsichiatria Infantile (NPI) svolge funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicopatologiche, psichiatriche e dei disturbi di neuro sviluppo per la popolazione di età compresa tra 0 e 18 anni. Tra queste patologie troviamo i disturbi dello spettro autistico e le gravi disabilità motorie, entrambe oggetto di particolari attenzioni.

INDICATORE: appropriatezza degli invii al Centro di II livello dei Disturbi dello Spettro Autistico

L'appropriatezza dell'invio è un indicatore della diffusione delle conoscenze sulla patologia in oggetto tra tutti i professionisti che lavorano negli ambulatori periferici. Inoltre, una maggiore appropriatezza degli invii vuol dire minor spreco di risorse. Negli anni 2014-2018 la percentuale di appropriatezza degli invii (diagnosi confermata) è passata dal 42% al 68%.

Figura 29: percentuale di invii appropriati - anni 2014-2018



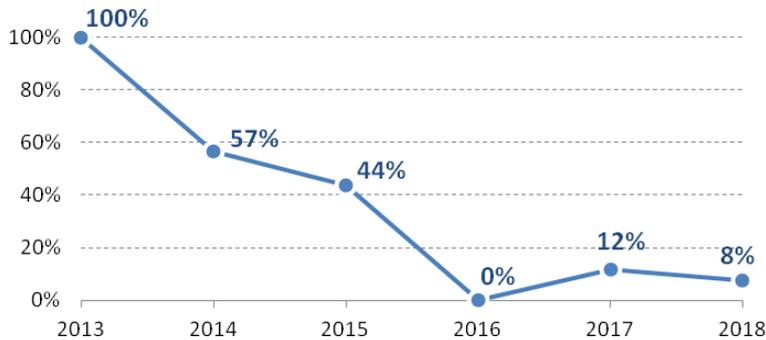
INDICATORE: Percentuale degli invii dal Gruppo Provinciale di II livello per le gravi disabilità motorie a centri di III livello extraprovinciali

Il miglioramento delle competenze nella gestione delle gravi disabilità infantili ottenuto grazie alla formazione sul campo degli operatori e al lavoro integrato multidisciplinare iniziato nel 2013 ha portato alla creazione di un gruppo di lavoro che ha come

scopo la risoluzione in loco dei maggior parte dei problemi connessi a questa patologia con conseguente riduzione dei viaggi inappropriati fuori Provincia e maggiore apprezzamento da parte dell'utenza.

Grazie alle competenze acquisite dal gruppo di lavoro, dal 2013 ad oggi la percentuale di invii ai centri di III livello extraprovinciali si è ridotta dal 100% al 10%.

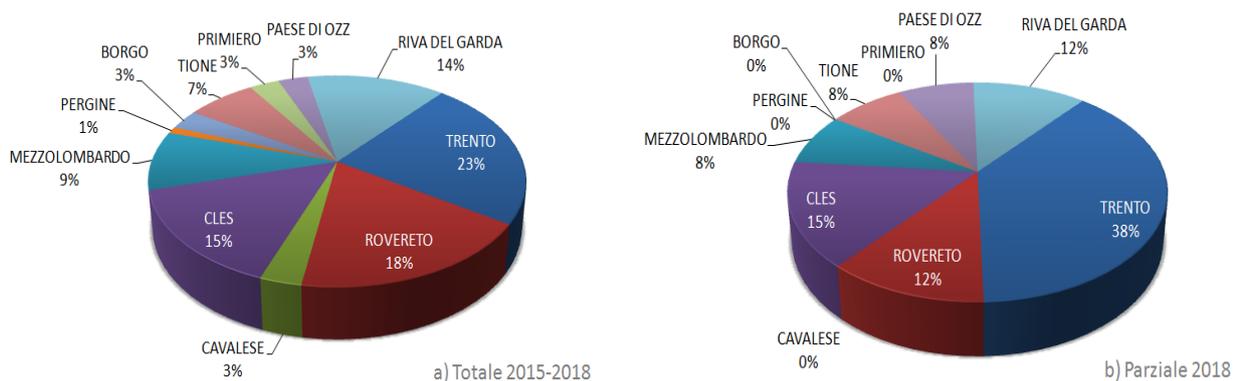
Figura 30: percentuale di casi inviati fuori provincia dal gruppo di II livello



INDICATORE: accessibilità al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili

Uno dei doveri dell'APSS, e quindi anche delle UUOO di NPI, è quello di permettere l'accesso agli ambulatori specializzati a tutti i cittadini della PAT, a prescindere dalla localizzazione geografica della loro residenza. Nel grafico a torta si può apprezzare rispetto al totale degli accessi al gruppo provinciale le percentuali secondo la zona di provenienza negli anni 2015-2017.

Figura 31: ripartizione geografica degli accessi al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili di competenza del Centro di riferimento Provinciale per le Disabilità Neuromotorie dell'età evolutiva



SERVIZIO DIPENDENZE ED ALCOLOGIA

Il mandato del Servizio Dipendenze ed Alcologia è la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle problematiche relative all'uso di sostanze illegali e legali ed in generale alle dipendenze patologiche anche comportamentali.

In particolare l'attuale organizzazione aziendale ha previsto la costituzione del Servizio Dipendenze ed Alcologia nell'Area della Salute Mentale e prevede la presenza di tre sedi dedicate al trattamento delle Dipendenze da sostanze illegali e delle Dipendenze comportamentali, in particolare quella da Gioco d'azzardo (Trento, Rovereto e Riva del Garda) e dieci punti di accesso territoriali di primo livello (ex Servizi Alcologia), denominati Centri Alcologia, Antifumo e Altre Fragilità per una prima accoglienza della domanda di aiuto relativa ai problemi alcolcorrelati ed alle diverse fragilità ad esso connesse, al trattamento della dipendenza da nicotina (fumo da sigaretta) ma anche per l'accoglienza della domanda di aiuto relativa alle dipendenze in genere, soprattutto nelle zone in cui non è presente la funzione dipendenze patologiche.

L'accesso al Servizio è diretto, non è necessaria l'impegnativa del medico di medicina generale e le prestazioni per le patologie correlate alle dipendenze patologiche sono esenti da ticket per i pazienti in carico.

Il processo di integrazione dei due servizi non è ancora completato, per questo motivo vengono descritti separatamente

Funzione dipendenze

Il Servizio garantisce le seguenti attività:

Accoglienza con tempi di attesa di cinque giorni al massimo per gli interventi di area medica che necessitano di terapie farmacologiche specifiche; diagnosi multidisciplinare; monitoraggio clinico e laboratoristico; diagnosi multidisciplinare; psicodiagnosi, psicoterapia e attività di sostegno e di counseling; attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze; attività di riabilitazione in collaborazione con gli enti del privato sociale convenzionati con APSS e con i Servizi Sociali Territoriali ma anche con associazioni, cooperative, etc.

INDICATORE: Utenti in carico

Nel corso del 2018 gli utenti che hanno avuto un contatto con il Servizio Dipendenze sono stati 2182.

Tabella 43. Categorie di utenti in carico

STATUS CARTELLA	N Soggetti
In carico	1135
Aperta per seg. Nucleo Operativo Antidroga (NOA)	262
Aperta ma paziente non in carico	208
Aperta per sogg. A rischio	204
Nuove dipendenze	118
In carico temporaneo (non residenti)	132
In appoggio	70
Certificazioni di assenza di tossicodipendenza	25
Aperta per genitori	16
Aperta per famiglie	12
TOTALE	2182

Nel corso del 2018 gli utenti che hanno avuto un contatto con il Servizio Dipendenze sono stati complessivamente 2182, tuttavia occorre specificare cosa si intende con le diverse categorie. I 1135 utenti **in carico** al Servizio sono in gran parte già noti e nella maggioranza dei casi si tratta di soggetti che hanno intrapreso un percorso specifico, portando una richiesta di aiuto e iniziando un progetto terapeutico con un obiettivo esplicito e condiviso. Mentre i 262 "contatti", indicati come **segnalazione del Nucleo Operativo Antidroga (NOA)** in genere non afferiscono al Servizio: si tratta di persone, per lo più giovani, che incorrono nella segnalazione ex art 121 del DM309/90.

Esistono casi particolari definiti da direttive di legge di cui i più rilevanti sono i seguenti: "**Cartella aperta ma paziente non in carico**" si riferisce a situazioni di incertezza, per es. a soggetti con preponderante patologia psichiatrica per i quali è necessario operare alcuni interventi finalizzati a favorire il passaggio al servizio psichiatrico o a soggetti visti in carcere di cui ad esempio non è nota la competenza territoriale; "**Cartella aperta per soggetto a rischio**" è riferita a coloro per cui, sebbene non sia possibile fare una diagnosi di dipendenza o di abuso, sono evidenziabili dei fattori di rischio (uso o uso problematico) di possibile evoluzione in tal senso. Possono rientrare in questa definizione alcuni soggetti segnalati dal Commissariato del Governo oppure alcuni che accedono al Servizio con i genitori.

Le altre categorie comprendono **le nuove dipendenze** che sostanzialmente sono costituite dai giocatori d'azzardo dal momento che le altre forme di dipendenza comportamentale per cui ci si rivolge al Servizio Dipendenze sono ancora aneddotiche e per lo più sovrapposte ad altre forme di dipendenza /abuso da sostanze.

I non residenti e gli utenti in appoggio si differenziano per la titolarità del piano terapeutico, che è a carico di un medico del nostro servizio in caso di "**temporaneamente in carico**", mentre rimane sul servizio pertinente per residenza in caso di "**appoggio**".

Le **certificazioni di assenza di tossicodipendenza** (secondo il DP176/09) sono andate calando dai circa 100 casi l'anno del 2010 ai circa 25 casi dello scorso anno.

Per quanto riguarda **genitori e famiglie** i dati riportati riguardano esclusivamente interventi specialistici psicoterapeutici di terapia familiare svolti da psicologi o psichiatri e rivolti a singoli nuclei. Questi interventi si sono ridotti negli anni anche per la diminuzione della presenza di psicologi presso il servizio. Questi interventi non esauriscono le attività rivolte ai genitori, per i quali nel corso del 2018 sono stati proposti cicli di incontri di gruppo, selezionando gruppi omogenei per problematica. **L'attività di carattere psicoeducativo sui genitori e familiari** in genere ha riscosso un buon successo, perciò è stata programmata anche nel 2019 e 2020 ed in vista di una possibile implementazione di questa attività sono state formate alla conduzione dei gruppi le tecniche della riabilitazione psichiatrica.

Il dato saliente è la percentuale di fascicoli aperti per utenti incidenti cioè di soggetti che si sono rivolti al Ser.D per la prima volta che nel 2018 sono stati in totale 822 (con una percentuale sul totale dei fascicoli aperti nel corso dell'anno del 37%, molto superiore a quella dell'anno precedente (24%). Occorre anche precisare che tra i soggetti incidenti coloro per cui è stato aperto un fascicolo personale sono nella maggioranza dei casi soggetti segnalati ex art. 121(DM 309/90) dal Commissariato del Governo, i cosiddetti utenti per "**segnalazione del Nucleo Operativo Antidroga (NOA)**"

Tabella 44. Soggetti incidenti 2018

STATUS CARTELLA	N Soggetti
Aperta per seg. Nucleo Operativo Antidroga (NOA)	225
In carico	219
Aperta ma paziente non in carico	61
Aperta per sogg. A rischio	110
Nuove dipendenze	68
In carico temporaneo (non residenti)	63
In appoggio	57
Cert. Ass. Tox	17
Aperta per famiglie	2
TOTALE	822

Soggetti minori

Per quanto riguarda i soggetti minori assistiamo nel corso degli ultimi anni ad un graduale aumento: se consideriamo i soggetti che si sono effettivamente presentati al Ser.D (escludendo pertanto i segnalati ex art. 121), si passa infatti dagli 11 minori visti nel 2011 ai 31 nel 2018. Le sostanze più usate sono i cannabinoidi.

Tabella 45. Incidenza soggetti minori

SOGGETTI MINORI INCIDENTI	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Aperta per seg. Nucleo Operativo Antidroga (NOA)	9	7	23	15	42	30	27	34
Aperta per sogg. A rischio	7	14	7	9	11	13	17	18
Aperta ma paziente non in carico	2	4	3	10	4	7	5	9
In carico (anche temporaneo)	2	5	6	3	1	0	4	4
TOTALE	20	30	39	37	58	50	53	65

Funzione dei Centri alcologia, antifumo e altre fragilità del Servizio Dipendenze

I Centri Alcologia, Antifumo e Altre Fragilità del Servizio Dipendenze e Alcologia APSS sono costituiti da dieci punti di accesso e coprono capillarmente tutto il territorio provinciale.

I Centri in oggetto si muovono nell'ottica del lavoro di rete, attivando tutte le risorse del pubblico e del privato che possono servire a risolvere le specifiche situazioni, in particolare quelle complesse nelle quali l'alcol non è il solo elemento causa di problemi. Dalla loro istituzione, lavorano in stretta collaborazione con le Associazioni del Club Alcologici Territoriali e dei Club di Ecologia Familiare, creando una rete capillare di gruppi di auto mutuo aiuto su tutta la provincia.

Il mandato dei Centri è la presa in carico preliminare, decentrata e territoriale di persone e famiglie con problemi alcol fumo correlati e le relative iniziative di prevenzione nella comunità. Ai Centri ci si può rivolgere per avere un primo orientamento e risposta non solo per affrontare problemi di alcol, ma anche per le diverse fragilità a esso connesse, oppure per le problematiche inerenti al fumo da sigaretta e, nelle valli dove non è presente il SerD, anche per un primo orientamento e risposta a problematiche inerenti il gioco d'azzardo o gli altri comportamenti a rischio.

Tutti i cittadini possono rivolgersi direttamente ai Centri Alcologia, Antifumo e Altre Fragilità senza bisogno di appuntamento e di prescrizione, per iniziare ad affrontare e risolvere i loro problemi.

I Centri offrono in tempo reale programmi di primo livello, generalmente gruppalmente nel territorio (Club, Scuole ecologia familiare, Corsi fumo, Corsi Salute alcol e guida, Settimane di sensibilizzazione) partecipando con le associazioni a garantirne la continuità e l'accessibilità alle famiglie. I Centri inviano inoltre le persone/famiglie a programmi di secondo livello che si dovessero rendere necessari (servizi specialistici, programmi riabilitativi ospedalieri e di comunità).

Possono far riferimento ai Centri gli amministratori pubblici, gli insegnanti, i genitori, i rappresentanti di associazioni che hanno curiosità, interrogativi, progetti, proposte di collaborazione o per organizzare incontri nell'ambito della prevenzione.

INDICATORE: Utenti in carico. Tabella 46

	2014	2015	2016	2017	2018
N. utenti in carico	2.491	2.419	2.264	2.375	2.291
N. utenti in carico /10.000 abitanti	46,41	45,35	42,45	44,55	42,43

I dati del 2018 confermano un trend in leggera diminuzione in parte per la notevole riduzione dei consumi documentata a livello sia nazionale che locale nella popolazione adulta. Inoltre tale dato è anche dovuto al calo degli invii da parte del Commissariato del Governo per le persone fermate per guida in stato di ebbrezza. Questo perché ai controlli viene riscontrata una positività all'etilometro in un numero notevolmente inferiore agli anni passati a conferma di comportamenti più virtuosi nella popolazione dimostrato anche dalla riduzione nel tempo dei morti per incidenti stradali.

INDICATORE: Adesione alla proposta informativa delle persone fermate per guida in stato di ebbrezza

Tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza vengono inviate dalla Commissione Medica Locale Patenti a consulenza presso la Funzione di Alcologia di competenza. Qui la persona viene motivata a frequentare un ciclo di tre incontri serali dove vengono condivise informazioni e stimoli al fine di aumentare la consapevolezza e la motivazione a non mettere nuovamente in atto il comportamento a rischio. Il dato dell'adesione alla proposta formativa si assesta su percentuali di adesione notevolmente alte. Nel 2017 le prime visite patenti sono state 464 e le adesioni ai cicli informativi 377 pari al 81%. Nel 2018 le prime visite patenti sono state 427 e le adesioni ai cicli informativi 397, pari al 92%.

Tabella 47. Percentuale di adesione al ciclo di incontri sul totale degli invii (anni 2014 – 2018)

Anno	% di adesione
2014	85%
2015	85%
2016	87%
2017	81%
2018	92%

INDICATORE: Efficacia del colloquio motivazionale (fino al 2017) e di orientamento (dal 2018)

Uno degli scopi del colloquio motivazionale e di orientamento è quello di motivare la persona e famiglia con problemi di alcol o altre fragilità che si rivolge ai Centri a "fare qualcosa". La frequenza al Club Alcolologico Territoriale, ai Club di Ecologia Familiare e la partecipazione alle Scuole di Ecologia Familiare sono una parte importante del percorso di cambiamento e la capacità di motivare all'adesione è alla base del primo colloquio. La percentuale di adesione è sottostimata in quanto in alcune situazioni non è possibile verificare materialmente l'adesione ai programmi.

Tabella 48. Percentuale di persone arrivate al Club sul totale dei primi colloqui per pac e per altre fragilità

colloqui/arrivi	2015	2016	2017	2018
Numero primi colloqui	310	361	384	376
Numero arrivi al Club	154	170	211	215
% di arrivi su primi colloqui	49,7%	47,1%	55,0%	57,1%

Negli ultimi anni i consumi globali di alcol nella popolazione italiana e in quella trentina sono nettamente calati (da 12 l di alcol anidro pro capite di 30 anni fa a 6,5 l attuali) e in proporzione si sono ridotte anche numericamente le situazioni di dipendenza o legame con la sostanza alle quali far fronte. Nel contempo sono aumentate le situazioni particolarmente complesse con polidipendenza o con associati problemi psichici e/o sociali importanti. Nel 2017 e nel 2018 si riscontrano, rispetto agli anni precedenti, un incremento dei primi colloqui – esclusi quelli inviati per guida in stato di ebbrezza – con una percentuale migliorata di arrivi al Club sul totale dei primi colloqui.

INDICATORE: Adesione delle scuole ai progetti di prevenzione su alcol e fumo

Fra gli obiettivi della Funzione di Alcolologia vi è quello della prevenzione e promozione della salute rispetto ad alcool e fumo con particolare riguardo alle life skills nell'ambito scolastico. Lo sforzo organizzativo della Funzione di Alcolologia è volto a motivare gli istituti scolastici ad attivare percorsi di informazione/formazione su alcol e fumo.

Con gli indicatori relativi al totale degli istituti scolastici raggiunti e alle ore medie dedicate per istituto, viene valutato l'impegno del servizio nel coinvolgimento e nelle attività presso gli istituti scolastici provinciali.

Tabella 49. Percentuale istituti scolastici raggiunti sul totale degli istituti scolastici provinciali

	Anno Scolastico				
	2013-14	2014-15	2015-2016	2016-2017	2017-18
% istituti aderenti/tot. degli istituti	41%	29%	41%	42%	48%

CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE - CDCA

Il Centro di riferimento provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA) opera nella diagnosi e del trattamento multidisciplinare integrato dei Disturbi del Comportamento Alimentare di tipo anoressico e bulimico. Provvede alla presa in carico del paziente e dei familiari e svolge attività di prevenzione e di sensibilizzazione rivolta sia ad operatori sanitari che non sanitari, finalizzata alla diagnosi e al trattamento precoce dei DCA.

Negli ultimi 3 anni si è osservato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA e un conseguente aumento della domanda sanitaria nella fascia di età pre-adolescenziale e adolescenziale.

La letteratura riporta evidenze forti rispetto al coinvolgimento attivo dei familiari come risorsa nel processo di cura.

INDICATORE: gruppo psicoeducazionale per i genitori

Il gruppo psicoeducazionale per i genitori nasce con lo scopo di fornire elementi informativi ed educativi sulla patologia dei propri figli, valorizzare la famiglia come risorsa, come elemento fondamentale per supportare il percorso di cura dei ragazzi/e in carico, aiutare i familiari a trovare strategie di coping funzionali, alleggerire il carico emotivo, il senso di colpa e di impotenza.

Durante il 2018 si è mantenuto attivo l'impegno con i gruppi psicoeducazionali con piena soddisfazione dell'utenza e un dichiarato miglioramento nella gestione familiare dei DCA.

Indipendentemente dalla partecipazione ai gruppi, per tutti i genitori di pazienti minori e, quando richiesto, anche maggiorenni, viene offerto uno spazio (2 incontri) per confrontarsi con l'operatore di riferimento, sugli strumenti per la gestione della malattia e come spazio di sostegno emotivo.

Il gruppo psicoeducazionale per i genitori si sta rivelando uno spazio e un luogo di apprendimento e di elaborazione del percorso di cura dei propri figli che permette un empowerment e una ripresa delle funzioni genitoriali offuscate dal carico emotivo della malattia.

INDICATORE: dati attività CDCA 2018

Tabella 50

	2014	2015	2016	2017	2018
Utenti in carico	267 (minori 82)	286 (minori 98)	250 (minori 66)	282 (minori 88)	314 (minori 112)
Utenti dimessi	102	115	110	111	83
Nuovi utenti	126	136	126	96	92 (minori 44)
Utenti in attesa	/	/	/	35	43

Nel 2018 sono state messe in atto azioni organizzative per ridurre le liste d'attesa (che erano dovute negli anni 2017-2018 all'assenza del medico dietologo in area adulti), da cui ci si aspetta nel 2019 una consistente riduzione dei tempi di attesa.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'accesso dei cittadini ai farmaci di classe A o H, rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, viene assicurato tramite l'assistenza farmaceutica. Essa è tradizionalmente suddivisa, anche ai fini della rendicontazione economica, in assistenza farmaceutica sul territorio e nelle strutture di cura.

L'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera è erogata con modalità organizzative e distributive differenti in relazione al tipo di farmaco.

Le farmacie convenzionate pubbliche e private, distribuite sul territorio provinciale con una media di circa 3 sedi/10.000 abitanti, assicurano la distribuzione dei farmaci che essendo stati inseriti nella classe A del Servizio sanitario nazionale (SSN) e avendo un profilo di efficacia e sicurezza ben definito, nonché un utilizzo cronico, sono generalmente prescritti dai medici di medicina generale (MMG). L'assistenza erogata con tali modalità è ricompresa nella farmaceutica convenzionata (AFC). Con le stesse modalità avviene l'erogazione dell'assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale (AFA) ossia il rimborso di preparazioni galeniche magistrali e di specialità medicinali altrimenti non concedibili limitatamente a casi selezionati e rispondenti a criteri definiti. L'erogazione è a carico del Servizio sanitario provinciale (SSP) e rappresenta di fatto un ampliamento dei livelli essenziali di assistenza stabiliti a livello nazionale (LEA).

Invece i medicinali innovativi, ad alto costo e che necessitano di un costante monitoraggio specialistico sono ricompresi nel prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PH-T). Per il tramite del PH-T il processo di governo dell'assistenza farmaceutica è reso estremamente efficiente sia sotto l'aspetto clinico che economico. Infatti, la prescrizione della terapia è affidata allo specialista per mezzo di piano terapeutico (PT), mentre il suo monitoraggio al MMG. Per la parte economica, APSS provvede ad acquistare direttamente i farmaci, anche mediante il ricorso a procedure di gara, che le farmacie distribuiranno "per conto" (DPC) dell'azienda sanitaria dietro corrispondenza di un compenso concordato.

La fornitura di medicinali alla dimissione dal ricovero o dopo visita specialistica e di farmaci di classe H per uso domiciliare avviene, invece, direttamente tramite le strutture ospedaliere dell'Azienda sanitaria.

3.1.1 INDICATORE: Appropriately prescrittiva farmaceutica

I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi, tuttavia gli stessi consentono di analizzare l'appropriatezza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l'indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata.

Tale indicatore del Network – S. Anna di Pisa monitora alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriata.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ad alcuni degli indicatori che lo compongono (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):

C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica 2.465

(25%) C9.1 Consumo di Inibitori di Pompa Protonica ■ **31,04 U.P.**

(25%) C9.3 Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina: % sartani sul territorio dato non disponibile

(25%) C9.4 Consumo di antidepressivi sul territorio ■ **27,37 DDD per 1000**

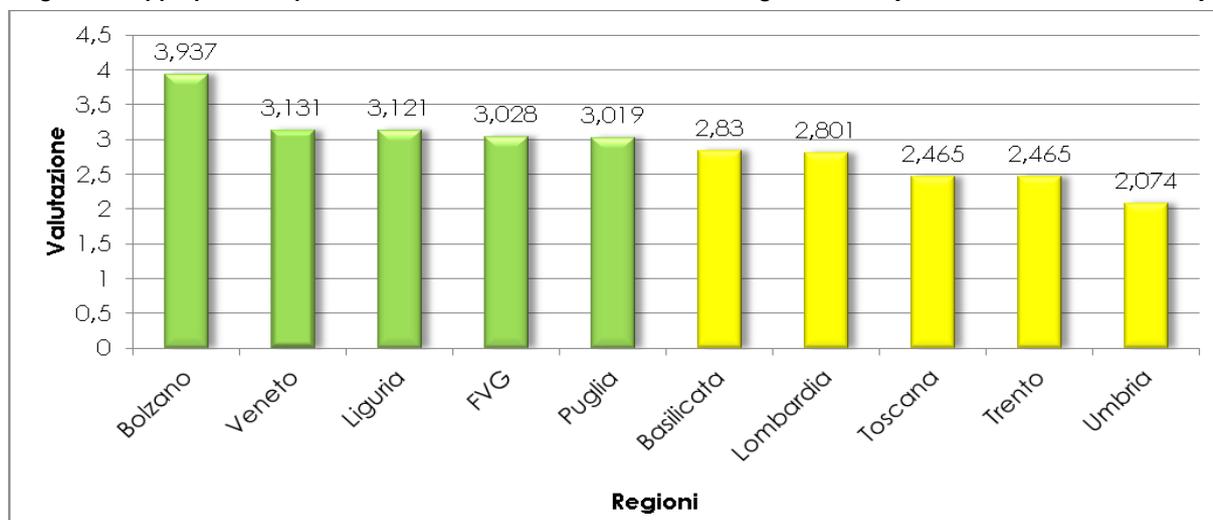
(25%) C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio ■ **15,58 DDD per 1000**

C9.17 Appropriately prescrittiva ospedaliera *dato non disponibile*

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti *dato non disponibile*

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2018 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance media (2.465)

Figura 32: Appropriately prescrittiva farmaceutica: confronto tra le Regioni/PP.AA. (Network S. Anna di Pisa 2018)



3.1.2 INDICATORE: Appropriately d'uso (aderenza farmaceutica)

Il completo beneficio (e la relativa sicurezza) della maggioranza dei farmaci dipende sostanzialmente dal comportamento del paziente nel seguire il regime terapeutico prescritto in maniera corretta. Quindi, il termine "aderenza" si riferisce ad una sorta di "alleanza terapeutica" fra paziente e medico che condividono un piano di trattamento terapeutico con una proiezione spesso a lungo termine. La stretta aderenza al regime di cura conferisce una migliore prognosi ed è certamente indice di una migliore qualità della vita, senza considerare che un'alta percentuale di tutte le ammissioni in ospedale di soggetti adulti è dovuta alla scarsa aderenza alle prescrizioni, con un costo annesso complessivamente alto ed evitabile ogni anno.

Tale indicatore del sistema di valutazione S. Anna di Pisa rappresenta la sintesi del continuo monitoraggio dell'aderenza terapeutica sul territorio regionale/provinciale.

Il punteggio di questo indicatore è dato dalla media dei punteggi dei seguenti sottoindicatori che lo compongono:

C21.3.1 % di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni) **80,69 %**

C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) **84,84%**

C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) **74,37 %**

C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti) **8,96 %**

C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi **21,3 %**

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2018 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance buona (3,123).

Figura 33: Appropriately d'uso (aderenza farmaceutica): confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2018)

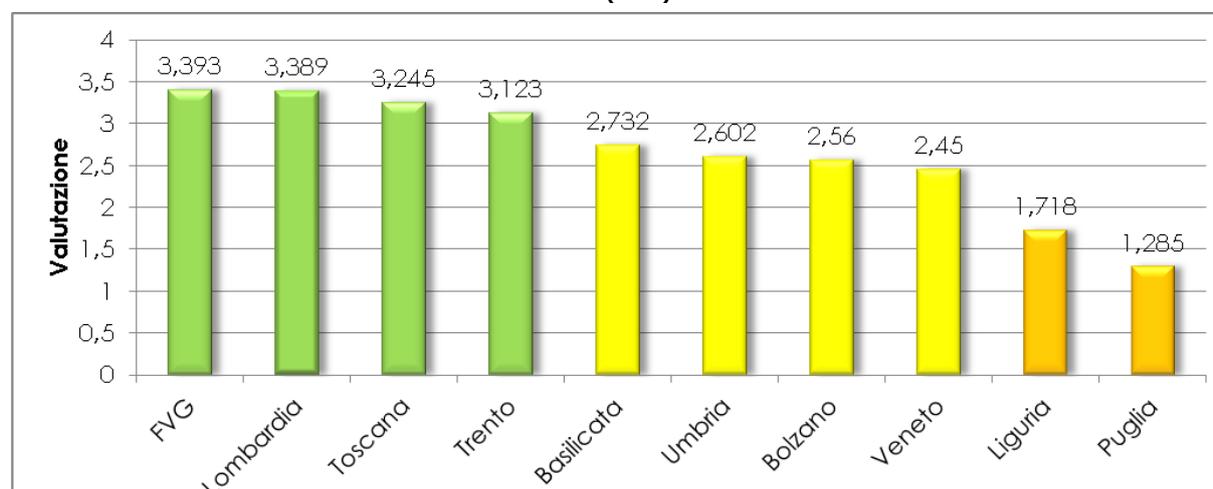
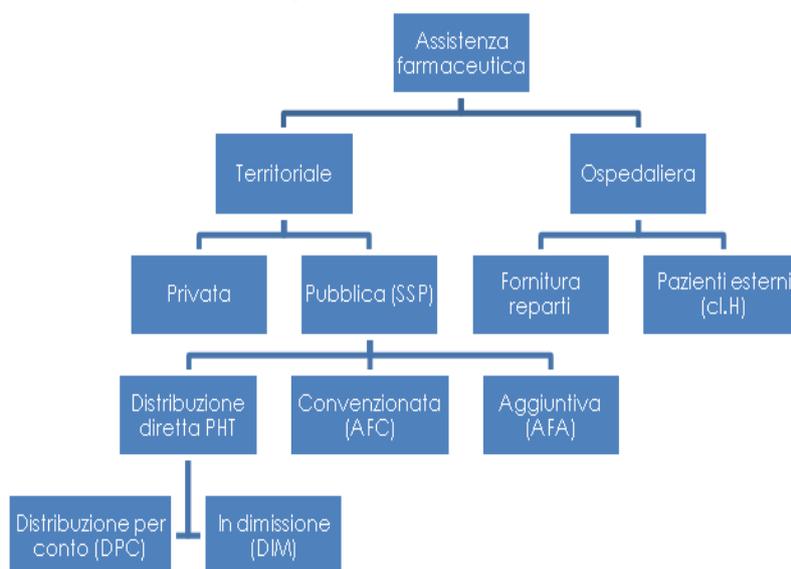


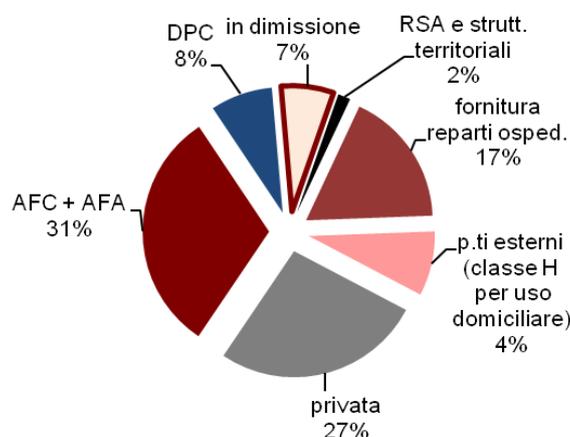
Figura 34: Schema riassuntivo delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica



Le varie forme di assistenza farmaceutica incidono in maniera diversa sulla spesa sanitaria e, inoltre, si rileva una forte variabilità regionale e temporale che riguarda sia i consumi che la spesa.

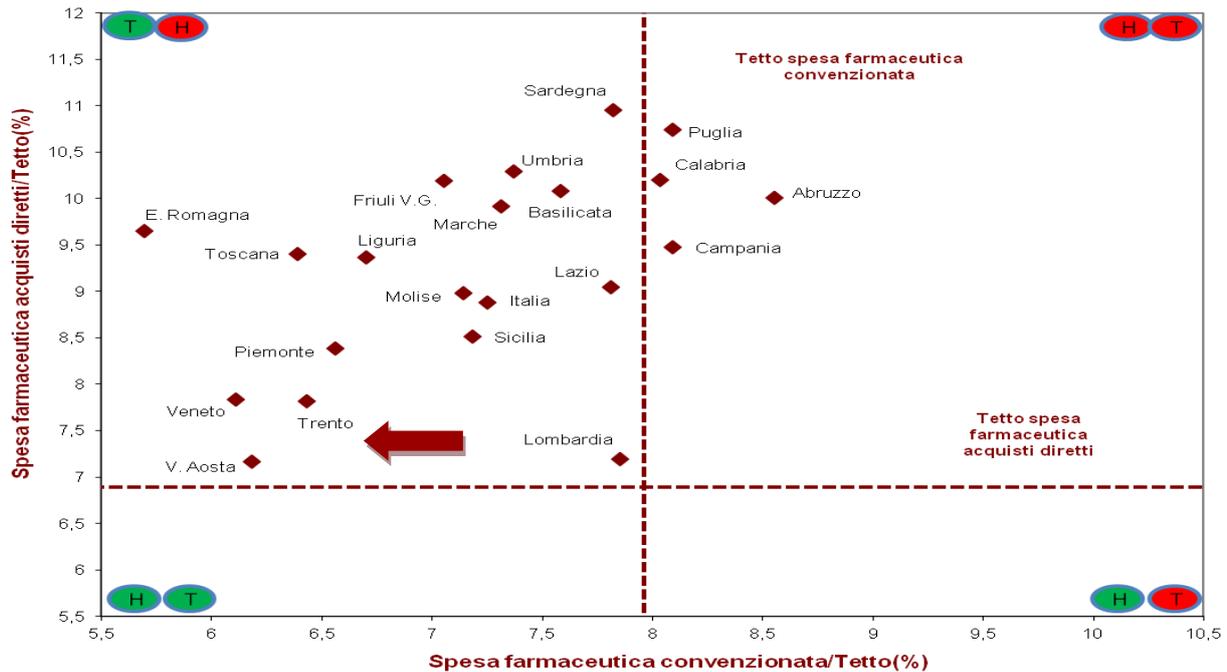
In Trentino nel 2018 la spesa farmaceutica totale ha raggiunto un valore complessivo di 198 milioni di euro e si è distribuita secondo le percentuali riportate nel grafico sottostante. La spesa pubblica ha rappresentato il 73% del totale mentre quella privata il 27%.

Figura 35: Ripartizione della spesa farmaceutica in PAT (anno 2018)



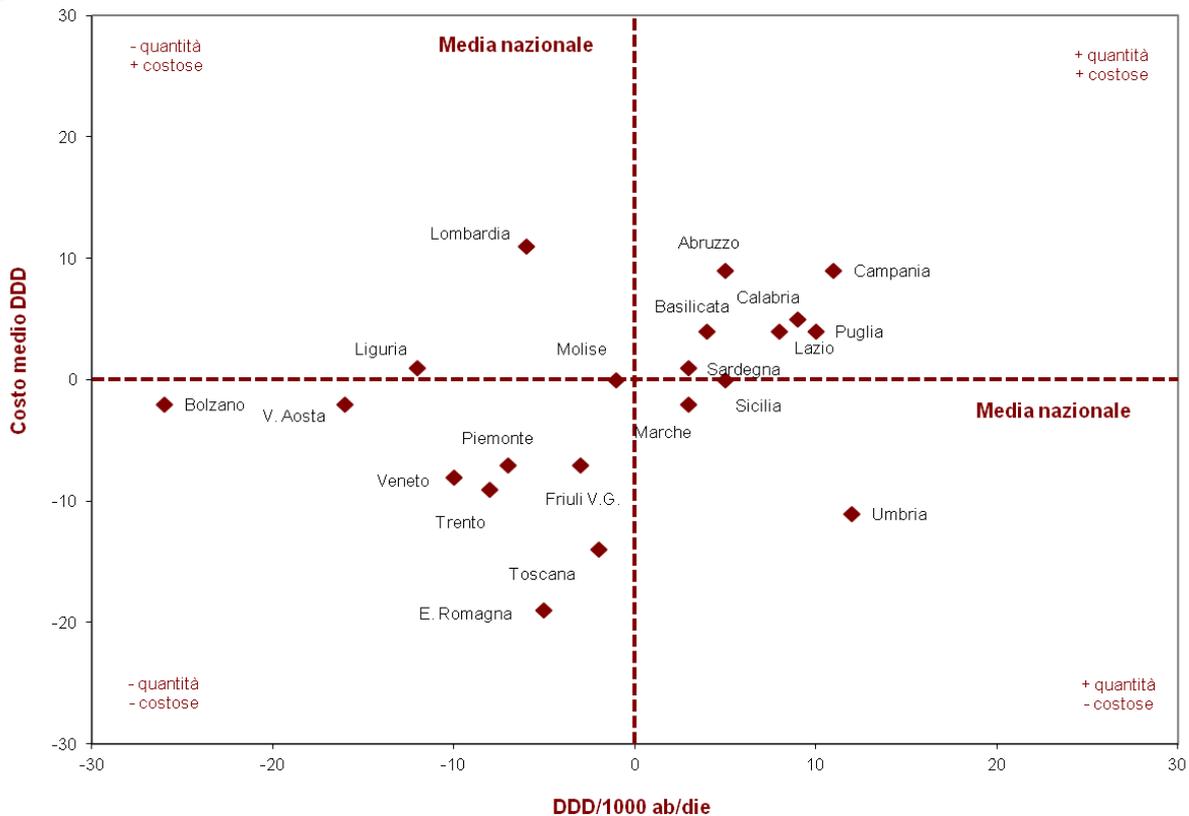
A partire dall'anno 2017, senza modificare il valore del finanziamento pari al 14,85% del Fondo sanitario, con la Legge n. 232/2016 sono stati ridefiniti i tetti della spesa farmaceutica, ospedaliera e territoriale. In base a tale provvedimento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera comprende anche la spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta dall'ospedale e in distribuzione dalle farmacie per conto dell'azienda sanitaria (rispettivamente "in dimissione" e "DPC"). Tale tetto è determinato nella misura del 6,89% del fondo sanitario e denominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", mentre il tetto della spesa farmaceutica territoriale convenzionata è determinato nella misura del 7,96%. Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati: come è facilmente rilevabile, nel 2018 la P.A. di Trento ha rispettato il solo tetto della spesa farmaceutica convenzionata superando, come tutte le altre regioni, quello della spesa per acquisti diretti.

Figura 36: Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati (anno 2018)



Per quanto riguarda il rapporto tra consumo di farmaci e spesa, dal grafico successivo è possibile notare come la P.A. di Trento, così come accadeva negli anni scorsi, si sia posizionata nel quadrante che identifica le regioni che usano i farmaci mediamente meno costosi e hanno un consumo più basso rispetto alla media nazionale.

Figura 37: Rapporto tra consumo di farmaci e spesa (anno 2018)

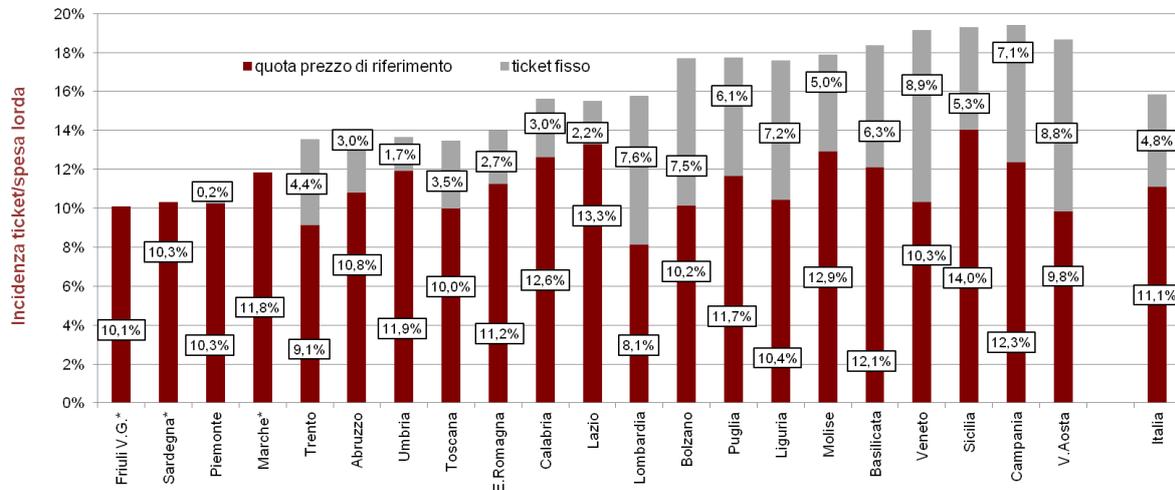


3.1.3 INDICATORE: Compartecipazione alla spesa farmaceutica

Dal 01/06/2015 anche in Trentino è stato introdotto il pagamento di una quota di €1 per ogni ricetta spedita in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (AFC). Il provvedimento è stato concepito con la finalità di finanziare l'erogazione di nuovi farmaci ad alto costo e indicati nel trattamento di patologie molto gravi, senza colpire le categorie sociali più deboli. Pertanto, sono stati esentati dal versamento della quota i cittadini in possesso di esenzione per invalidità di grado elevato, per patologie croniche o rare, per condizioni soggettive particolari e quelli sottoposti a terapia del dolore o ad ossigenoterapia. Con tali misure, come si evince chiaramente dal grafico sottostante, la compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, comprendente sia la quota ricetta regionale che la differenza sull'equivalente secondo prezzo

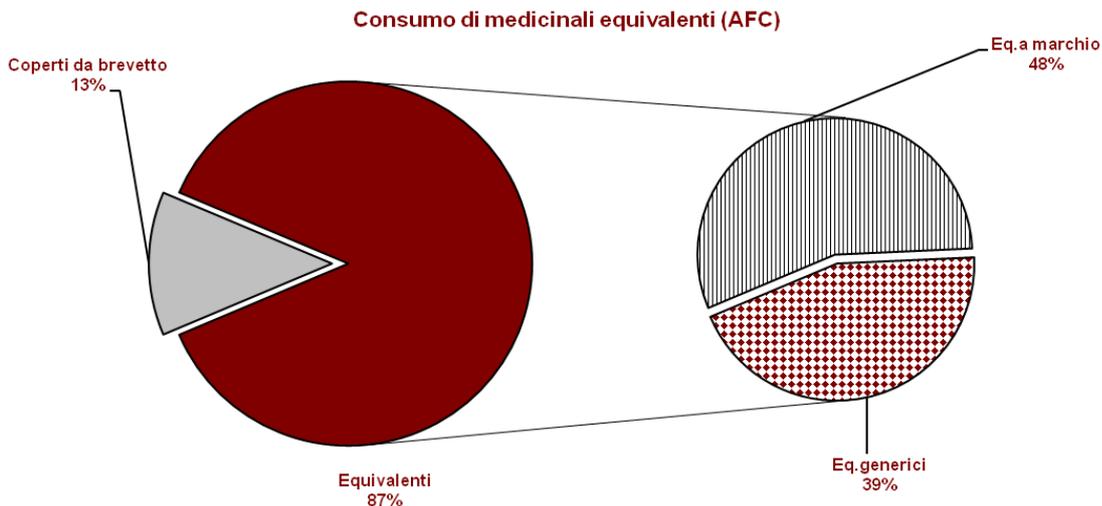
rimborso AIFA, attestandosi su un valore pari a 13,5%, è risultata la seconda più bassa tra le regioni che hanno adottato quote aggiuntive e di poco più alta rispetto alle regioni (con asterisco) che non le hanno deliberate.

Figura 38: Incidenza % della compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica



Non è da escludere che un notevole contributo al raggiungimento di tale risultato sia da attribuire al diffuso ricorso al farmaco equivalente, legato a un preciso atteggiamento culturale che tende a mantenere certi, gratuiti e universali alcuni beni per la società, includendo tra questi i farmaci. Infatti dal grafico successivo è facile verificare come il consumo di farmaci unbranded, ossia senza marchio industriale e per i quali è richiesta la sola quota ricetta (laddove prevista) rappresentino il 39% del consumo di farmaci in AFC. La diffusione di tale fenomeno culturale prova che in Trentino, così come accade in Germania e Regno Unito, non vi è alcun pregiudizio nell'utilizzo di un bene senza "etichetta" e che vi sono più risorse disponibili sia per l'assistenza sanitaria che per i cittadini.

Figura 39: Consumo di farmaci equivalenti (anno 2018)



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene in gran parte tramite prenotazione telefonica (Call Center) e presso i diversi sportelli ed ambulatori aziendali. Inoltre, alcune prestazioni, in quasi tutte le strutture erogatrici, non prevedono prenotazione ma accesso diretto (radiografie del torace e prelievi ematici).

Le prenotazioni (via telefono, via sportello, via web), sia in regime istituzionale sia in libera professione intramoenia, vengono effettuate tramite un unico software gestionale aziendale, ove sono depositate tutte le agende delle visite e degli esami specialistici, che si sostanzia in un Centro Unico di Prenotazione (CUP).

La prenotazione delle visite e delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale (SSN) è possibile, salvo pochi casi, soltanto dietro presentazione, o comunque disponibilità, di ricetta SSN.

Al momento della prescrizione, il medico può indicare sulla ricetta un'eventuale priorità clinica, che in provincia di Trento è applicata secondo il modello denominato RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea), i cui limiti di attesa per categoria di priorità clinica sono coerenti con quanto indicato dagli Accordi Stato-Regioni del 2002, con il nuovo Piano nazionale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 e con il Piano provinciale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 della Provincia Autonoma di Trento.

La distribuzione delle prestazioni nelle varie sedi di erogazione, pubbliche e private convenzionate, ospedaliere e distrettuali, si colloca in un'ottica di rete che ha nel CUP un suo punto di forza e ha fornito un valido contributo organizzativo nel contenimento dei tempi d'attesa. Anche l'attività in libera professione intramoenia è prenotata, con un percorso separato, sempre tramite il sistema CUP, anche al fine di garantire trasparenza e tracciabilità delle prestazioni erogate.

I cittadini possono prenotare le prestazioni anche via web attraverso il link "CUP on-line" che fornisce, ad un cittadino che dispone di ricetta SSN o che richiede una prestazione ad accesso diretto, la prima data disponibile per tutte le strutture che erogano quanto richiesto. La prenotazione è possibile, con simili funzionalità, anche tramite APP. In Provincia di Trento, sono inoltre attive le prenotazioni: i) tramite fascicolo sanitario elettronico per i cittadini iscritti a TreC (cartella clinica del cittadino) e ii) tramite la modalità CUP@ttivo per gli iscritti a TreC che vi hanno aderito: in quest'ultimo caso l'utente non deve più prenotarsi autonomamente bensì, dopo aver ricevuto la prescrizione di una prestazione da parte del proprio medico curante, viene contattato telefonicamente dal CUP.

Tramite il sito web dell'Azienda sanitaria è possibile consultare i tempi di attesa previsti dai monitoraggi nazionali e provinciali. Le prestazioni oggetto di monitoraggio ad oggi sono 42, mentre con i nuovi Piani di governo delle liste di attesa saranno 69. I predetti Piani si riferiscono al monitoraggio dei primi accessi (sono escluse visite e prestazioni di controllo),

Nell'anno 2018, e nei precedenti 2 anni, le prestazioni complessivamente prenotate tramite il CUP sono riportate nella Tabella 51. Si osserva un incremento delle prenotazioni in regime istituzionale (SSN), comprese le strutture accreditate convenzionate, che è passato (rispetto all'anno che precede) da +3.4% nel 2017 a +5.8% nel 2018. Si osserva altresì un minor incremento delle prenotazioni in libera professione intramoenia (specialisti APSS, dipendenti e convenzionati interni), passato da +2% nel 2017 a +1.6% nel 2018.

Tabella 51 – Numero di prenotazioni CUP (anni 2016-2017-2018). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

anno	regime istituzionale	LP*	totale
2016	1.118.206	110.338	1.262.232
2017	1.156.213	112.565	1.304.845
2018	1.222.976	114.314	1.304.845

* Prestazioni libero professionali intramoenia erogate da specialisti APSS (dipendenti e convenzionati interni).

La rete provinciale di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali comprende strutture dell'APSS (7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni sia per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto) e strutture private accreditate (9 strutture convenzionate per attività specialistica ambulatoriale e 29 studi/ambulatori convenzionati esterni per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche).

La distribuzione sul territorio delle sedi che erogano prestazioni specialistiche è capillare per le prestazioni di primo livello, mentre è necessariamente concentrata nelle sedi ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità o elevata tecnologia.

Nella Tabella 52 si evidenziano i tempi di attesa delle prestazioni prenotate ed erogate nel corso del 2018 agli utenti che hanno prenotato il primo posto libero offerto al momento del contatto col CUP (sono escluse le prenotazioni di prestazioni pre- e post-ricovero, cosiddetti "fogli gialli").

Tabella 52 – Numero di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO anno 2018 (prenotazioni su primo posto libero). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

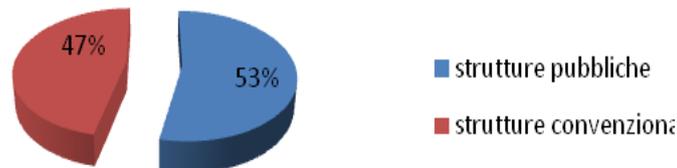
Priorità RAO	n° prenotazioni	tempo di attesa mediano (gg)	tempo di attesa nel 90% delle prenotazioni (gg)
A	14.332	1	<=3
B	67.669	5	<=11
C	70.331	16	<=29
E + NPR	728.726	13	<=42
totale	881.058		

5. Assistenza odontoiatrica

Nell'anno 2018, in applicazione delle direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della LP 22/07, l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento è stata garantita in forma diretta dalle strutture pubbliche della APSS e da 29 studi e ambulatori privati convenzionati.

Per quanto attiene le **attività ambulatoriali**, complessivamente sono state erogate 140.888 prestazioni (anno 2017 = 140.264), di cui 75.213 (53%) dagli ambulatori della struttura pubblica (anno 2017 = 75.542, pari al 54%) e 65.675 (47%) dagli ambulatori convenzionati (anno 2017 = 64.722, pari al 46%) (figura 1).

Figura 40. Assistenza odontoiatrica diretta - prestazioni erogate per tipologia di struttura - anno 2018



A tale attività deve essere aggiunta quella erogata in forma indiretta dagli ambulatori privati ai quali si sono rivolte, ottenuto il nulla osta, 362 persone (anno 2017 = 298 persone), di cui 218 (60,2%) per cure, 74 (20,4%) per prestazioni di ortodonzia e 70 (19,3%) per protesica, per un valore complessivo di 137.998,05 euro (anno 2017 = 124.502,07 euro).

In sintesi, l'analisi dei dati della assistenza odontoiatrica erogata in regime ambulatoriale evidenzia per l'anno 2018:

- l'incremento del numero complessivo di prestazioni erogate rispetto al 2017 (+0,4%), aumento determinato dall'attività delle strutture convenzionate (+1,5%);

Tabella 53. Numero prestazioni ambulatoriali di odontoiatria per tipologia di struttura anni 2016 - 2017- 2018

Tipologia struttura	Numero prestazioni odontoiatriche ambulatoriali		
	2018	2017	2016
Pubblica	75.213	75.542	72.583
Convenzionata	65.675	64.722	66.718
Totale	140.888	140.264	139.301

- la prevalenza delle prestazioni ricomprese nella voce "cure" rispetto alle altre prestazioni complessivamente erogate e il maggior impegno delle strutture convenzionate, rispetto a quelle pubbliche, nelle attività di protesica e di ortodonzia (tabella 54 e figura 41).

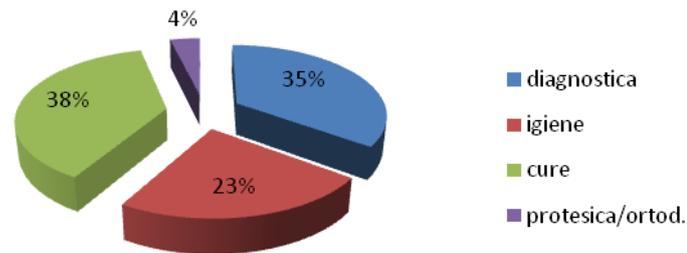
Tabella 54. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2018

Assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento - anno 2018			
Prestazioni	APSS	Strutture convenzionate	Totale
	n.	n.	n.
Diagnostica	31.596	17.796	49.392
Visita	28.856	15.347	44.203
<i>prima visita</i>	20.133	9.016	29.149
<i>visita di controllo</i>	8.723	6.331	15.054
Radiografia dentaria	2.740	2.449	5.189
Igiene*	17.155	15.679	32.834
Cure**	25.599	27.702	53.301
Protesica/ortodonzia	863	4.498	5.361
Totale	75.213	65.675	140.888

* comprende: ablazione tartaro, levigatura delle radici, sigillatura solchi e fossette

**comprende: chirurgia orale, conservativa, endodonzia, parodontologia, pedodonzia

Figura 41. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2018



- un tempo di attesa per l'accesso alla prima visita nelle strutture pubbliche e negli ambulatori privati convenzionati inferiore a 45 giorni in ambito provinciale (tab. 55).

Tabella 55. Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica – anno 2018

Prima visita odontoiatrica in ambito provinciale	Attesa media (gg.)	Attesa mediana (gg.)	90° percentile (gg.)
	22	21	40

L'attesa per il 90% dei pazienti è stata al massimo di 52 giorni se calcolata tenendo conto della libera accettazione del richiedente di un tempo maggiore per accedere ad una specifica sede di erogazione (tab. n.56)

Tabella 56. Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica liberamente accettato dai richiedenti – anno 2018

Prima visita odontoiatrica in ambito provinciale	Attesa media (gg.)	Attesa mediana (gg.)	90° percentile (gg.)
	28	25	52

- un numero di persone che hanno beneficiato dell'assistenza odontoiatrica complessivamente erogata dagli ambulatori aziendali, da quelli convenzionati e dai privati pari a 31.422 (anno 2017 = 31.818), come di seguito riportato.

Tabella 57. Persone che hanno beneficiato della LP 22 per tipologia di struttura – anni 2016 - 2017- 2018

Struttura	N. persone		
	2018	anno 2017	anno 2016
Apss	17.521	18.188	16.560
Convenzionata	13.539	13.332	13.212
Privata (ass. indiretta)	362	298	320
Totale	31.422	31.818	30.092

Relativamente alla cittadinanza, gli stranieri rappresentano il 18% del totale delle persone delle quali è documentata la provenienza, che hanno usufruito dell'assistenza odontoiatrica nelle strutture APSS, il 21,28 % di quelle che hanno avuto accesso alle strutture convenzionate.

In particolare, gli stranieri che maggiormente hanno avuto accesso agli ambulatori odontoiatrici, sia aziendali che convenzionati, sono di nazionalità albanese, marocchina, rumena.

Relativamente alla attività **in regime di degenza**, nel 2018 le UU.OO. di Chirurgia Maxillo facciale dell'ospedale di Trento e di Odontostomatologia dell'ospedale di Borgo Valsugana hanno effettuato complessivamente 436 ricoveri in day surgery per le prestazioni di "chirurgia orale di particolare complessità" che "rispondono a specifico grave quadro clinico".

Si riportano di seguito i DRG più frequenti determinati dal ricovero in regime diurno nelle due unità operative nel triennio 2016 - 2018.

Tabella 58. Day surgery UU.OO Chirurgia Maxillo facciale Trento e Odontostomatologia Borgo
DRG più frequenti anni 2016 - 2017- 2018

DRG	Numero dimessi		
	2018	2017	2016
187 Estrazioni e riparazioni dentali	203	248	268
169 Interventi sulla bocca senza CC	108	104	90
185 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	20	15	17

Per quanto attiene **l'attività di prevenzione**, nell'anno scolastico 2017 - 2018 lo screening odontoiatrico è stato condotto senza alcuna variazione organizzativa rispetto all'anno precedente.

In particolare, per il tramite degli istituti scolastici, i genitori dei bambini della 2a classe della scuola primaria di primo grado sono stati invitati a prenotare tramite CUP per i propri figli una visita odontoiatrica negli ambulatori pubblici.

Sono stati così invitati 5.530 bambini (anno sc. 2016 - 2017 = 5.473) e di questi 1.594 (28,8%) sono stati visitati dallo specialista odontoiatra (anno sc. 2016-2017 = 1.778, pari al 32,5%).

A seguito della visita, 1.014 (63,6%) bambini sono stati inviati dall'igienista dentale (anno sc. 2016 - 2017 = 1.045, pari al 59%), 608 (38,1%) sono stati presi in carico dall'odontoiatra per la prosecuzione delle cure (anno sc. 2016 - 2017 = 694, pari al 39%). Per 382 (24%) bambini dei 1.594 aderenti si è reso necessario il ricorso sia all'igienista dentale che all'odontoiatra.

Tabella 59. Screening odontoiatrico 2015 - 2018

Attività di screening	anno scolastico 2017 - 2018	anno scolastico 2016 - 2017	anno scolastico 2015 - 2016
n. bambini invitati	5.530	5.473	5.430
n. bambini visitati da odontoiatra	1.594 (28,8%)	1.778 (32,5%)	1.592 (29,4%)
di cui:			
inviati a igienista dentale	1.014 (63,6%)	1.045 (59%)	989 (62,1%)
prosecuzione cure odontoiatriche	608 (38,1%)	694 (39%)	489 (31%)
igienista + odontoiatra	382 (24%)	-	-

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il piano della salute del Trentino 2015-2025 individua la riorganizzazione della rete ospedaliera tra le azioni prioritarie da intraprendere allo scopo di favorire il rafforzamento dei rapporti della rete stessa con il territorio e con il settore socio assistenziale, in una logica di continuità che possa garantire la centralità del paziente nel processo di cura e assistenza.

Il Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) è l'articolazione organizzativa dell'Azienda che coordina unitariamente i sette ospedali pubblici inseriti nella "rete ospedaliera provinciale". La riorganizzazione di APSS avviata nel 2017 è fortemente orientata ad un consolidamento del governo unitario del Servizio Ospedaliero Provinciale, da realizzarsi anche attraverso l'istituzione delle sette Aree Ospedaliere con valenza gerarchica sulle Unità operative e Servizi dei diversi ospedali raggruppati trasversalmente secondo criteri di affinità clinica e/o di tipologia di mandato.

Il sistema ospedaliero unificato continua ad operare anche attraverso le altre forme organizzative trasversali già esistenti: i dipartimenti, le aree funzionali omogenee e le unità operative multizonali con l'obiettivo di garantire standard organizzativi e qualitativi uniformi, nonché efficienza nella distribuzione e nell'uso delle risorse e appropriatezza delle attività.

I principi fondamentali della rete rimangono la partnership e la sussidiarietà delle strutture componenti che si realizza attraverso processi di accentramento/decentramento della casistica basati sui percorsi clinici e sul riconoscimento esplicito di mandati e competenze cliniche, favorendo lo sviluppo di specifici ruoli di eccellenza.

GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

La ricerca di una maggiore appropriatezza nell'attività di ricovero è motivo di una serie di azioni, dalla revisione della distribuzione dei posti letto nelle varie strutture, al controllo del tasso di occupazione degli stessi, alla standardizzazione della codifica dei ricoveri e al monitoraggio continuo attraverso la definizione di indicatori di qualità e appropriatezza.

INDICATORE: Capacità di governo della domanda di assistenza

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, per quanto il sistema sanitario trentino si confermi complessivamente orientato verso una modalità di presa in carico di tipo ospedaliero, si evidenzia rispetto al 2017 un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione che ottiene una valutazione buona (che passa da 147,4 per 1.000 residenti nel 2017 a **142,4** nel 2018).

Cala in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di in appropriatezza, valore che si allinea a quello delle altre Regioni.

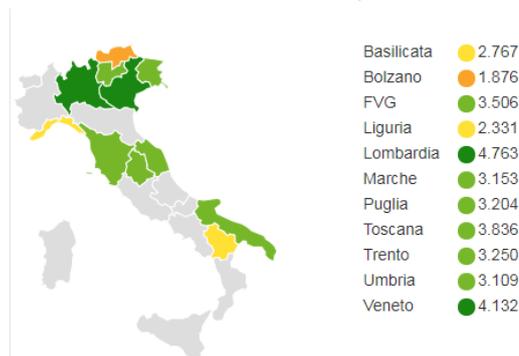
Con questo indicatore di sintesi che assume una quotazione pari alla media dei punteggi relativi agli indicatori di valutazione C1.1.1 e C1.1.2.1 il Sistema di valutazione della performance della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa valuta la capacità di governo della domanda di assistenza ospedaliera

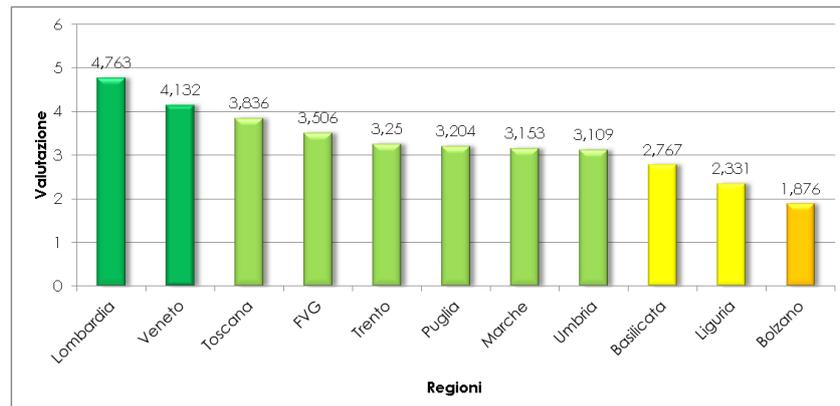
Nel confronto con le altre regione del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2017, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (3,25).

Di seguito sono riportati alcuni indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi della capacità di governo della domanda.

- C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **142,39**
- C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti **100,77**
- C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **27,75**
- C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH acuti per 1.000 residenti
- C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti **9,46**
- C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **11,29**
- C1.3 Posti letto per 1.000 residenti **4,04**
- C1.5 Indice di case mix **0,98-**
- C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) **38,12%**

Figura 42: Capacità di governo della domanda: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2018)





MODELLO CURE INTERMEDIE A TRENTO

I reparti di medicina interna e di geriatria dell'Ospedale S. Chiara sono soggetti sempre più frequentemente al fenomeno di "dimissioni ritardate" di pazienti che, seppure clinicamente dimissibili, non possono essere subito rinvii a domicilio per fattori dovuti alla loro condizione (necessità di recupero, riabilitazione o riattivazione a seguito di un fatto acuto che richiede tempi più dilatati di "convalescenza") o alla situazione del sistema famiglia/domicilio come l'addestramento del caregiver ad alcune manovre, la predisposizione dell'ambiente domestico e dell'assistenza e la necessità di ausili.

L'elevata percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani, che si traduce in una durata delle degenze (per ricoveri di tipo medico) superiore rispetto alle altre Regioni secondo l'analisi effettuata dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa rispecchia anche questa difficoltà in fase di dimissione.

Questi pazienti, infatti, permangono in ospedale prolungando inappropriatamente il ricovero, quindi sottraendo capacità di posti letto per i nuovi ingressi in fase acuta. E' evidente che nei casi di dimissione ritardata non solo le giornate di ricovero per acuti sono utilizzate male rispetto alle necessità, ma neppure si ottiene il risultato ricercato di favorire il recupero e la riabilitazione della persona/anziano fragile dopo un evento acuto.

Nel corso del 2018 si è consolidata l'attività avviata come sperimentazione di un nuovo setting di "cure intermedie" avviato nel luglio 2017 presso l'APSP Beato de Tschiderer. La dotazione è di 20 posti letto a valenza assistenziale e riabilitativa, a bassa intensità di cura, gestita dai servizi territoriali e a prevalente gestione infermieristica.

Nella tabella seguente è riportato il numero di pazienti in entrata dall'ospedale S. Chiara e il reparto di provenienza. per l'anno 2018 l'età media dei pazienti è di circa 79 anni con il 51% di sesso maschile e il 49% di sesso femminile.

Tabella 60. Nr pazienti accolti in Cure Intermedie in dimissione dall'ospedale S. Chiara durante l'anno 2018

Provenienza	2017 (6mesi)		2018	
	N. pazienti	%	N. pazienti	%
U.O. Medicina Interna	126	66%	254	63%
U.O. Geriatria	49	26%	106	26%
Osservazione breve di Pronto Soccorso	-	-	17	4%
Altre UU.OO.	16	8%	28	7%
Totale	191	100%	405	100%

TELEMEDICINA

Modello organizzativo dell'Ambulatorio di Telecardiologia di Rovereto

Secondo le Linee di indirizzo nazionali del 2017 del Ministero della Salute la Telecardiologia è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative e in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa sede. Il concetto è quindi quello di muovere quando possibile le informazioni e non i pazienti. Questo soprattutto in un territorio come quello trentino dove i due Ospedali con una Cardiologia si trovano a 25 Km di distanza sull'asse dell'Adige e molte zone sono lontane da questi e talvolta con vie di accesso impervie.

I dispositivi cardiologici che si possono monitorare con la Telecardiologia sono sia dispositivi impiantabili (loop recorder, pacemaker, defibrillatori, dispositivi per stimolazione bi ventricolare) che dispositivi non impiantabili (loop recorder esterni ed event recorder).

All'ospedale di Rovereto nel gennaio 2016 è stato attivato il primo ambulatorio di Telecardiologia in APSS. Il modello organizzativo attualmente in essere prevede un infermiere dedicato a tempo pieno e un tecnico o quando possibile un infermiere della sala di Cardiologia interventistica a supporto. Sono state elaborate delle procedure per gestire le diverse situazioni e gli allarmi che possono derivare dalla gestione in remoto dei device. Da ottobre 2018 è stato previsto un turno medico pomeridiano di 2 ore per la Telecardiologia. Scopo della riorganizzazione è stato quello di privilegiare i controlli clinici dei pazienti con problemi in atto limitando quanto più possibile le visite non necessarie.

Questo ha comportato anche un cambiamento nella frequenza dei controlli dei pazienti portatori di loop recorder che prima erano sottoposti a 2 o 4 controlli in ospedale all'anno mentre ora, con la possibilità di monitoraggio quotidiano su allarme, vengono gestiti completamente in remoto e chiamati a visita solo se ci sono eventi registrati dal device.

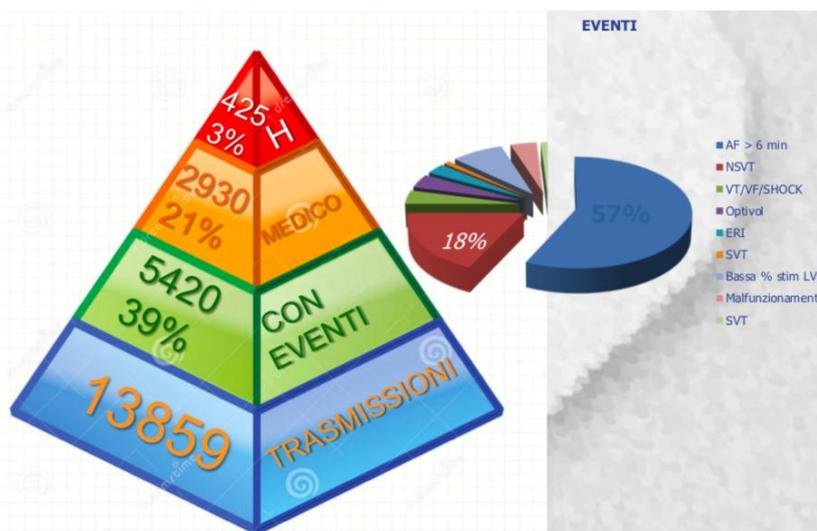
Nei pazienti portatori di pacemaker tradizionalmente si facevano 1-2 controlli in ospedale/anno mentre ora sono seguiti in remoto infatti dopo il primo controllo a 3 mesi eseguono 4 trasmissioni programmate/anno più le trasmissioni su allarme e viene consigliata una valutazione clinica all'anno da parte di un medico che non necessariamente deve essere un cardiologo ospedaliero.

Nei pazienti portatori di defibrillatore/biventriolare tradizionalmente si facevano 2-3 controlli in ospedale/anno mentre ora sono seguiti in remoto (4 trasmissioni programmate/anno più trasmissioni su allarme) e vengono visti in ospedale 1 volta/anno o su allarmi del device (sono comunque pazienti più delicati, nella maggior parte dei casi con pregresso scompenso e meritano maggiore attenzione)

Questi cambi organizzativi hanno permesso di abbattere le liste d'attesa dell'ambulatorio "controllo devices" da 8 mesi (dato di marzo 2016) a 20 giorni (dato di dicembre 2018). Il prezzo è stato un notevole numero di trasmissioni in remoto da controllare: 13859 nel 2018 generate da 1887 device monitorati in remoto cioè 7.3 trasmissioni per paziente/anno

Di queste trasmissioni 5420 (39%) con eventi di qualche tipo (nel 57% fibrillazione atriale, nel 18 % tachicardie ventricolari non sostenute, ecc.); di queste il 2930 21% sono state chiuse dal medico di riferimento ma solo 425 trasmissioni, il 3% delle trasmissioni, ha richiesto una valutazione del paziente in ospedale (vedi sotto figura 43).

Figura 43 – Sistema di telecardiologia – esiti delle trasmissioni



APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA

Nell'ambito della rete ospedaliera, la definizione esplicita di mandati operativi specifici per ciascun ospedale è stata oggetto negli anni recenti di studio e di sperimentazione al fine di perseguire il miglioramento dell'efficienza delle attività chirurgiche attraverso una redistribuzione delle attività stesse improntata a criteri di sicurezza, qualità clinica ed efficienza.

In tale prospettiva si è affermata l'esigenza di definire soglie minime di volume di attività, sancita sia da direttive provinciali sia a livello normativo nazionale. Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti).

L'obiettivo provinciale di definire soglie minime di attività è stato contestualizzato nel quadro dell'organizzazione a rete della funzione chirurgica aziendale. Allargando il concetto di ospedale di riferimento dal singolo ospedale ad un sistema più articolato di rete ospedaliera, sono stati definiti mandati operativi per ciascun ospedale e U.O. chirurgica: la casistica chirurgica è stata attribuita in relazione a standard qualitativi e quantitativi, alla expertise dei singoli operatori e alle competenze multidisciplinari e multi professionali. L'alta complessità è attribuita agli ospedali dotati di tecnologia e competenze di elevata specializzazione standard in modo tale da garantire un ottimale livello di qualità nel percorso di cura.

Gli interventi di chirurgia maggiore sono stati concentrati negli ospedali di Trento (UU.OO. di chirurgia generale 1 e 2), di Rovereto e, limitatamente al colon, di Cles mentre gli ospedali periferici sono stati dedicati agli interventi di colecistectomia laparoscopica, chirurgia erniaria, venosa e proctologica.

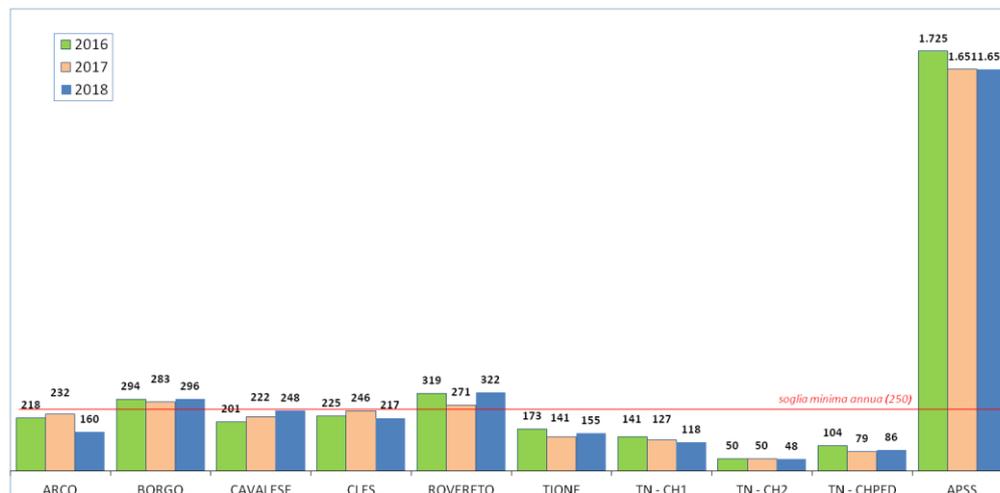
Attività chirurgica per tipologia di intervento

L'attività chirurgica dell'anno 2018 è stata analizzata e messa a confronto con quella degli anni precedenti attraverso la rilevazione della frequenza di alcune tipologie di intervento, per ogni ospedale e unità operativa, messa in rapporto con le soglie ottimali di attività come definite nelle direttive aziendali.

Per l'ambito della chirurgia generale sono state esaminate le attività chirurgiche di riparazione ernia (inguinale, crurale, ombelicale e ernia su precedente lesione), colecistectomia laparoscopica e laparotomia e gli interventi sul colon -dal cieco al sigma- con diagnosi di tumore.

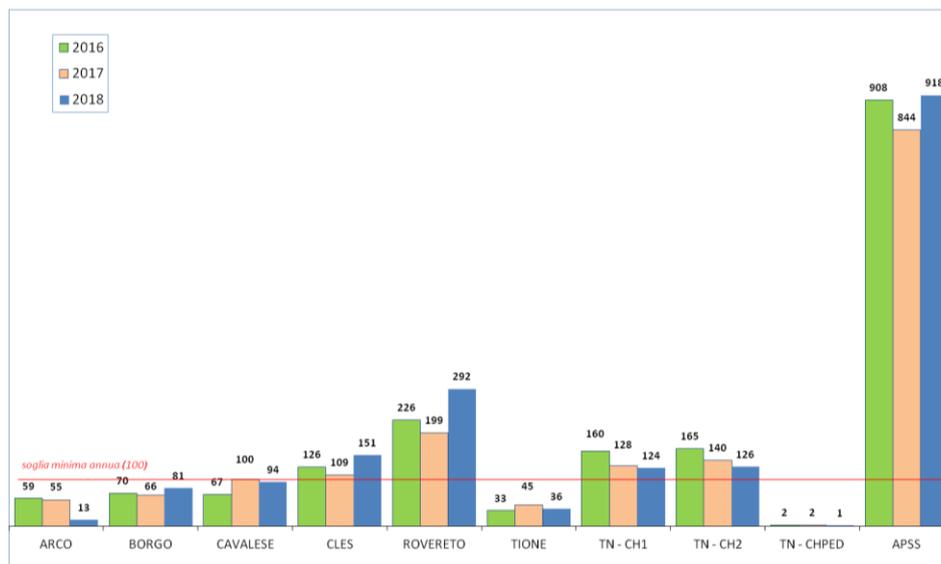
Come risulta dalla figura 44, la numerosità degli interventi di riparazione di ernia risulta nel 2018 in APSS complessivamente stabile rispetto al 2017, ma andando a considerare singolarmente gli ospedali, emergono delle differenze: si evidenzia un incremento per gli ospedali di Cavalese e Rovereto che permette al primo di raggiungere quasi pienamente il valore soglia predeterminato e al secondo di superarlo in maniera significativa. Calano invece gli interventi di ernia effettuati per gli ospedali di Cles, Arco e in Chirurgia 1 dell'ospedale S. Chiara.

Figura 44 – Interventi di ernia in Provincia di Trento – Anno 2018



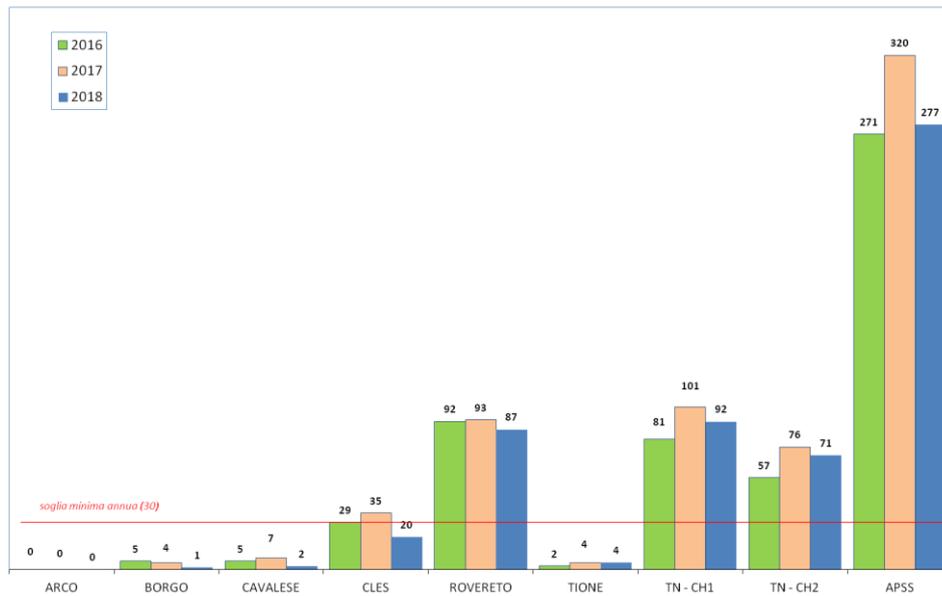
Nel 2018 gli interventi di colecistectomia, come illustrato nella figura 45, risultano in aumento rispetto al 2017 soprattutto grazie all'aumento di interventi effettuati all'ospedale di Rovereto e di Cles.

Figura 45 - Interventi di colecistectomia in Provincia di Trento – Anno 2018



Per quanto riguarda gli interventi sul colon (vedi figura 46) si evidenzia un calo complessivo degli interventi che porta l'ospedale di Cles a posizionarsi sotto la soglia minima predefinita.

Figura 46 - Interventi sul colon in Provincia di Trento – Anno 2018



Per l'ambito ortopedia traumatologia sono stati esaminati gli interventi di protesi dell'anca (parziale e totale) e di protesi del ginocchio. Come risulta dalla figura 47 nel 2018 la numerosità degli interventi di protesi dell'anca (parziale e totale) risulta complessivamente in aumento in APSS rispetto al 2017 mentre quella di protesi di ginocchio si mantiene stabile (figura 48). Premesso che la delibera 500/2015 stabilisce una soglia cumulativa della protesica arto inferiore pari a 100 interventi/anno, anche per il 2018 Trento e Rovereto superano la soglia abbondantemente. Tione presenta un calo di interventi rispetto al 2017 rimanendo comunque entro i limiti della soglia minima, Cles presenta un aumento di attività rimanendo come per il 2017 sopra la soglia con un buon margine, Cavalese passa la soglia con un buon margine aumentando i volumi delle due tipologie di intervento rispetto al 2017 e Borgo con un trend in aumento rispetto al 2017 riesce complessivamente a raggiungere la soglia stabilita.

Figura 47 - Interventi di protesi d'anca (parziale e totale) in Provincia di Trento – Anno 2018

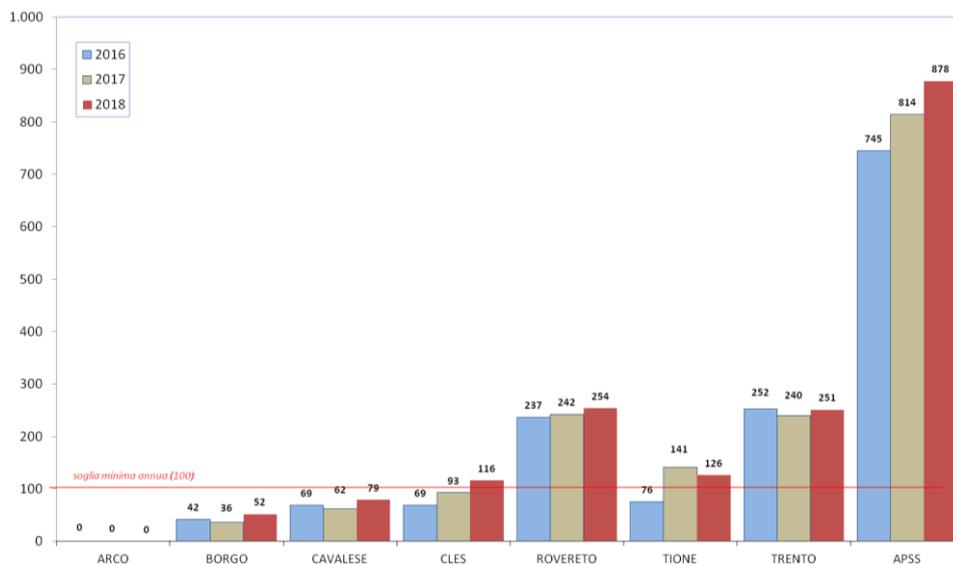
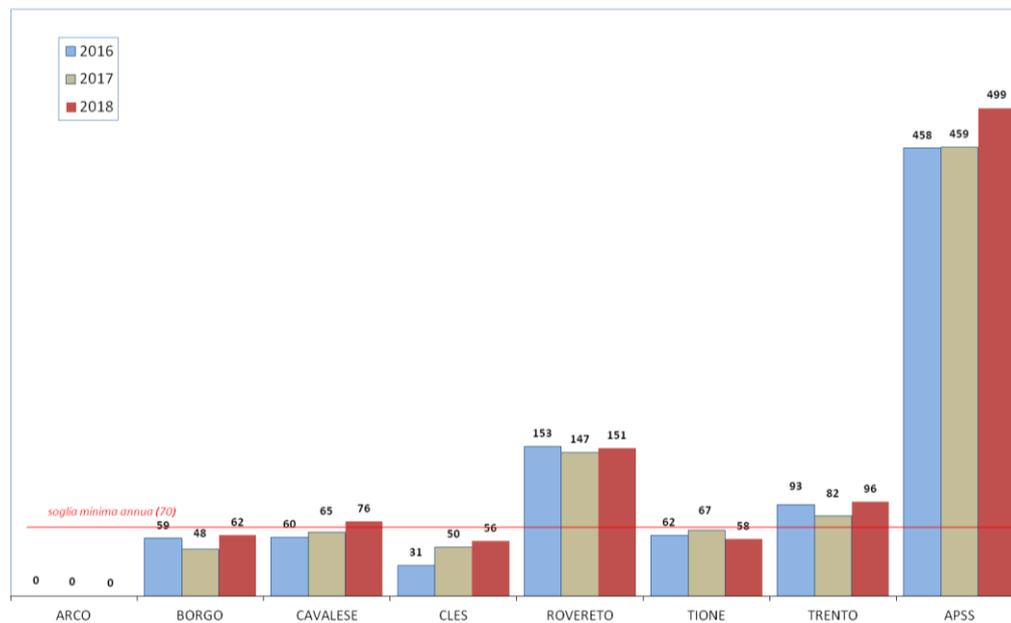


Figura 48 - Interventi di protesi di ginocchio in Provincia di Trento – Anno 2018



INDICATORE: Appropriatazza chirurgica

Si parla di appropriatezza chirurgica quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche ed utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici. In questa ottica, l'albero C4 dell'appropriatezza chirurgica mette in evidenza l'utilizzo delle risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle strutture, sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery, ponendo l'attenzione sui DRG LEA a rischio di inappropriatazza in regime di ricovero e sulle colecistectomie laparoscopiche.

La gestione della casistica chirurgica è complessivamente appropriata, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla day surgery, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche, comunque più contenuta rispetto alle altre Regioni.

L'indicatore di sintesi C4 Appropriatazza chirurgica assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e RO 0-1 giorno (30%), C4.7 - DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in day-surgery (60%) e C18.6 - Tasso di ospedalizzazione per stripping di vene (10%).

Nel confronto con le altre regione del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2018, l'APSS ottiene una valutazione di **1,97** inferiore alla media del Network ma in continuo miglioramento.

Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi dell'appropriatezza chirurgica

C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) 0,20%

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici 17,29%

C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari 18,09%

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o RO 0-1 gg **39,12 %**

C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) **49,56 %**

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti **42,86**

Si evidenzia il valore valutato come ottimo dell'indicatore C18.6 che registra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di stripping vene, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.

Questo indicatore, visto che risulta poco probabile una variabilità sistematica delle indicazioni per l'intervento di legatura o stripping tra le aree considerate, consente di identificare un potenziale sovra-utilizzo o sotto-utilizzo della tecnica chirurgica. Si ricorda inoltre che per questa tipologia di intervento il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" prevede la migrazione dal trattamento in regime ordinario ad ambulatoriale.

Intervento per la frattura del collo del femore

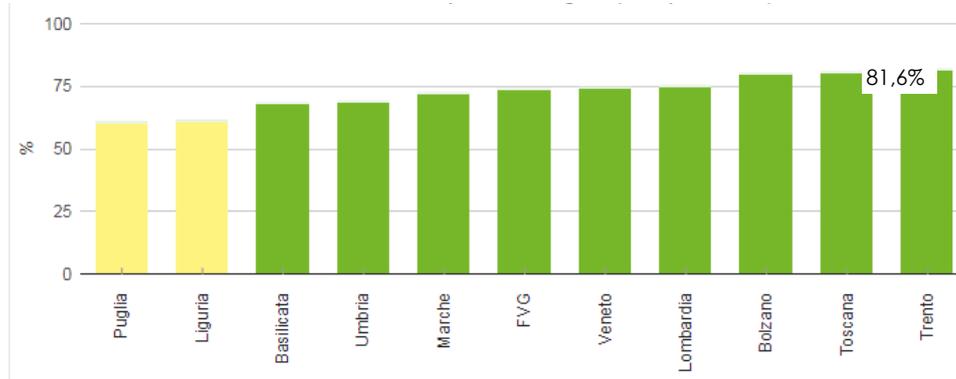
Effettuare entro le prime 24 ore, e non oltre le 48 ore, l'intervento chirurgico per la frattura del collo del femore è una raccomandazione contenuta nelle maggior parte delle Linee Guida disponibili che mostrano come che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente.

La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale, in questo caso, è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare

tempestivamente il paziente al reparto. Considerando che, in alcuni casi specifici, il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione, l'obiettivo è posto all'80%.

Nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2018, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma per l'APSS tra le più elevate (**81,6%**) in ulteriore aumento rispetto al 2017.

Figura 49 - C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) – Anno 2018



INDICATORE: Qualità di processo

L'indicatore qualità di processo valuta la componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche ed alla condivisione con i professionisti.

In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, si registra ancora una difficoltà relativamente alla capacità dei pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza: solo il 55,5% dei ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, ha un DRG chirurgico in fase di dimissione.

L'indicatore di sintesi C5 Qualità di processo assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C5.2 % di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) (25%), C5.3 - % di prostatectomie transuretrali (10%), C5.12 - % di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate (25%), C16.7 - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (20%), C16.4 - % di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore (20%).

Nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2018, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (**3,49**), risultando anche per il 2018 la migliore nel Network.

Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi dell'appropriatezza chirurgica

- C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale **3,21 %**
- C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) **81,62%**
- C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali **92,00%**
- C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate **93,53%**
- C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti **1,55 Giorni**
- C16.7 Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione **55,45 %**
- C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore **96,86%**

Sviluppo di nuove procedure chirurgiche

Awake surgery e mapping cerebrale

Nel corso del 2018 la Neurochirurgia di Trento ha consolidato la propria esperienza nel contesto del brain mapping cerebrale e della chirurgia in condizioni di veglia per l'asportazione delle lesioni cerebrali in area critica e per la patologia vascolare.

L'*awake surgery* in ambito oncologico ha consentito, fino al termine del 2018, l'esecuzione complessiva di 42 interventi di asportazione di lesioni in area critica, senza deficit neurologici permanenti.

Sulla scorta di questa esperienza è stato possibile avviare uno studio, che confronta 2 serie di pazienti sottoposti a resezioni di gliomi di alto grado, la prima con tecnica di *awake surgery* ed *imaging* avanzato e la seconda in anestesia generale e pianificazione con *imaging* avanzato, che non ha documentato differenze statisticamente significative nell'*outcome* neuro-cognitivo a lungo termine tra le due metodiche, ed ha documentato invece una differenza statisticamente significativa nella sopravvivenza complessiva dei pazienti sottoposti ad *awake surgery* rispetto a quelli operati in anestesia generale.

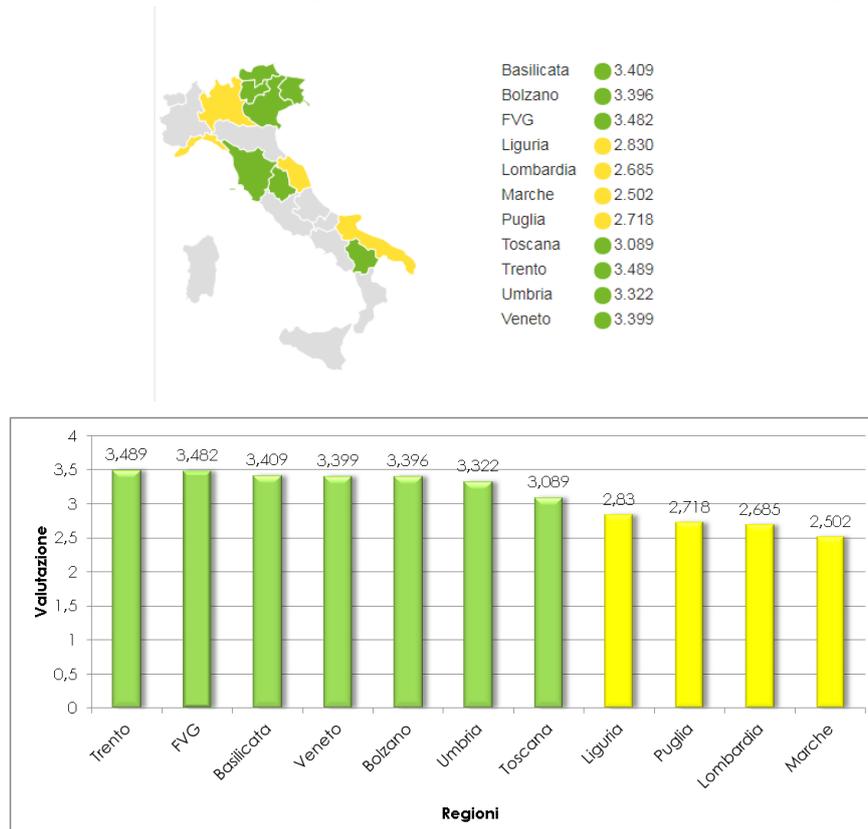
Nel corso del 2018, infine è stata completato lo studio di validazione della metodica di resting-state fMRI (rs-fMRI) con i dati di *brain mapping* mediante stimolazione elettrica diretta cerebrale in corso di *awake surgery*. Il rs-fMRI è una tecnica di risonanza magnetica che permette di estrapolare delle mappe di distribuzione corticale dei principali *network* funzionali cerebrali (motorio, visivo, linguistico), a partire da una sequenza acquisita con il paziente in condizioni di riposo (della durata di circa 11 minuti) ed attraverso un complesso e multimodale *post-processing* dei dati. Lo studio ha prodotto una prima pubblicazione sulla rivista ufficiale dell'*American Association of Neurosurgical Surgeons* (AANS), il *Journal of Neurosurgery* (Zacà et al, *Journal of Neurosurgery* 2018) nella quale il software denominato ReStNeuMap (*Resting-State Neurosurgical Mapping*) ideato e prodotto grazie alla collaborazione tra la U.O. di Neurochirurgia ed il CIMEC dell'Università di Trento è

stato prodotto come supporto nella pianificazione pre-operatoria, ma anche per il *follow-up* di pazienti neurochirurgici e non.

Per concludere, l'esperienza chirurgica ed anestesiológica maturate nel corso degli ultimi anni, e la possibilità offerta dalla costante presenza presso l'U.O. di Neurochirurgia della figura del neuropsicologo clinico, hanno consentito l'allargamento dell'indicazione della metodica di *awake surgery* al clippaggio degli aneurismi cerebrali intatti.

Nel corso del 2018 sono stati operati con questa metodica due pazienti, la prima con un aneurisma dell'arteria cerebrale media e la seconda con un aneurisma dell'arteria comunicante anteriore. Non si sono verificate complicanze peri- nè post-operatorie e le pazienti non hanno riportato alcuna variazione nella performance cognitiva allargata rispetto al pre-operatorio. Le angiografie di controllo hanno documentato la completa esclusione delle due malformazioni dal circolo ed entrambe le pazienti sono tornate alla propria vita e ad una normale attività lavorativa. Questa esperienza, seppur preliminare, rappresenta una novità nel panorama italiano ed europeo ed una base per la definizione di un nuovo standard di monitoraggio clinico nel corso delle manovre di esclusione dal circolo degli aneurismi cerebrali non rotti.

Figura 50: Qualità di processo: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2018)



PERCORSI ONCOLOGICI

I percorsi clinici hanno come scopo di definire la sequenza corretta di interventi di diagnosi e cura che si susseguono nelle varie fasi della gestione di una determinata patologia, da applicare in modo uniforme e omogeneo. Il fondamento è la centralità del paziente, che attraversa vari servizi e strutture potendo contare però su una presa in carico continuativa e multidisciplinare, fondata sulla collaborazione e il confronto tra tutti i professionisti coinvolti.

Anche nel 2018 sono stati valorizzati i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) implementati negli anni precedenti, in particolare quello per la patologia oncologica della prostata, il percorso per il carcinoma della mammella, il PDTA per il tumore del colon-retto, quello per l'epatocarcinoma e il PDTA per il tumore polmonare.

INDICATORE: Soglie chirurgica oncologica/Performance Trattamenti Oncologici

L'indicatore in oggetto del Network – S. Anna di Pisa raccoglie una serie di indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti i percorsi oncologici quali il processo, i volumi, la spesa farmaceutica e l'appropriatezza chirurgica.

Nel confronto con le altre Regioni del Network, rispetto ai dati del 2018, l'APSS ottiene una valutazione di performance buona (■ **3,92**), risultando anche per il 2018 la migliore del Network.

Di seguito sono riportati alcuni degli indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per il monitoraggio del buon funzionamento dei percorsi oncologici.

C10.1 Volumi Oncologia ■ **4,88**

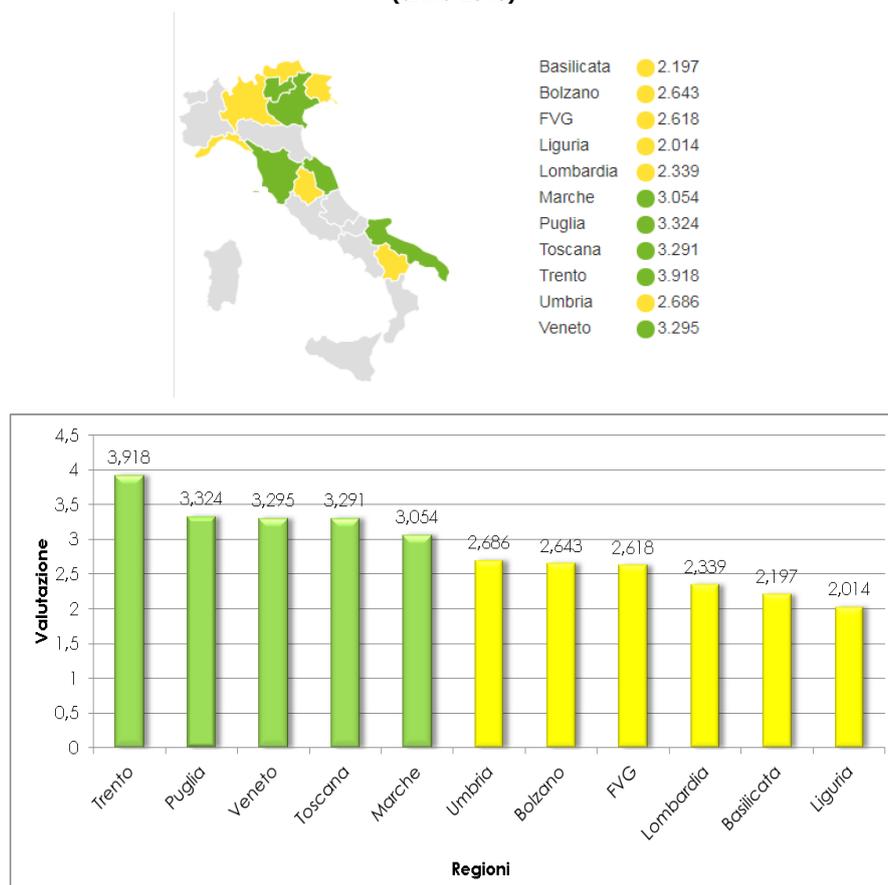
C10.1A Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella ■ **4,92**

C10.1.3 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella ■ **99,14%**

C10.1.4Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella ■ **1,27**Indice

- C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata ■ 4,85
 C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata ■ 97,93%
 C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per int. chirurgici per tumore maligno alla prostata ■ 0,97
 C10.2 Tumore alla mammella ■ 1,69
 C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi per tumore maligno della mammella ■ 68,46%
 C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella 25,45%
 C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (3anni) ■ 4,63%

Figura 51: Performance Trattamenti Oncologici: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2018)



PROTONTERAPIA

Il Centro di Protonterapia, Unità Operativa dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, è una struttura altamente specialistica dedicata alla cura dei tumori, che inoltre svolge attività di ricerca nell'ambito clinico, preclinico, spaziale, dei sensori e delle infrastrutture.

La protonterapia è un trattamento radiante di precisione che utilizza particelle pesanti (i protoni) per irradiare le cellule tumorali con estrema precisione, risparmiando i tessuti sani intorno alla lesione.

Il Centro dispone di due sale dotate di gantry (ovvero la struttura che permette di indirizzare con grande precisione le radiazioni, ruotando a 360° intorno al paziente) e di una sala ad uso sperimentale e di ricerca, dotata di un fascio fisso. Attualmente, è l'unico Centro di Protonterapia afferente ad un'azienda sanitaria pubblica in Europa e l'unico ad essere dotato di gantry e della tecnologia PBS (pencil beam scanning) per l'erogazione del fascio di protoni. Il primo paziente adulto è stato trattato il 22 ottobre 2014 ed il primo paziente pediatrico il 21 maggio 2015.

Nel corso dei primi quattro anni di attività, lo studio e l'esperienza maturate dal personale del Centro hanno consentito di allargare progressivamente le tipologie di tumore trattate, conseguendo una serie di importanti primati scientifici a livello nazionale ed internazionale.

La dotazione tecnologica disponibile consente di effettuare la forma più evoluta di protonterapia, attualmente in uso in pochi altri centri al mondo (active scanning, anche nelle forme più avanzate - IMPT), rendendo possibile il trattamento di ogni tipo di neoplasia solida pediatrica, inclusa l'irradiazione cranio-spinale, la radiochirurgia ed il trattamento di neoplasia localizzate in organi in movimento (estremamente complesso e disponibile solo in pochi centri al mondo).

Il Centro accoglie e tratta pazienti affetti dalle seguenti patologie: tumori cerebrali e della base cranica, tumori della testa e del collo, tumori pediatrici, sarcomi, tumori gastrointestinali, tumori in sindromi genetiche, tumori della colonna vertebrale e del sacro, linfomi oltre all'attività di trattamento di tumori già irradiati.

Nel corso dei primi quattro anni di attività, il numero di pazienti trattati è costantemente aumentato, riscontrando un deciso incremento nel corso dell'anno 2018: confrontando il dato di chiusura al 31 dicembre 2017 con il **dato rilevato un anno più tardi, si rileva un incremento del 79,2%** (ovvero 133 pazienti in più).

AREA MATERNO INFANTILE

In quest'area di attività il Comitato Provinciale per il Percorso Nascita, operativo dal 2016, ha coordinato la riorganizzazione dei punti nascita provinciali, sostenendo nel contempo la diffusione nel territorio del nuovo progetto Percorso Nascita, che prevede la presa in carico della gestante a basso rischio da parte delle ostetriche territoriali.

Nella tabella n 61 sono riportati il numero dei parti nei diversi punti nascita della APSS per il 2016 e il 2017 e 2018.

Tabella 61. Numero parti per punto nascita

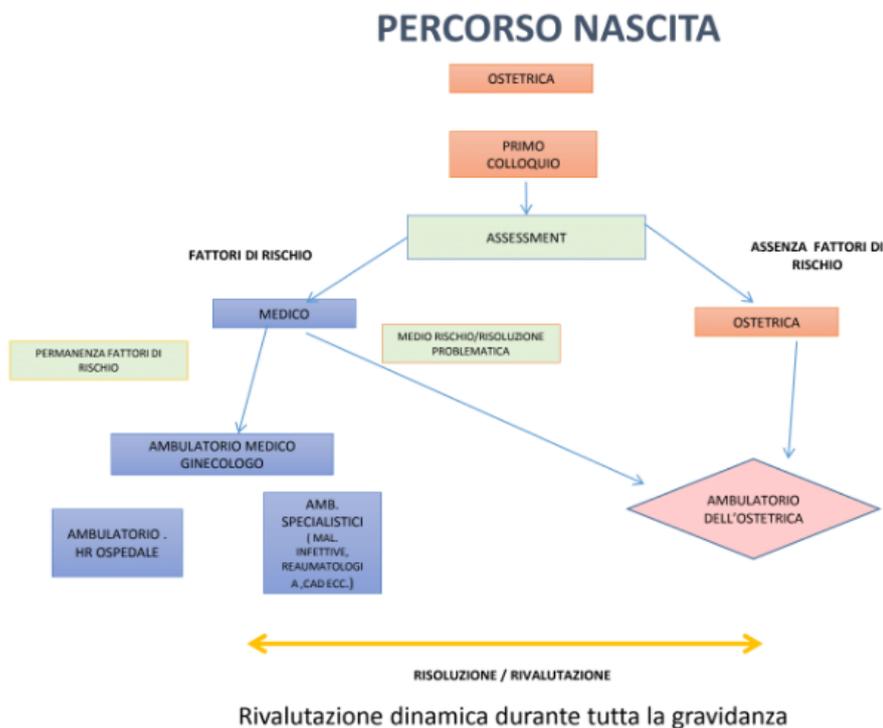
Punti Nascita	2016		2017		2018	
	n°	media al GG	n°	media al GG	n°	media al GG
Trento	2.403	6,6	2.501	6,9	2.348	6,4
Rovereto	1.211	3,3	1.135	3,1	1.139	3,1
Cles	460	1,3	432	1,2	449	1,2
Cavalese (Chiuso da MARZO 2017 riapre da DICEMBRE 2018)	79	0,2	17	0,0	14	0,0
Arco (chiuso da agosto 2016)	46	0,1	-	-	-	-
Tione (chiuso da maggio 2016)	7	0,0	-	-	-	-
Totale	4.206	11,5	4.085	11,2	3.950	10,8

Progetto Percorso Nascita

Il Percorso nascita, inteso come l'insieme delle cure necessarie alla donna e al suo bambino dall'inizio della gravidanza al puerperio, rappresenta in Trentino un modello innovativo di presa in carico della donna in gravidanza, che assicura appropriatezza, efficienza e efficacia (vedi figura 52). Coniuga l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili in linea con quanto previsto dai LEA e le raccomandazioni cliniche che derivano dall'analisi di esperienze scientifiche internazionali.

Il Percorso Nascita che comprende tutta la gamma di servizi offerti per tutelare il benessere della mamma, del neonato e della famiglia, è offerto alle donne residenti in tutti i territori della Provincia, con tempi di attuazione progressivi e diversificati in funzione della presenza o meno del punto nascita in quel territorio. L'ostetrica che effettua il primo colloquio è l'ostetrica dedicata (care manager) per tutto il percorso nascita; è infatti la figura di riferimento/dedicata che prende in carico i bisogni della donna. Inoltre, verifica l'adesione della donna alle cure proposte e raccoglie i dati richiesti e ne verifica la completezza.

Figura 52- Modello del percorso nascita



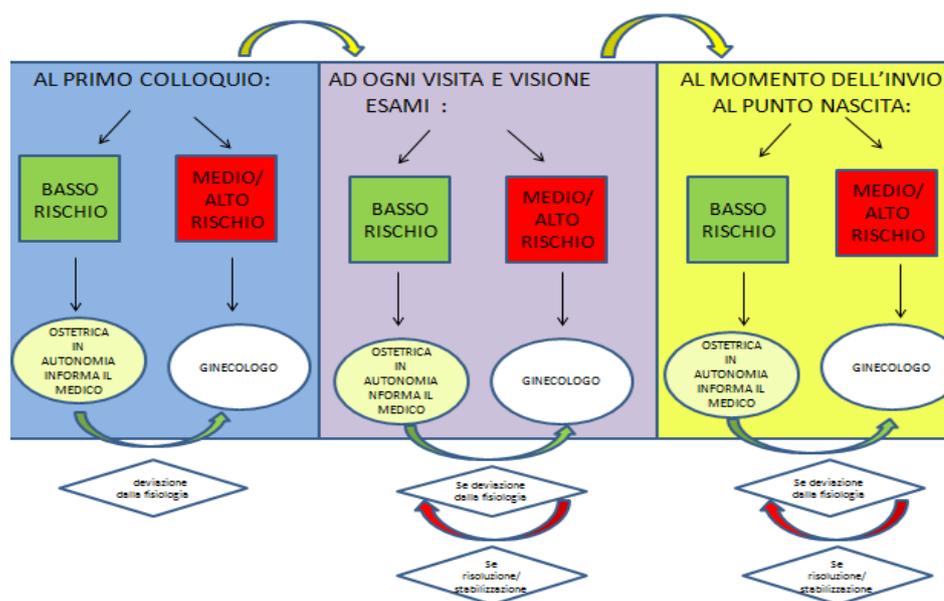
Nella tabella che segue è riportata la percentuale di reclutamento nei diversi territori della Provincia riferita al 2016, al 2017 e al 2018.

Tabella 62. Percentuale di reclutamento del Percorso nascita in Provincia di Trento – Anni 2016-2017-2018

	2016	2017	2018
Distretto centro sud (Vallagarina)			
Popolazione di riferimento	786	707	773
Numero primi colloqui	123	280	340
Percentuale di reclutamento	15,6%	40%	44%
Distretto est			
Popolazione di riferimento	926	1027	879
Numero primi colloqui	730	725	659
Percentuale di reclutamento	78,8%	70,6%	75%
Distretto centro nord			
Popolazione di riferimento	1051	1046	946
Numero primi colloqui	314	403	512
Percentuale di reclutamento	29,8%	38,5%	54%
Territorio Giudicarie			
Popolazione di riferimento	287	255	232
Numero primi colloqui	158	186	193
Percentuale di reclutamento	61,4 %	73 %	83 %
Territorio Garda e Ledro			
Popolazione di riferimento	403	388	362
Numero primi colloqui	159	274	255
Percentuale di reclutamento	39,4 %	70,6 %	70,4 %
Distretto ovest			
Popolazione di riferimento	848	742	689
Numero primi colloqui	0	11	238
Percentuale di reclutamento	Servizio non ancora attivato	1,5% Servizio attivato dal 15/12	34,5%

Anche in caso di deviazione dalla fisiologia l'ostetrica resta la "care manager" del percorso, favorendo la continuità e l'integrazione tra i servizi per una adeguata risposta ai bisogni di quella mamma e quel bambino. Il filo conduttore del progetto è la distinzione tra percorsi a basso e medio/alto rischio con la gestione della gravidanza, dei controlli a termine di gravidanza e dell'attività di sala parto secondo protocolli distinti per basso e medio/alto rischio, con la gestione dell'accesso alle prestazioni attraverso un triage ostetrico e del puerperio secondo protocolli distinti per basso e medio/alto rischio (vedi figura 53)

Figura 53 – Articolazione della valutazione e rivalutazione del rischio in gravidanza



INDICATORE: Valutazione di performance clinica del percorso nascita

Il sistema di valutazione S. Anna di Pisa misura la qualità sanitaria del percorso nascita con diversi indicatori dei quali solo alcuni sono oggetto di valutazione, mentre gli altri vengono forniti come indicatori di contesto, per una più completa lettura del percorso.

L'indicatore C7 Materno-infantile assume una valutazione pari alla media pesata di alcuni degli indicatori che lo compongono (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi). L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei sotto indicatori valutati (i pesi dei singoli sottoindicatori sono indicati in parentesi): C7.1 % cesarei depurati (NTSV) (70%), C7.3 % episiotomia depurate (NTSV) (15%), C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (15%).

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2018, APSS ottiene una valutazione di performance ottima (■ **4,07**).

Di seguito sono elencati alcuni degli indicatori presi in considerazione nelle valutazioni del percorso nascita.

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■ **12,58%**

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■ **13,20%**

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■ **6,59%**

C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum $0,77 \times 1.000$

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva **26,00%**

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4 **19,28%**

Agli indicatori di valutazione sono stati assegnati pesi differenti in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica, e in base a questo l'indicatore C7.1 "Percentuale di cesarei depurati" è quello che incide maggiormente sulla valutazione del percorso materno-infantile, vista la sua importanza a livello clinico e l'ampia condivisione dell'indicatore anche a livello internazionale.

Figura 54: Valutazione di performance clinica del percorso nascita – Network – S. Anna di Pisa (anno 2018)

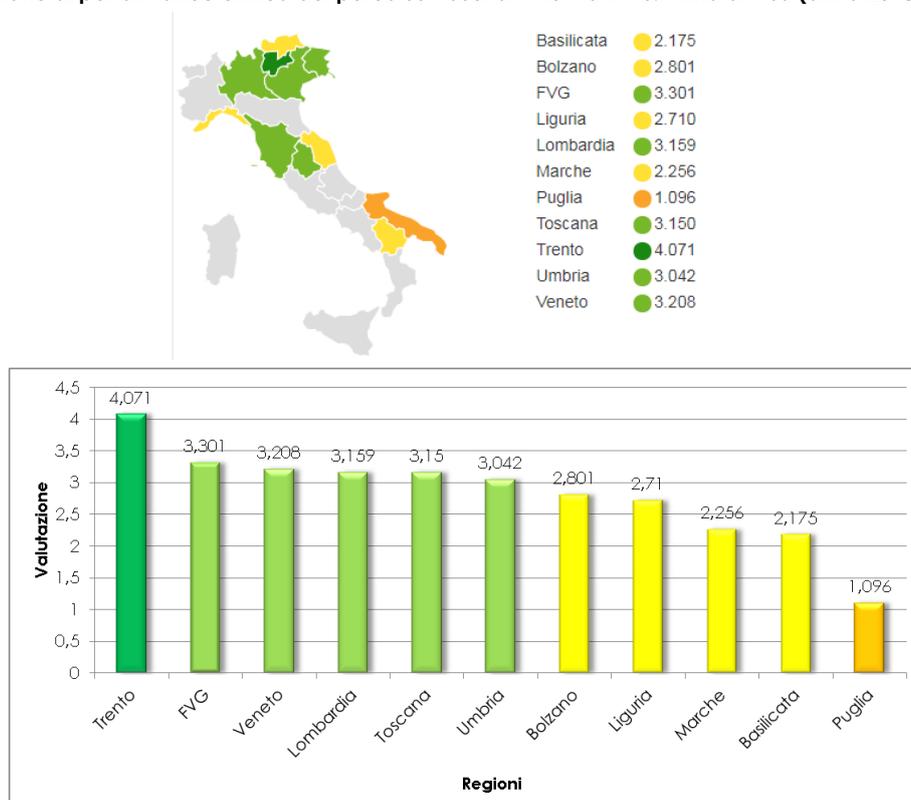
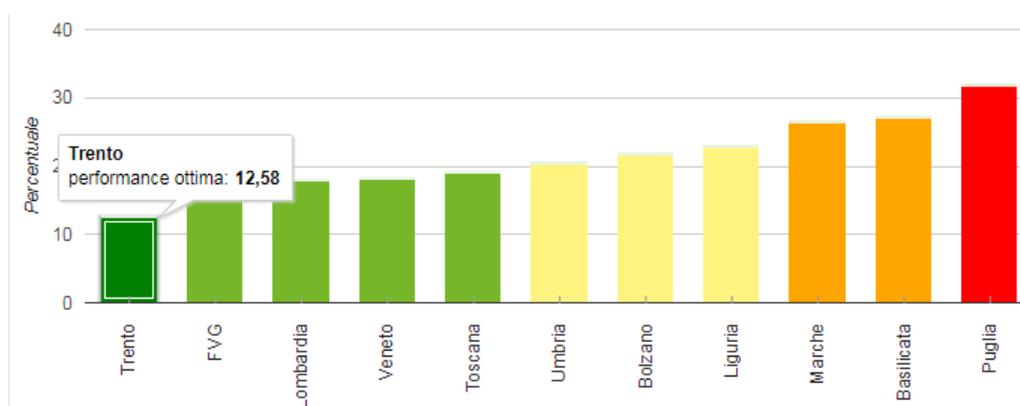


Figura 55: C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) – Anno 2018



Progetto Baby Friendly Hospital & Community (BFHC)

Nel corso del 2018 si è sviluppato il progetto "Ospedali & Comunità Amici Dei Bambini" ("Baby Friendly Hospital & Community") di UNICEF avviato nel 2017 e che ha visto coinvolti tutte gli ambiti sia ospedalieri che territoriali della provincia. Tale programma prevede una prima autovalutazione rispetto agli Standard di Buone pratiche (effettuata nel corso degli anni 2016/2017), la definizione di un Piano d'azione e l'attuazione dello stesso al fine di garantire il rispetto dei requisiti previsti (PASSI).

Rispetto al percorso previsto (vedi figura 56), l'ospedale S. Chiara è già certificato, mentre le altre Strutture ospedaliere e territoriali hanno concluso in modo positivo la Valutazione Fase 1 a marzo 2018 e contemporaneamente è stata avviata la preparazione alla Valutazione Fase 2.

Figura 56 – Percorso di certificazione BFHC previsto



Risultati e principali attività svolte anno 2018

- Firma della politica aziendale per la salute materno-infantile, l'allattamento e l'alimentazione dei bambini e sua diffusione intra e extra aziendale
- Aggiornamento delle autovalutazioni UNICEF e dei Piani di azione BFHC per le strutture ospedaliere e territoriali secondo gli strumenti di monitoraggio previsti dal progetto e la condivisione con i tutor
- Diffusione e avvio dell'applicazione delle procedure BFHC per le strutture ospedaliere e territoriali secondo il piano d'azione di struttura e in collegamento con il percorso nascita dell'ostetrica dedicata.
- Partecipazione al corso di orientamento alla politica e formazione degli operatori informati, coinvolti, dedicati secondo gli standard previsti dalla relativa procedura

Si rilevano le seguenti percentuali:

Ospedali di Rovereto, Cles, Cavalese e Servizio territoriale

- Partecipazione a Corso di orientamento alla politica > 50% degli operatori a contatto con donne in gravidanza, mamme e bambini: 1053 partecipanti sul totale di 1682 operatori individuati = 62%
- Formazione a operatori APSS:
 - ✓ informati >30%: 751 partecipanti sul totale di 1253 operatori individuati = 60%
 - ✓ coinvolti > 30% OSS: 22 partecipanti sul totale di 26 operatori individuati = 84,6%
 - ✓ coinvolti > 30% personale di anestesia (da definire numero e percentuali)
 - ✓ dedicati > 60%: 207 partecipanti sul totale di 279 operatori individuati = 74,2%
- Tassi di allattamento materno esclusivo nei neonati fisiologici: Rovereto = 80%, Cles = 68%

Ospedale S. Chiara

- Partecipazione a Corso di orientamento alla politica 100 % degli operatori a contatto con donne in gravidanza, mamme e bambini: 690 partecipanti sul totale di 690 operatori individuati = 100%
 - Mantenimento degli standard BFH per la formazione degli operatori:
 - ✓ informati > 100%: 266 partecipanti sul totale di 266 operatori individuati = 100%
 - ✓ coinvolti > 80% OSS : 43 partecipanti sul totale di 55 operatori individuati = 78%
 - ✓ coinvolti > 80% personale di anestesia : 89 partecipanti sul totale di 100 operatori individuati = 89%
 - ✓ dedicati > 80%: 235 partecipanti sul totale di 100 operatori individuati = 87,4%
 - Tassi di allattamento materno esclusivo nei neonati fisiologici: >87%.
- Diffusione delle informazioni prenatali alle donne in gravidanza secondo gli standard previsti dalla relativa procedura e in collegamento con il percorso nascita dell'ostetrica dedicata
 - Diffusione del sostegno post natale offerto alle mamme nelle strutture ospedaliere e territoriali secondo gli standard previsti dalla relativa procedura e in collegamento con il percorso nascita dell'ostetrica dedicata e la presa in carico precoce da parte dei servizi pediatrici territoriali: attività avviate ed in via di implementazione
 - Potenziamento della continuità ospedale territorio secondo gli standard previsti dalla relativa procedura: attività avviate ed in via di implementazione
 - Aggiornamento dei materiali informativi aziendali per i genitori sull'allattamento e sull'alimentazione infantile compreso opuscolo sull'alimentazione complementare: attività avviate ed in via di implementazione

- i) Rispetto del codice OMS secondo gli standard previsti dalla relativa procedura: attività avviate ed in via di implementazione

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Il Centro Provinciale per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di Arco, l'unico presente in Trentino, si occupa della diagnostica e terapia dell'infertilità di coppia e si fonda sul lavoro di un'equipe multidisciplinare di specialisti: ginecologi, andrologi, biologi, psicologi, genetisti, infermieri ed ostetriche. Il Centro offre le seguenti forme di terapia:

- I livello: inseminazioni intrauterine con induzione farmacologica dell'ovulazione;
- Il livello: fecondazione in vitro (inclusa la tecnica ICSI) – cioè stimolazione ovarica controllata, prelievo degli ovociti, fecondazione extracorporea e trasferimento di embrioni nell'utero;
- III livello: prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione.

Nell'aprile 2016 il Centro ha ottenuto l'accreditamento definitivo dall'ente certificatore italiano (Centro Nazionale Trapianti dell'Istituto Superiore di Sanità) e all'inizio del 2018 ha concluso il processo di riorganizzazione finalizzato al potenziamento del Centro Provinciale di PMA e in particolare al graduale ampliamento:

- del servizio PMA fino a 1000 cicli di 2° Livello/anno,
- dell'offerta del servizio di PMA eterologa con le modalità descritte nella DGP 427/2018,
- dell'offerta del servizio di diagnosi pre-impianto e
- dell'offerta del servizio di crioconservazione di ovociti e tessuto ovarico nel caso in cui donne debbano affrontare terapie lesive della loro fertilità.

In febbraio/ marzo 2018 il Centro PMA è stato sottoposto alla regolare (biennale) ispezione da parte del Centro Nazionale Trapianti e dalla Provincia Autonoma di Trento per la conformità ai Decreti Legislativi 191/2007 e 16/2010. In occasione del rinnovo dell'accreditamento il Centro è stato anche inserito nel compendio europeo degli istituti dei tessuti.

Nel corso del 2018 è stata ampliata la gamma dei servizi con la disponibilità di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici.

Si è verificato un significativo aumento delle coppie accettate (vedi tabella 63) ed è stato introdotto il servizio di accettazione infermieristica in PMA. Con l'introduzione di quest'attività è stato possibile ridurre fortemente la lista d'attesa per le coppie. Il servizio infatti organizza in maniera sistematica e veloce l'esecuzione di tutti gli esami preliminari di laboratorio (ormonali, genetici, infettivologici e esame del liquido seminale), l'ecografia ginecologica, visita andrologica, consulenza genetica e psicologica se necessari. Questo servizio fornisce molte informazioni generali sulla procreazione medicalmente assistita preparando in maniera ideale la coppia al primo colloquio con il medico.

Tabella 63. Numero di coppie accettate dal centro PMA. Anni 2016-2018

Anno	n. coppie accettate
2016	432
2017	388
2018	680

A partire da 16 marzo 2018 (Delibera PAT n. 427/2018) si è notevolmente facilitata la gestione clinica ed amministrativa della preservazione della fertilità in donne giovani che devono affrontare terapie lesive alla loro fertilità o che soffrono di insufficienza ovarica precoce con il rischio di perdere precocemente la loro fertilità. Nel 2018 si è anche iniziata la crioconservazione di tessuto ovarico in quelle pazienti che non presentano i criteri clinici per la crioconservazione ovocitaria.

Nel corso del 2018 ha avuto inizio l'attività di **PMA eterologa** con la stipula da parte dell'APSS dei contratti tra 2 bio-banche fornitori di gameti donati e il Centro per la PMA ad Arco. Nel mese di luglio si sono svolti i primi colloqui di accettazione e i relativi esami delle coppie aspiranti alla PMA eterologa. Successivamente sono stati richiesti i primi gameti ed il 12 settembre 2018 è stata consegnata la prima fornitura di gameti donati al laboratorio PMA di Arco. In ottobre sono iniziate le prime procedure di preparazione dell'endometrio, scongelamento dei gameti e trasferimento di embrioni. In corso d'anno sono stati eseguiti colloqui per 87 coppie candidate alla PMA eterologa e sono stati ordinati gameti per 67 coppie.

Nel frattempo si sono anche istaurate le prime gravidanze. I dettagli quali-quantitativi saranno riferiti nella relazione del 2019. Per quanto riguarda la **diagnosi pre-impianto** (PGT = preimplantation genetic testing), metodo diagnostico prenatale eseguito prima che si istauri la gravidanza e che si esegue nel corso di una procedura di fecondazione in vitro su un embrione prima del suo trasferimento in utero, è stata inserita nell'elenco delle prestazioni erogate dal sistema sanitario provinciale e assegnata al Centro provinciale per la PMA di Arco (delibere provinciali n. 1226 del 28 luglio 2017 e n. 427 del 16 marzo 2018).

Nel solo 2018, 81 coppie con patologia genetica si sono rivolte al Centro PMA di Arco, 45 coppie hanno concluso l'iter preliminare. L'attività di biopsia embrionaria è iniziata nel luglio 2018 e a partire da questa data sono stati eseguiti 31 cicli di stimolazione ovarica con indicazione alla diagnosi pre-impianto: 11 cicli di questi si sono conclusi con embrioni (blastocisti) competenti e sono state eseguite le biopsie a complessivamente 26 embrioni, dei quali 16 risultavano malati e 8 sani (2 ancora sotto indagine). Sono stati eseguiti 4 embrio-transfer con 2 gravidanze in corso.

Per quanto riguarda la **PMA omologa** nella tabella 64 sono riportati i dati di attività per il periodo 2016-2018.

Tabella 64. Dati di attività di PMA omologa

	2016	2017 (8 mesi)	2018 *(10 mesi)
Gravidanze I livello	13	10	16
Gravidanze II livello	135	94	134
% di gravidanze su ET (fresco e congelato)	29,4%	29,5%	30.8 %

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA

Trentino Emergenza 118

Il 2018 è il primo anno in cui le chiamate di soccorso sono state pervenute interamente dal Numero Unico di Emergenza 112, "NUE 112", gestito dalla nuova Centrale Urgenza Emergenza "CUE 112". Il filtro effettuato ha portato un significativo miglioramento in termini quantitativi e qualitativi delle richieste di soccorso come dimostrato dai dati che seguono.

Tipologia delle richieste

Nel 2018 si registrano complessivamente 18.128 richieste in meno rispetto il 2017, riduzione del 9,6%, da attribuire alle tipologie "informazioni" e "altro". Tale riduzione è indice di ulteriore miglioramento della qualità delle richieste al numero di emergenza. Il merito di tale salto di qualità è da attribuire all'introduzione del Numero Unico di Emergenza (NUE), 112, che è diventato operativo dalla metà circa del mese di Giugno 2017. Il "NUE 112" gestito dalla Centrale Operativa 112 "CUE", ha permesso di "alleggerire" notevolmente il carico delle chiamate in entrata alla CO 118, consentendo agli operatori di concentrare maggiormente il loro impegno agli eventi emergenti/urgenti (vedi tabella 65).

Tabella 65. Tipologia delle richieste 2018-2017

Tipologia delle richieste	2018	2017	Var.	Var. %
Soccorso Primario	47.260	46.181	1.079	2,3
Trasporto Secondario Urgente	5.485	5.498	-13	-0,2
Trasporto Programmato	78.070	76.512	1.558	2,0
Informazioni	12.003	25.396	-13.393	-52,7
Guardia Medica	9.108	9.703	-595	-6,1
Ricerca posti letto	5	6	-1	-16,7
Intervento in corso	6.933	9.657	-2.724	-28,2
Altro	12.027	16.066	-4.039	-25,1
<i>Totale:</i>	<i>170.891</i>	<i>189.019</i>	<i>-18.128</i>	<i>-9,6</i>

Richieste di Soccorso primario

Nel 2018 si registra un'ulteriore aumento degli eventi di soccorso primario.

Gli eventi di soccorso primario, l'attività più importante del trentino emergenza per l'impiego di risorse umane e tecnologiche, registrano un significativo aumento nel 2018 con 1.079 eventi di in più rispetto il 2017, aumento del 2,3% che conferma la tendenza già osservata nell'anno precedente. I dati raccolti testimoniano anche un sostanziale aumento degli interventi con elicottero rispetto gli anni precedenti. Nel 2015 avevamo ipotizzato che i dati dell'elisoccorso erano destinati a stabilizzarsi; tale ipotesi non è stata confermata dai dati rilevati nel 2018 che mettono in evidenza un aumento del 12% circa di soccorsi primari gestiti dall'elisoccorso, peraltro in linea con il modello di medicalizzazione adottato in Trentino.

Tuttavia la stragrande maggioranza degli eventi di soccorso primario, il 87,4% del totale dei soccorsi, avviene su strada. Il Trend in aumento dei soccorsi primari è un dato da tenere in considerazione in virtù delle capacità logistiche del sistema 118 Trentino Emergenza che è chiamato ogni anno a soddisfare un maggior numero di richieste.

Richieste di Trasporto Secondario Urgente

Nel 2018 Il trasporto secondario urgente con 5.485 risulta invariato rispetto il 2017, ($\Delta=-0,2\%$).

Richieste di Trasporto Programmato

Il trasporto programmato, apparentemente, non influisce direttamente all'attività di emergenza/urgenza della Centrale Operativa e solo alcune delle richieste occupano le linee dirette, però essa richiede un enorme impiego di mezzi e di risorse umane per la sua gestione, nonché un grande impegno organizzativo.

Esso registra 78.070 richieste, 1.558 in più rispetto il 2017 con un aumento del 2,0%. Questo dato è da tenere in considerazione in virtù delle capacità logistiche del sistema 118 Trentino Emergenza, che è chiamato anche in questo caso a soddisfare un maggior numero di richieste.

Tipologia dei mezzi nei soccorsi primari

Nel 2018 sono stati registrati 55.088 interventi di mezzi di soccorso, 1.497 in più rispetto l'anno precedente, aumento del 2,7%. Nel 96,3% del totale degli interventi, è stato utilizzato un mezzo stradale, 1.256 interventi con mezzi stradali in più rispetto il 2017, aumento del 2,4%. L'elicottero è intervenuto in 2.051 interventi, il 3,7% del totale, 241 interventi in più rispetto l'anno precedente, aumento del 11,8%. Le tabelle seguenti forniscono i valori assoluti e percentuali, le medie orarie e quotidiane e il confronto con gli anni precedenti per i soccorsi primari. (vedi Tabelle 66, 67).

Tabella 66. Tipologia mezzi nei soccorsi primari 2018

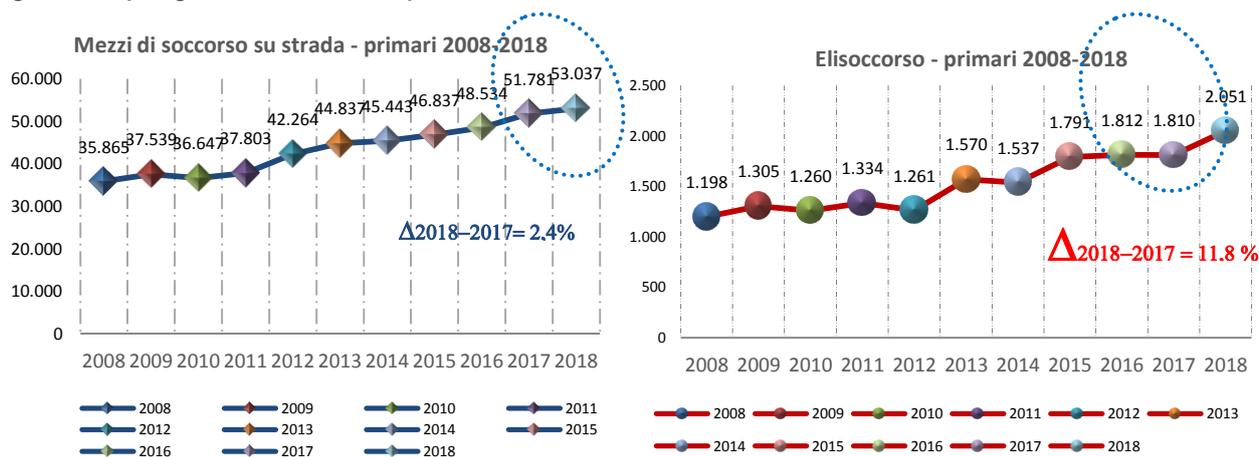
Tipologia mezzi	Numero	Percentuale	Media quotidiana	Media oraria
Mezzi stradali	53.037	96,3%	145	6,0
Elicotteri	2.051	3,7%	5,6	0,2
Totale:	55.088			



Tabella 67. Tipologia mezzi nei soccorsi primari 2008-2018

TIPOLOGIA MEZZI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mezzi Stradali	35.865 (96,8%)	37.539 (96,6%)	36.647 (96,6%)	37.803 (96,6%)	42.264 (97,1%)	44.839 (96,6%)	45.443 (96,7%)	46.837 (96,3%)	48.534 (96,4%)	51.781 (96,6%)	53.037 (96,3%)
Elicotteri	1.198 (3,2%)	1.305 (3,4%)	1.260 (3,4%)	1.334 (3,4%)	1.261 (2,9%)	1.570 (3,4%)	1.537 (4,2%)	1.791 (3,7%)	1.812 (3,6%)	1.810 (3,4%)	2.051 (3,7%)
Totale:	37.063	38.844	37.907	39.137	43.525	46.409	46.980	48.628	50.346	53.591	55.088

Figura 57 – Tipologia mezzi nei soccorsi primari 2008-2018 - Trend



Tipologia dei mezzi nei trasporti secondari urgenti

Nel 2018 per i trasporti secondari sono stati utilizzati 4.814 mezzi su strada, l'87.3% del totale dei trasporti, 348 trasporti in meno rispetto l'anno precedente, riduzione del 7,2%. L'elicottero è stato utilizzato 699 volte per i trasporti secondari, 46 volte in meno rispetto il 2017, con una riduzione del 6,6%. (Vedi Tabelle)
Nel 2017 per i trasporti secondari sono stati utilizzati 5.162 mezzi su strada, l' 87,4% del totale dei trasporti, 32 trasporti in meno.

Tabella 68. Tipologia mezzi nei trasporti secondari urgenti 2018

Tipologia mezzi	Numero	Percentuale	Media quotidiana	Media oraria
Mezzi stradali	4.814	87,3%	13	0,5
Elicotteri	699	12,7%	1,9	0,1
Totale:	5.513			

Tipo mezzi - trasporti secondari 2018

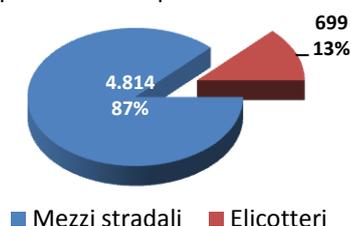
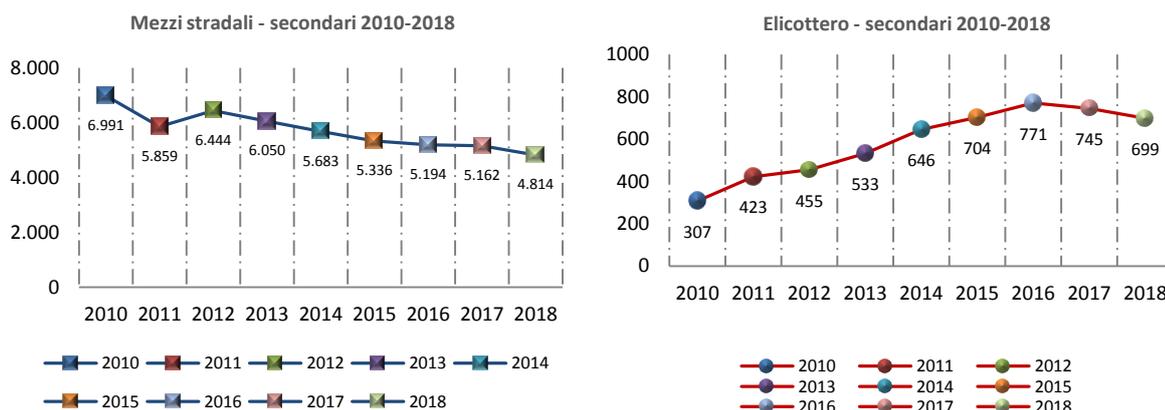


Tabella 69: Tipologia mezzi nei trasporti secondari urgenti 2009-2018

TIPOLOGIA MEZZI	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mezzi Stradali	6.991 (95,8%)	5.859 (93,3%)	6.444 (93,4%)	6.050 (91,9%)	5.683 (89,8%)	5.336 (88,3%)	5.194 (87,1%)	5.162 (87,4%)	4.814 (87,3%)
Elicotteri	307 (4,2%)	423 (6,7%)	455 (6,6%)	533 (8,1%)	646 (10,2%)	704 (11,7%)	771 (12,9%)	745 (12,6%)	699 (12,7%)
<i>Totale:</i>	7.298	6.282	6.899	6.583	6.329	6.040	5.965	5.907	5.513

Figura 58 – Tipologia mezzi nei trasporti secondari urgenti 2008-2018 - Trend



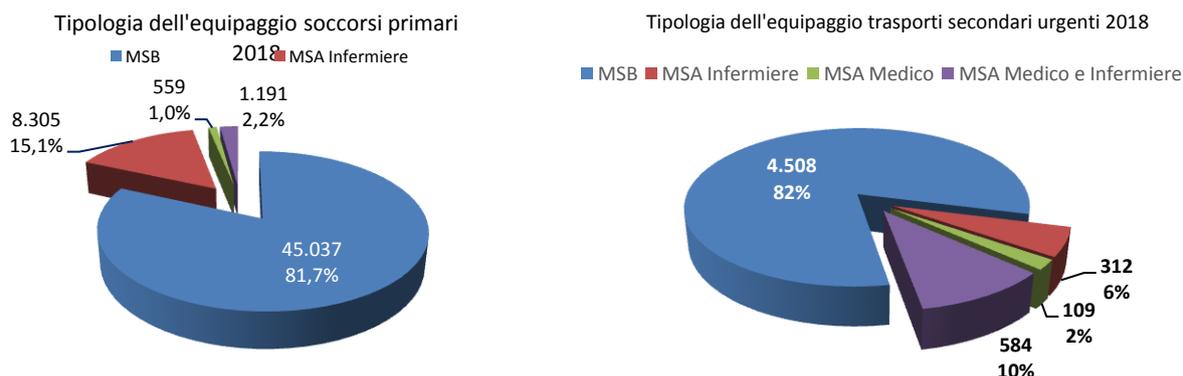
Tipologia di equipaggio utilizzato nelle missioni

I mezzi utilizzati per gli interventi o missioni dei soccorsi primari, si distinguono in mezzi di soccorso di base (MSB), e in mezzi di soccorso avanzato (MSA), in base alla tipologia dell'equipaggio. Nei mezzi di tipo MSB dell'azienda sanitaria di Trento, l'equipaggio è formato da due soccorritori tecnici dipendenti dell'azienda. Nei mezzi di tipo MSB delle associazioni di volontariato, convenzionate con l'azienda sanitaria, l'equipaggio è formato da almeno due soccorritori tecnici volontari. I mezzi di soccorso avanzato appartengono nella maggioranza dei casi all'azienda sanitaria e possono essere mezzi su strada, oppure elicotteri. Il mezzo avanzato su strada si qualifica come mezzo di tipo MSA, se l'equipaggio è composto di almeno un soccorritore tecnico e un medico, oppure soccorritore tecnico e un infermiere o un soccorritore tecnico ed entrambi medico e infermiere. L'equipaggio sanitario degli elicotteri prevede sempre la presenza del medico e dell'infermiere a bordo.

Complessivamente nel 2018 sono state registrate 55.092 missioni, 1.500 missioni in più rispetto il 2017, aumento del 2,8%. Il mezzo di soccorso di base è stato inviato in 45.037 interventi, l'81,7% del totale, 8.540 missioni in più, aumento del 23,4%. Il mezzo di soccorso avanzato è stato utilizzato 10.055 volte, 7.040 missioni in meno rispetto il 2017, riduzione del 41,2%. Le tipologie dei mezzi utilizzati nei trasporti secondari urgenti non differiscono da quelli utilizzati nel soccorso primario. Anche in questo caso troveremo i mezzi di soccorso di base (MSB) e i mezzi di soccorso avanzato (MSA) che si qualificano come tali in base all'equipaggio sanitario a bordo, com'è stato descritto in precedenza.

Complessivamente nel 2018 sono state registrate 5.513 missioni, 394 missioni in meno rispetto l'anno precedente, riduzione del 6,7%. Il mezzo di soccorso di base è stato utilizzato in 4.508 interventi, l'81,8% del totale, valore sovrapponibile a quello dell'anno precedente. Il mezzo di soccorso avanzato è stato utilizzato 584 volte, 266 missioni in meno, riduzione del 31,3%.

Figura 59: tipologia di equipaggio nei soccorsi primari e secondari



Pronto Soccorso

Per quanto riguarda gli accessi di Pronto Soccorso, nel 2018 si evidenzia un aumento della numerosità come riportato nelle figura 60 e nella figura 61.

Figura 60 – Totale accessi in PS a livello provinciale – Anni 2014-2018

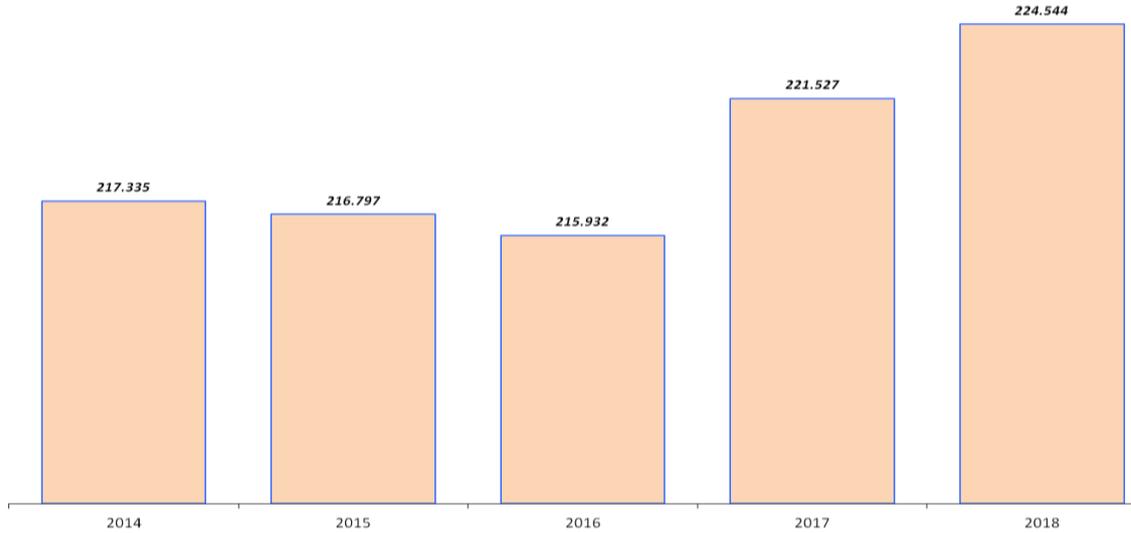
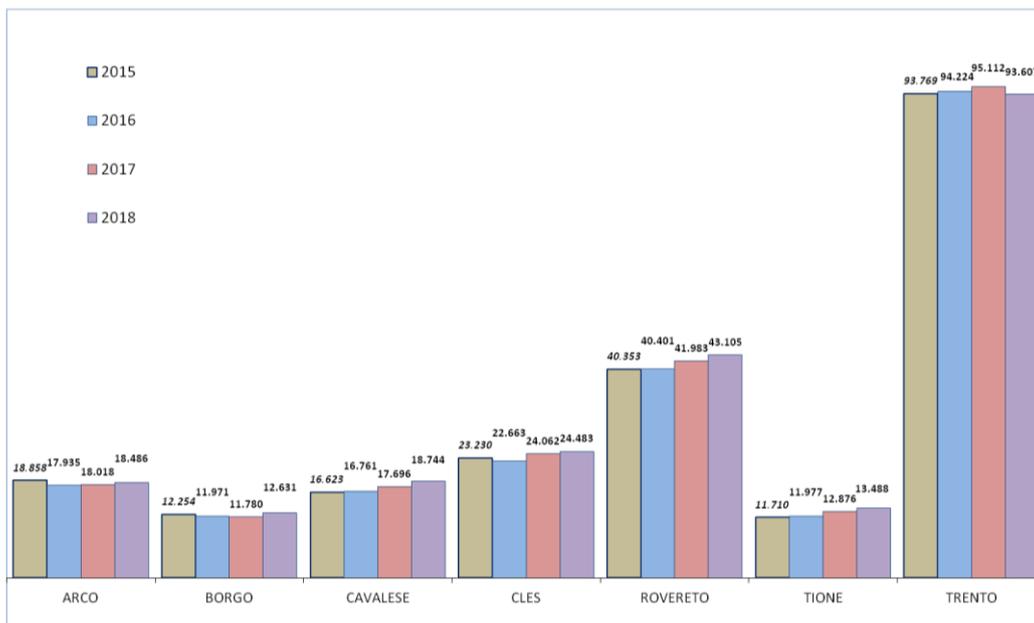


Figura 61 - n. accessi al Pronto Soccorso nei singoli ospedali – Anni 2014-2018



Nella tabella è riportata la distribuzione riferita all'anno 2018 della tipologia dei codici triage per ogni ospedale e in totale.

Tabella 70. Distribuzione degli accessi 2018 per codice triage e per ospedale

anno 2018		BIANCO		VERDE		GIALLO		ROSSO	
ARCO	18.483	2.765	15%	11.709	63%	3.838	21%	171	1%
BORGO	12.627	2.265	18%	8.141	64%	2.088	17%	133	1%
CAVALESE	18.738	2.970	16%	11.981	64%	3.499	19%	288	2%
CLES	24.483	3.664	15%	17.224	70%	3.454	14%	141	1%
ROVERETO	42.881	6.809	16%	27.755	65%	8.002	19%	315	1%
TIONE	13.488	2.624	19%	8.671	64%	2.080	15%	113	1%
TRENTO	93.580	21.995	24%	57.540	61%	12.960	14%	1.085	1%
totale	224.280	43.092	19%	143.021	64%	35.921	16%	2.246	1%

Per quanto riguarda i Codici Bianchi e i Codici Verdi nelle figure che seguono sono riportati in dettaglio l'andamento degli accessi dal 2015 al 2018 per i singoli ospedali e relativamente al 2018 i Tempi di attesa dal Triage alla Visita e il Tempo di permanenza dal triage alla dimissione.

Figura 62 – Totali accessi in PS - CODICE BIANCO – per sede, anni 2015-2018

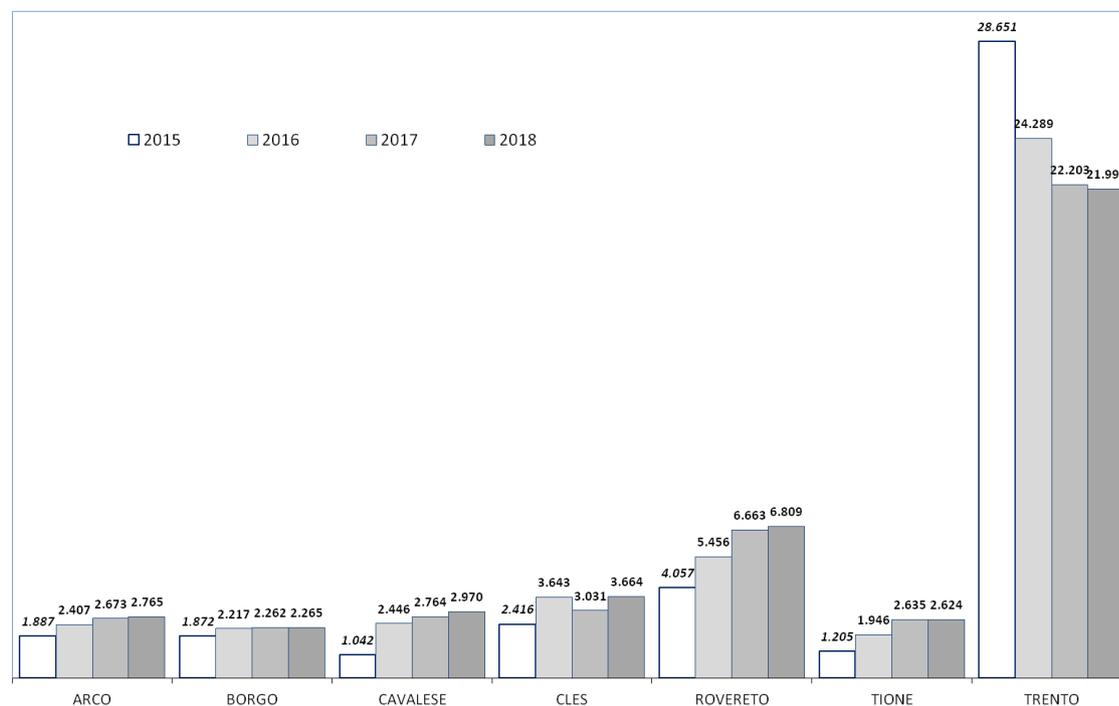


Tabelle 71 e 72 - Tempi di attesa e tempi di permanenza in pronto soccorso.

anno 2018 - accessi in PRONTO SOCCORSO in codice **BIANCO**

Tempi di attesa (da triage a chiamata in visita)

		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
		Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%
ARCO	2.765	866	31%	545	20%	931	34%	333	12%	75	3%	15	1%
BORGO	2.265	302	13%	443	20%	915	40%	468	21%	110	5%	27	1%
CAVALESE	2.970	1.369	46%	593	20%	765	26%	213	7%	27	1%	3	0%
CLES	3.664	2.084	57%	323	9%	648	18%	410	11%	148	4%	51	1%
ROVERETO	6.809	3.931	58%	661	10%	1.355	20%	629	9%	168	2%	65	1%
TIONE	2.624	1.407	54%	358	14%	531	20%	247	9%	75	3%	6	0%
TRENTO	21.995	7.596	35%	3.540	16%	6.419	29%	2.202	10%	928	4%	1.310	6%
TOTALE	43.092	17.555	41%	6.463	15%	11.564	27%	4.502	10%	1.531	4%	1.477	3%

Tempi di permanenza (da triage a dimissione)

		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
		Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%
ARCO	2.765	138	5%	357	13%	1.183	43%	773	28%	220	8%	94	3%
BORGO	2.265	52	2%	160	7%	857	38%	754	33%	286	13%	156	7%
CAVALESE	2.970	115	4%	676	23%	1.372	46%	594	20%	159	5%	54	2%
CLES	3.664	149	4%	555	15%	1.631	45%	879	24%	313	9%	137	4%
ROVERETO	6.809	93	1%	663	10%	3.396	50%	1.750	26%	578	8%	329	5%
TIONE	2.624	70	3%	253	10%	1.255	48%	713	27%	240	9%	93	4%
TRENTO	21.995	1.449	7%	2.043	9%	9.098	41%	5.257	24%	1.762	8%	2.386	11%
TOTALE	43.092	2.066	5%	4.707	11%	18.792	44%	10.720	25%	3.558	8%	3.249	8%

Figura 63 - Accessi in pronto soccorso in codice verde

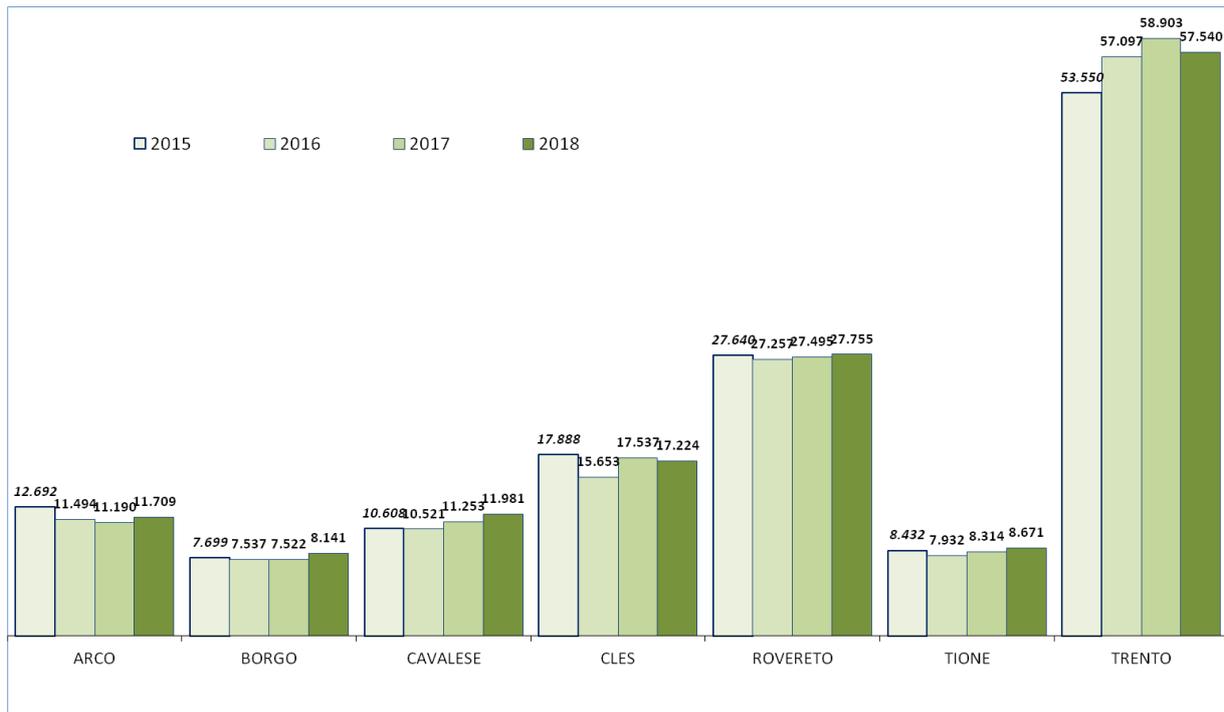


Tabelle 73 e 74 – Tempi di attesa e tempi di permanenza in pronto soccorso .

anno 2018 - accessi in PRONTO SOCCORSO in codice **VERDE**

Tempi di attesa (da triage a chiamata in visita)

		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
		Count	%	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
ARCO	11.709	4.399	38%	2.827	24%	3.890	33%	569	5%	24	0%		0%
BORGIO	8.141	1.713	21%	2.022	25%	3.567	44%	762	9%	76	1%	1	0%
CAVALESE	11.981	4.943	41%	3.104	26%	3.496	29%	427	4%	11	0%		0%
CLES	17.224	8.022	47%	2.069	12%	4.430	26%	2.306	13%	371	2%	26	0%
ROVERETO	27.755	13.495	49%	3.664	13%	7.245	26%	2.837	10%	443	2%	71	0%
TIONE	8.671	3.020	35%	2.152	25%	3.122	36%	365	4%	11	0%	1	0%
TRENTO	57.540	14.664	25%	12.809	22%	20.290	35%	7.451	13%	1.885	3%	441	1%
TOTALE	143.021	50.256	35%	28.647	20%	46.040	32%	14.717	10%	2.821	2%	540	0%

Tempi di permanenza (da triage a dimissione)

		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
		Count	%	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
ARCO	11.709	172	1%	965	8%	4.907	42%	3.845	33%	1.122	10%	698	6%
BORGIO	8.141	32	0%	288	4%	2.497	31%	2.849	35%	1.265	16%	1.210	15%
CAVALESE	11.981	103	1%	972	8%	5.264	44%	3.880	32%	1.086	9%	676	6%
CLES	17.224	96	1%	1.068	6%	6.476	38%	5.876	34%	2.421	14%	1.287	7%
ROVERETO	27.755	110	0%	1.976	7%	10.572	38%	8.634	31%	3.688	13%	2.775	10%
TIONE	8.671	76	1%	515	6%	2.849	33%	3.089	36%	1.234	14%	908	10%
TRENTO	57.540	510	1%	3.246	6%	18.943	33%	18.120	31%	9.209	16%	7.512	13%
TOTALE	143.021	1.099	1%	9.030	6%	51.508	36%	46.293	32%	20.025	14%	15.066	11%

INDICATORE: Valutazione di performance dell'area dell'emergenza-urgenza

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, APSS nella valutazione del percorso di emergenza-urgenza rispetto ai dati del 2018, Trento ottiene una performance media (■ **2,79**), risultando tra le migliori del Network.

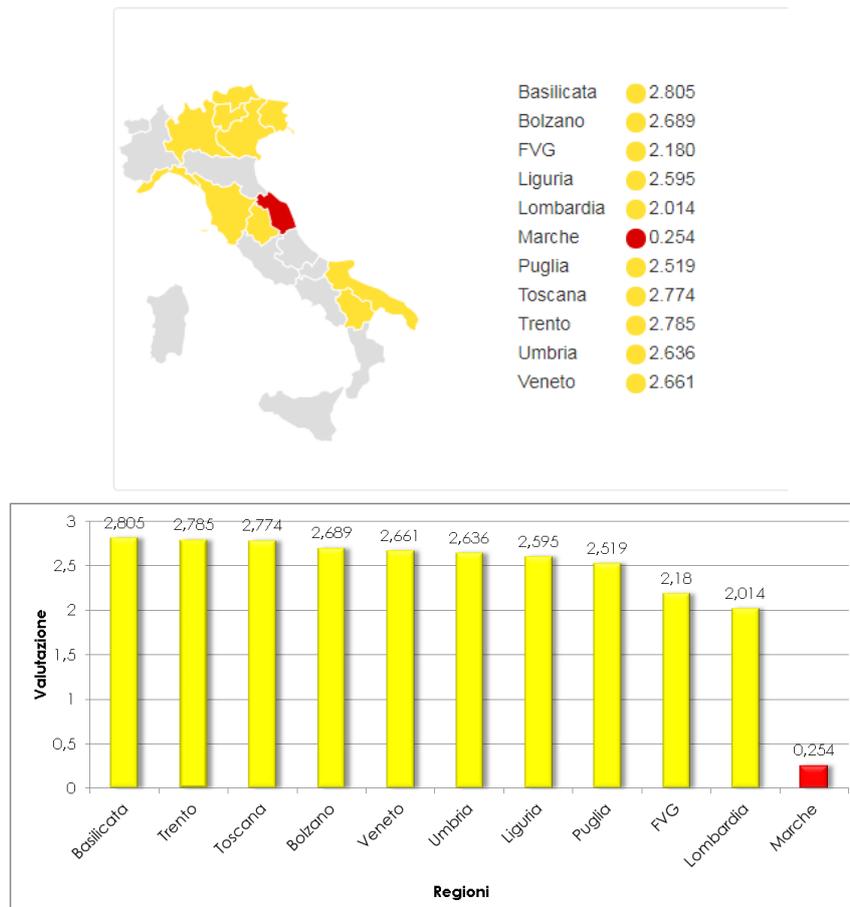
Emerge però che nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è tra le più elevate del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (5,37%), in ulteriore aumento rispetto al 2017. L'indicatore di sintesi utilizzato (C16 Percorso Emergenza-Urgenza) assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ad alcuni sottoindicatori che lo compongono come di seguito specificato:

C16.1 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti **93,06%**

C16.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora **67,81%**

C16.3 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore **79,04%**

Figura 64 - Valutazione del percorso di emergenza-urgenza: confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa- Anno 2018



DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Continua in Italia ed in Trentino su vari fronti la realizzazione di quanto è possibile per ottimizzare la disponibilità di organi, vero fulcro, ma purtroppo anche vero problema, della rete nazionale trapianti e di tutte le attività di trapianto europee.

Varie sono state quindi le attività rivolte alla società civile al fine di informare le persone e far capire che ciascuno di noi potrebbe avere la possibilità di diventare donatore, ma anche per far conoscere la realtà delle liste d'attesa e della criticità in cui molto spesso versano i pazienti affetti da insufficienza d'organo terminale. Si sono svolti incontri con la popolazione per ottimizzare la dichiarazione al momento del rinnovo della carta d'identità, che nel 2018 è diventata anche per tutti i comuni trentini CIE e che prevede uno step irrinunciabile proprio nella proposta di formulazione della dichiarazione anticipata di volontà. Affiancata a questo anche l'incontro proposto a tutti, ma soprattutto agli Universitari realizzato a maggio in occasione della giornata della Donazione degli organi.

Il coordinamento trapianti della APSS monitorizza le donazioni di organi e tessuti ed insieme alle Direzioni mediche, alla Direzione Generale e alle UUOO, fa in modo che siano rispettati i vincoli stabiliti dalla normativa, che prevede l'obbligo di individuare in ciascun cadavere un potenziale donatore e il diritto dei cittadini di poter donare organi e tessuti dopo la morte. Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati riferiti all'attività di reperimento in APSS (fonte NIT) riferita agli anni 2017-2018 e l'attività di donazione complessiva dal 2016 al 2018.

Tabella 75. Attività di reperimento organi da donatore DBD 2017-2018

	A.M.		Procurati		Reali		Effettivi		Utilizzati		Opposizioni	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
TN-Trento	25	30	21	26	18	26	18	26	18	22	2	3
P.A. Trento	25	30	21	26	18	26	18	26	18	22	2	3

Tabella 76. Sintesi attività di donazione organi – Anni 2016-2018

	2016	2017	2018
Donatori	19	21	26
Accertamenti di morte	22	25	30
Opposizioni	2	2	3
Non idoneo	1	2	3
% di donatori procurati	86%	84%	86%

Nel 2018 è stato registrato un incremento dell'attività donativa rispetto agli anni agli ultimi 5 anni (2014-2018) con un trend di ascesa quasi costante.

Figura 65 - Donatori utilizzati negli ultimi 5 anni per regione

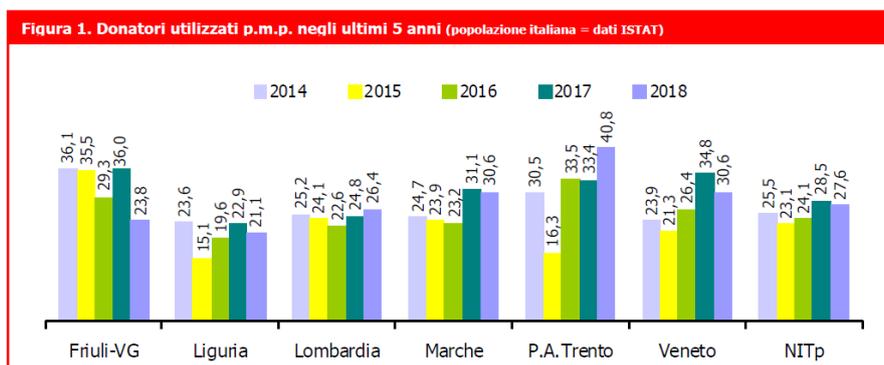
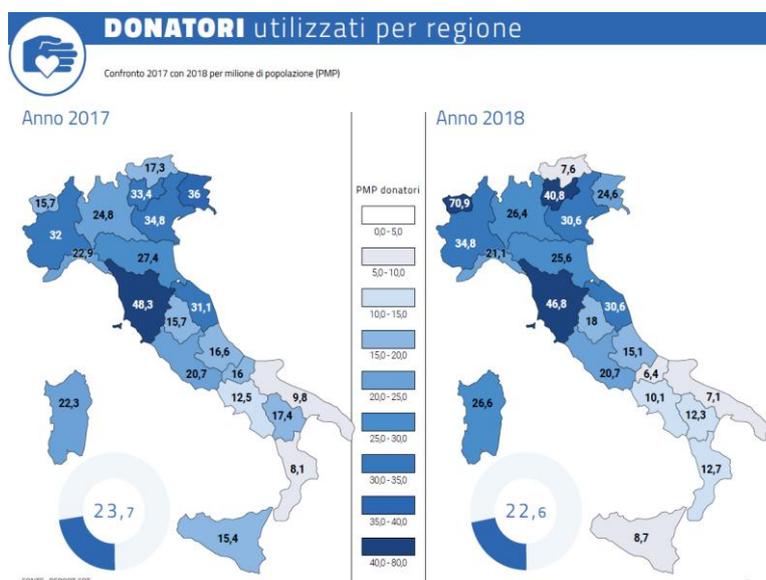
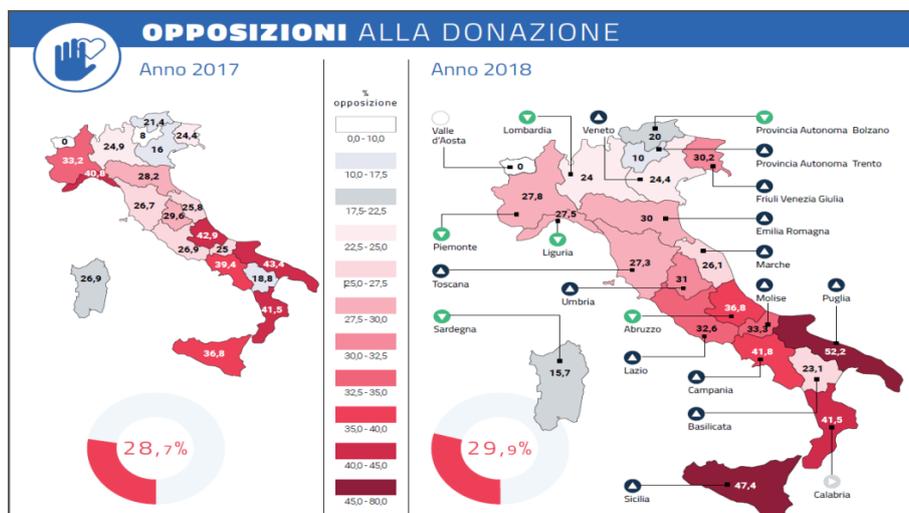


Figura 66 - Donatori utilizzati per regione – anni 2017-2018



Su questo scenario positivo influisce anche il dato sulle opposizioni alla donazione, sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente (vedi figura sotto).

Figura 67 – Opposizioni alla donazione – anni 2017 e 2018



Questi numeri hanno un corrispondente in organi resi disponibili a scopo di trapianto come puntualmente descritto nella seguente tabella.

Tabella 77. Organi disponibili a scopo di trapianto. Anno 2018

Cuore	Polmoni	Reni	Fegato	Pancreas	Pancreas per insule
5	6	43	19 (19 riceventi)	1	3

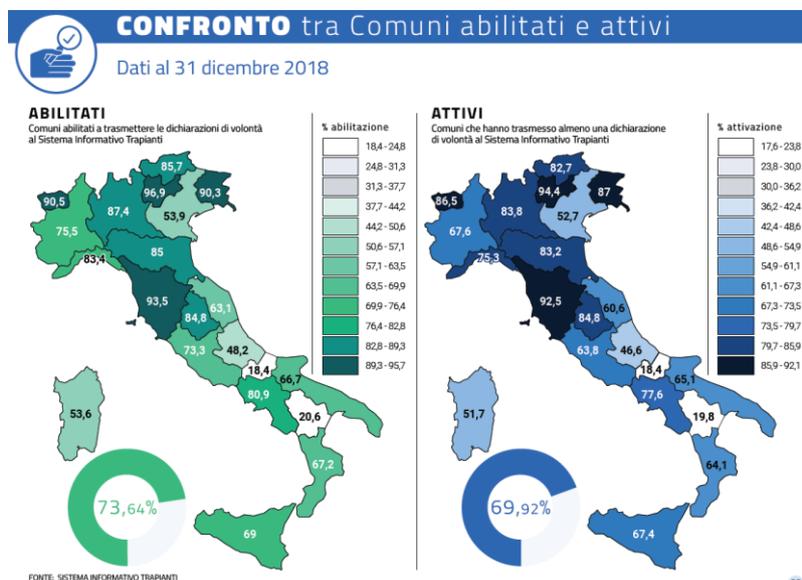
Nella tabella sotto è riportato il numero di tessuti prelevati dai donatori di organi, che quindi in alcuni casi sono stati contemporaneamente anche donatori di tessuti.

Tabella 78. Tessuti prelevati. Anno 2018

Cuore per valvole	Cornee	Cute	Vasi	Osso
2	33	2	2	2

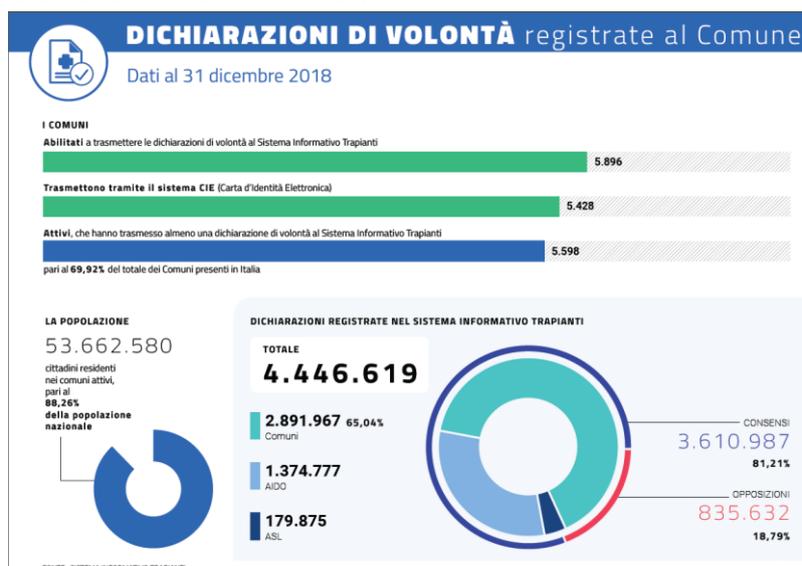
Continua l'attività di proposta a della dichiarazione di volontà nei Comuni italiani e quindi nei Comuni trentini in occasione del rilascio/rinnovo della carta d'identità.

Figura 68 – Trasmissioni delle dichiarazioni di volontà: Comuni abilitati e Comuni attivi – anno 2018



Contestualmente continuano le raccolte di dichiarazioni nei vari sportelli APSS e di consensi presso le varie sedi AIDO trentine.

Figura 69 – Trasmissioni delle dichiarazioni di volontà - 2018



La disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta e la discrepanza tra pazienti in lista e organi donati persiste nonostante nel 2018 si sia registrato un aumento degli interventi di trapianto.

Figura 70 – Attività di trapianto – Trend 1992-2018



È essenziale quindi puntare contemporaneamente su due strategie che devono continuare parallele: attività di informazione rivolta a tutta la popolazione (nel 2018 per la campagna di comunicazione in Provincia abbiamo scelto l'Università, qualche altra scuola e vari comuni trentini) e sensibilizzare, formare e aggiornare il personale delle rianimazioni, dei servizi di urgenza e del soccorso territoriale al fine di riconoscere ogni potenziale donatore e a mantenere le competenze tecniche per la gestione del donatore stesso.

La Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con il suo sistema di valutazione della performance, considera fondamentale monitorare tutte le fasi del percorso che porta alla donazione degli organi per identificare meglio e superare le difficoltà legate alla mancata identificazione dei potenziali donatori e alla conseguente attivazione delle procedure di accertamento di morte cerebrale. Da qui la necessità di una valutazione della qualità del processo di individuazione, donazione e prelievo di organi nell'intento di fare emergere l'effettivo potenziale di donazione delle singole strutture sanitarie e identificare i punti dell'intero processo della donazione sui quali poter intervenire. Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per il monitoraggio del processo di donazione di organi:

- B6a Donazioni organi ■ **3,68**
- B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica ■ **0,97%**
- B6.1.9 Opposizione alla donazione **10,00%**
- B6.1.2 Percentuale donatori procurati ■ **86,67 %**

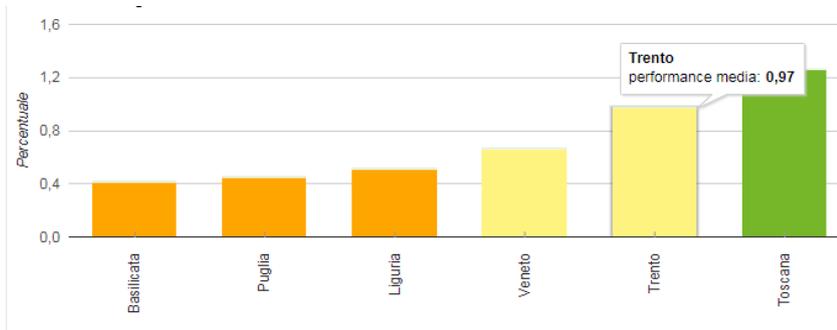
INDICATORE: Segnalazione morte encefalica

I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo, ma attualmente la disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di favorire il procurement di organi è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini. Fra le criticità del meccanismo di donazione-trapianto, gioca un ruolo importante la segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, associata ad inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre. Le diverse esperienze nazionali ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei

donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento dell'attività di trapianto (Rapporto Osservasalute 2016).

Nella figura che segue sono messi a confronto i valori dell'indicatore "Segnalazione di morte encefalica" di tutto il Network.

Figura 71 – B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche – Anno 2018

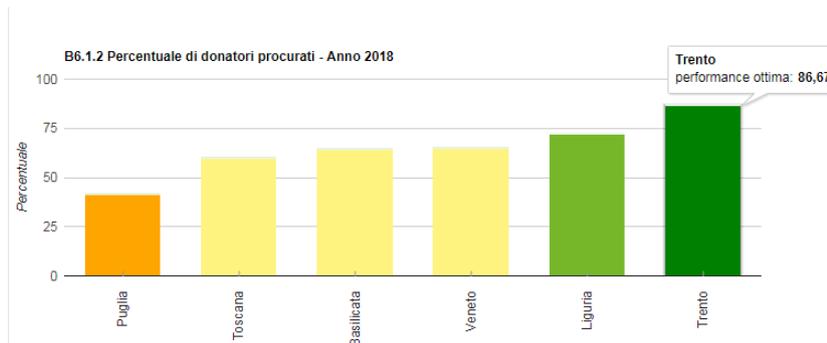


INDICATORE: Donazione di organi da soggetti sottoposti a manovre rianimatorie - Percentuale di donatori procurati sugli accertamenti di morte

La percentuale di donatori di organi procurati considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi. Si intende procurato il soggetto con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa, in assenza di fattori clinici già noti che controindicano la donazione ed in presenza di non opposizione alla donazione di organi e tessuti espressa in vita, oppure dagli aventi diritto.

Nella figura sottostante è riportata la performance di APSS per la percentuale di donatori procurati, che si conferma la più alta del network.

Figura 72 – Percentuale di donatori procurati – Anno 2018



ATTIVITA' DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE

Le attività svolte dal Servizio Trasfusionale Multizonale della APSS sono direttamente correlate alla complessità della rete ospedaliera del territorio di competenza e comprendono:

- la raccolta e la lavorazione degli emocomponenti (25123 emazie concentrate, 1378 unità di plasma da aferesi, 1528 unità di piastrine, l'irradiazione di oltre 2900 emocomponenti),
- l'invio al frazionamento industriale del plasma destinato alla produzione degli emoderivati (7229 kg),
- la gestione dell'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti in regime programmato e di urgenza/emergenza (i pazienti trasfusi sono stati 4333),
- la diagnostica immunoematologica (eseguiti più di 49000 gruppi sanguigni, più di 37000 tra Test di Coombs e prove di compatibilità crociate e più di 1800 identificazioni e titolazioni anticorpali),
- l'ambulatorio di ematologia per trasfusioni, salassi terapeutici e terapia marziale (più di 1200 trasfusioni di emocomponenti, più di 480 salassi terapeutici, trattati più di 90 pazienti con ferro per via endovenosa),
- la gestione della Malattia Emolitica del Neonato,
- il laboratorio di qualificazione biologica delle epatiti B, C, dell'HIV e della LUE nei donatori (eseguiti più di 118000 esami sierologici e più di 27100 analisi molecolari),
- il laboratorio e l'ambulatorio per le terapie con emocomponenti a uso topico (eseguiti più di 240 prelievi autologhi per produzione di emocomponenti a uso topico, più di 120 trattamenti su ulcere, più di 970 infiltrazioni endoarticolari, più di 30 applicazioni sierocollirio),
- il laboratorio di coagulazione di 2° livello certificato dalla Federazione Centri per la Diagnosi della Trombosi e la Sorveglianza delle Terapie Antitrombotiche (eseguiti più di 18600 esami per rischio trombotico ed emorragico),

- l'ambulatorio per le Malattie Emorragiche Congenite,
- l'ambulatorio per le terapie anticoagulanti orali,
- il laboratorio di Tipizzazione Tissutale HLA del Centro Donatori di Midollo Osseo e/o cellule staminali periferiche certificato dall'European Federation for Immunogenetics (più di 1130 tipizzazioni HLA di cui 596 per IBMDR (271 in loco, 125 con fondo Histogenetics e 200 con convenzione APSS - Ospedali Galliera).

Il contributo di APSS all'autosufficienza nazionale di emocomponenti è consistito nella cessione di 6058 emazie concentrate a fronte del raggiungimento dell'autosufficienza Provinciale con 18.383 emazie concentrate trasfuse.

La rilevazione e la contabilizzazione dello scambio di emocomponenti labili tra Regioni avviene tramite applicativo SISTRA con conguaglio annuale dei saldi. Si rappresentano di seguito le matrici dei saldi della Provincia autonoma di Trento dal 2014 al 2018.

Tabella 79. Attività di cessione emocomponenti labili

	2016	2017	2018
Mobilità attiva	1.021.644	1.250.891	1.096.498
Mobilità passiva	1.429	1.810	1.239
SALDO	1.020.215	1.249.081	1.095.259

MOBILITÀ SANITARIA

Mobilità sanitaria interregionale

Con il termine "mobilità sanitaria interregionale" si fa riferimento al diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio servizio sanitario, anche in una Regione italiana diversa da quella di residenza. All'erogazione di prestazioni sanitarie segue la remunerazione attraverso un'operazione di compensazione tra Regioni e Province autonome, disciplinata da apposite linee guida approvate annualmente dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e denominate 'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria'.

Dal punto di vista amministrativo, la mobilità sanitaria si può analizzare come mobilità attiva e passiva: la prima è definita come la compensazione di prestazioni erogate dalle strutture del Servizio Sanitario Provinciale a soggetti assistiti da altri Servizi Sanitari Regionali; la seconda si qualifica come la compensazione di prestazioni erogate agli assistiti del Servizio Sanitario Provinciale da parte di altri Servizi Sanitari Regionali.

APSS rileva nel proprio bilancio di esercizio – in appositi conti di contabilità – la stima dei 'flussi standard' sia per i crediti (mobilità attiva) che per i debiti (mobilità passiva) e provvede alla liquidazione annuale, su indicazione e per conto della Provincia autonoma di Trento, del saldo negativo di mobilità sanitaria a favore del Bilancio dello Stato.

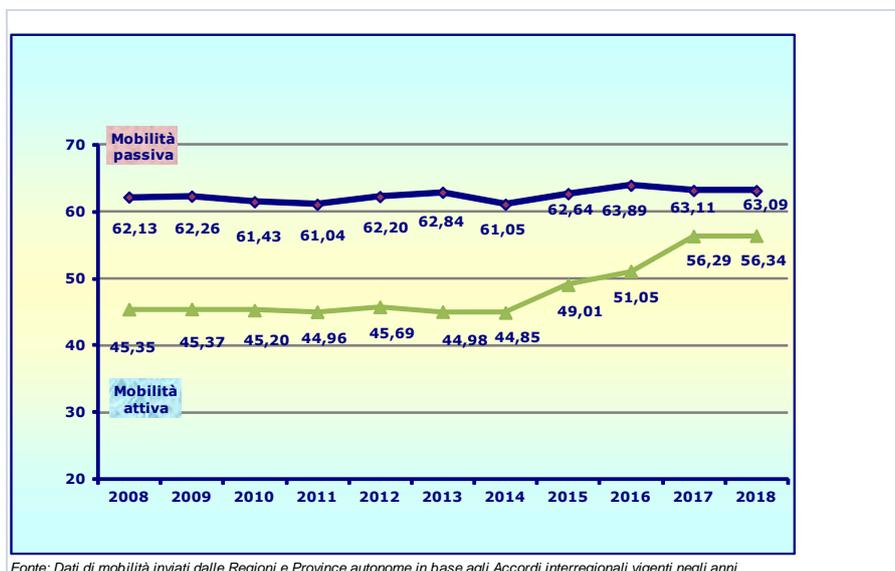
FLUSSI STANDARD

Le attività ricomprese nella voce 'flussi standard' sono: ricoveri (ordinari e diurni), medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta farmaci e trasporti con ambulanza ed elisoccorso. La regolamentazione di tali flussi è disciplinata da specifico Accordo interregionale (AI).

In particolare l'AI definisce specifiche tariffe per la valorizzazione delle prestazioni di degenza e di specialistica ambulatoriale: le attività erogate nel 2018 devono essere tariffate secondo quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 18.10.2012.

Di seguito si propone l'andamento dei totali di mobilità attiva e passiva degli ultimi dieci anni (importi espressi in milioni di euro).

Figura 73: andamento dei totali di mobilità attiva e passiva degli ultimi dieci anni (importi espressi in milioni di euro)



Si espongono ora i dati di mobilità attiva e passiva relativi all'anno 2018, suddivisi per tipologia di attività.

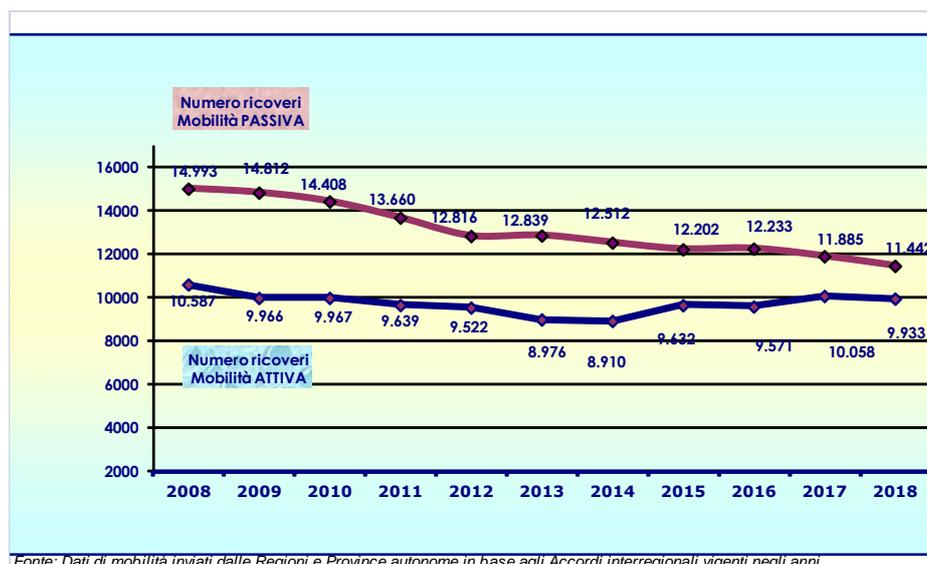
Tabella 80. Mobilità attiva e passiva anno 2018 - per tipologia di attività

ATTIVITA'	RICOVERI	MED.BASE	SPECIAL. AMB.	FARMAC.	TERME	SOMM. FARM.	TRASPORTI	TOTALE
Mobilità ATTIVA	40.042.647	212.813	7.779.504	685.208	1.759.115	1.337.764	4.528.022	56.345.075
Mobilità PASSIVA	46.159.606	241.233	8.946.107	503.955	610.554	5.667.601	963.682	63.092.739
SALDO	-6.116.959	-28.419	-1.166.603	181.253	1.148.562	-4.329.837	3.564.340	-6.747.664

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 20.05.2019

Il grafico seguente illustra invece il numero di ricoveri ospedalieri addebitati in mobilità attiva e passiva dal 2008 al 2018.

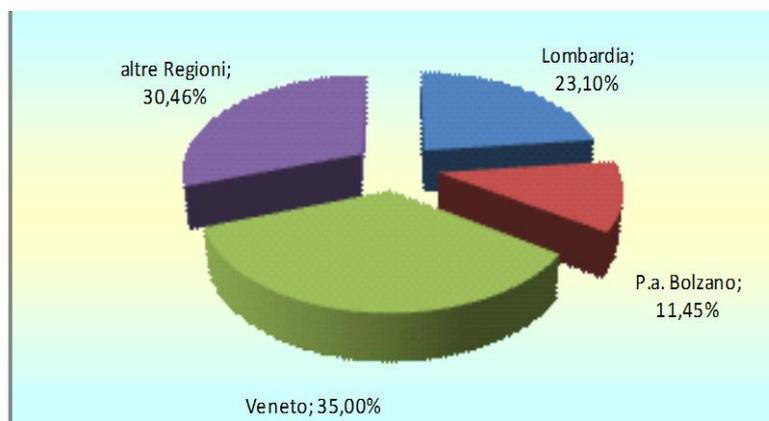
Figura 74 - numero di ricoveri addebitati in mobilità attiva e passiva negli ultimi dieci anni



Mobilità sanitaria interregionale attiva

Il grafico sottostante evidenzia come oltre il 70% del valore complessivo della mobilità attiva sia riconducibile all'attività erogata da strutture PAT (pubbliche e accreditate) a favore di pazienti provenienti da Regioni limitrofe (Veneto, Lombardia e Provincia autonoma di Bolzano).

Figura 75 - mobilità attiva 2018 - composizione addebiti per Regione di provenienza

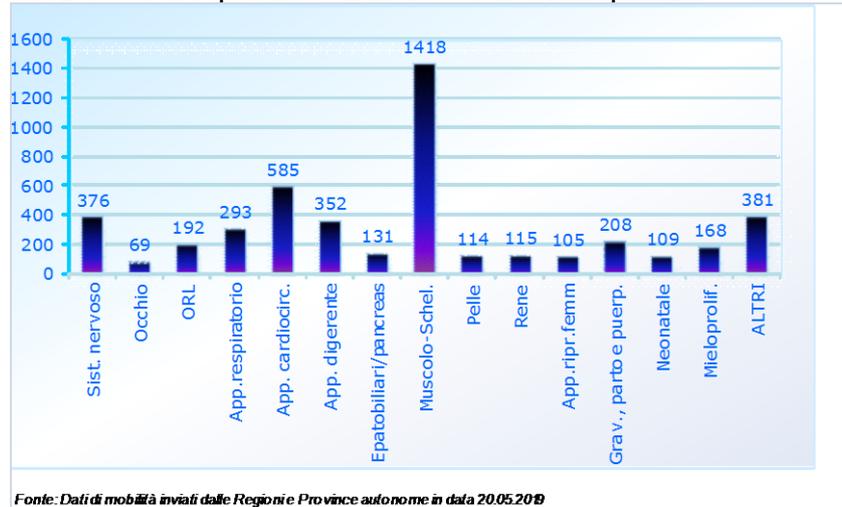


Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 20.05.2019

Relativamente all'attività di degenza, si precisa che poco meno della metà delle dimissioni è riferita a strutture APSS (46,5% del numero dei ricoveri – pari a n. 4.616) mentre il restante 53,5% dei ricoveri (n. 5.317) è riconducibile a strutture private accreditate. Percentuali simili si registrano anche analizzando il valore delle degenze.

Nel sottostante grafico è rappresentata l'attività di ricovero, presso strutture ospedaliere pubbliche, per MDC (Major Diagnostic Categories).

Figura 76 - mobilità attiva 2018 – strutture pubbliche – numero ricoveri suddivisi per MDC



Con riferimento all'attività di specialistica ambulatoriale, si evidenzia che le prestazioni erogate dalle UU.OO. delle strutture APSS rappresentano oltre il 63% del valore complessivo della mobilità attiva registrata per questo flusso di attività (pari a € 4,9 milioni su 7,7 milioni complessivi).

Nella tabella sottostante si propone il confronto tra il volume complessivo dell'attività specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture APSS nel 2018 e le prestazioni erogate ai soli pazienti extra provinciali (3,3%). Con riferimento a queste ultime si fornisce anche il dettaglio delle prestazioni effettuate dalle UU.OO. di Pronto Soccorso.

Tabella 81. Specialistica ambulatoriale 2018 – strutture pubbliche - numero prestazioni e importo al lordo del ticket

ATTIVITA' - anno 2018 prestazioni erogate da strutture pubbliche ad esterni		MOBILITA' ATTIVA - anno 2018 strutture pubbliche			MOBILITA' ATTIVA di PRONTO SOCCORSO - anno 2018 - strutture pubbliche		
nr. prestazioni	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO	% nr. prestazioni in mobilità rispetto al nr. totale prestazioni	nr. prestazioni	importo LORDO	% nr. prestazioni erogate da UO di PS rispetto al nr. prestazioni in mobilità
9.684.313	128.451.762	319.158	5.651.078	3,30%	177.524	2.251.283	55,62%

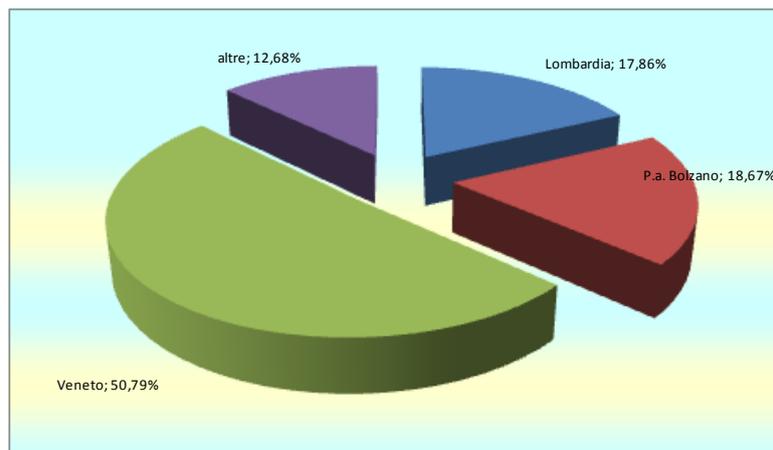
Fonti: Controllo di Gestione - Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 20.05.2019

In relazione all'attività erogata dall'**U.O. di Protonterapia** dell'ospedale di Trento, si precisa che nel 2018 sono state imputati in mobilità 329 mila euro, ai quali vanno aggiunti 3,8 milioni di euro addebitati alle Asl di residenza dei pazienti tramite fatturazione diretta. Le prestazioni di protonterapia, infatti, pur essendo state introdotte nei LEA nazionali con il DPCM 12.01.2017, non risultano valorizzate con apposita tariffa. Pertanto la regolamentazione degli addebiti avviene secondo modalità concordate tra la PAT e le singole Regioni.

Mobilità sanitaria interregionale passiva

Dal grafico sottostante si evince che oltre l'87% del valore della mobilità sanitaria passiva anno 2018 è imputabile all'attività erogata a favore di pazienti iscritti al SSP da strutture ubicate in Veneto, Lombardia e nella Provincia autonoma di Bolzano.

Figura 77 - mobilità passiva 2018 – composizione addebiti per Regione



Il flusso di attività finanziariamente più rilevante è quello dei ricoveri ospedalieri, il cui valore ammonta a 46,1 milioni di euro e rappresenta il 73% del volume complessivo della mobilità passiva anno 2018. Seguono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (8,9 milioni di euro - pari al 14%) e la somministrazione diretta di farmaci, che si assesta a 5,6 milioni di euro (pari al 9%).

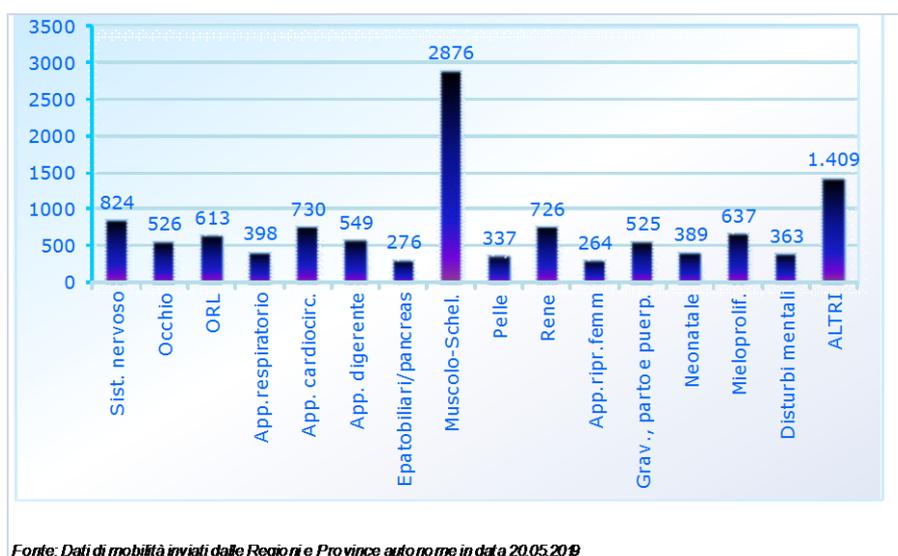
Per analizzare correttamente i dati di mobilità passiva va considerata la 'mobilità necessitata' derivante da:

* ambiti sanitari geograficamente periferici, in particolare il Primiero e la Val di Fassa, gravanti rispettivamente su Veneto (ULSS 1 Dolomiti) e Azienda Sanitaria dell'Alto Adige,

* Unità operative non presenti nelle strutture PAT (trapianti, cardiocirurgia pediatrica, oncematologia, ecc.)

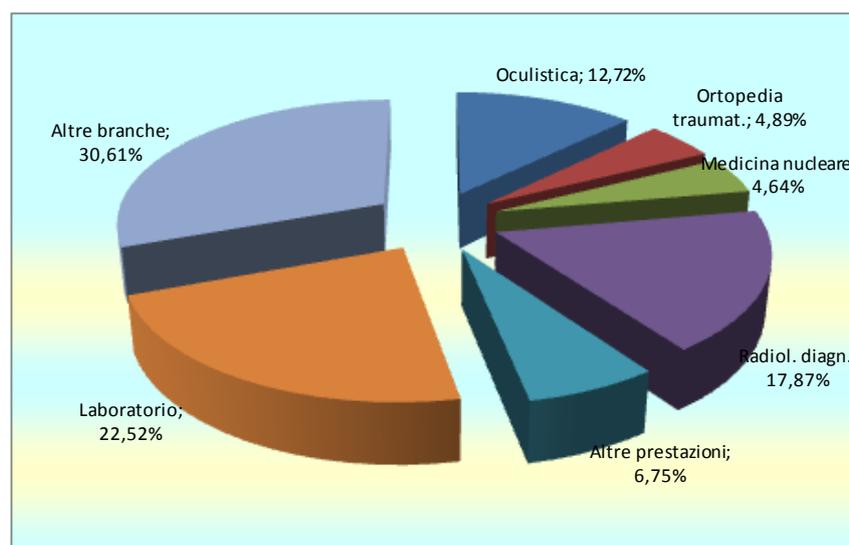
Di seguito viene rappresentata la composizione dei ricoveri di mobilità passiva anno 2018 per MDC Major Diagnostic Categories.

Figura 78 - mobilità passiva 2018 – numero ricoveri suddivisi per MDC



Relativamente all'attività di specialistica ambulatoriale, si propone invece la composizione degli addebiti per branca di riferimento.

Figura 79: mobilità passiva 2018 – composizione specialistica ambulatoriale per branca



L'attività di somministrazione diretta farmaci addebitata per il 2018 alla PAT dalle regioni Lombardia, Veneto e Provincia autonoma di Bolzano è pari a 5,1 milioni di euro e rappresenta oltre il 91% dell'importo complessivo addebitato per tale flusso di attività (5,6 milioni di euro).

Le erogazioni riferite al gruppo terapeutico '*Farmaci antineoplastici e immunomodulatori*' sono pari a 4,3 milioni di euro e rappresentano il 77% del totale addebitato.

ALTRE ATTIVITA'

Oltre ai flussi standard (ricoveri, medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta farmaci e trasporti con ambulanza ed elisoccorso), attraverso l'istituto della mobilità sanitaria interregionale sono regolamentati anche altri tipi di attività riepilogati nella tabella sottostante.

Tabella 82. Altre voci di attività regolamentate tramite mobilità interregionale - anno 2018

VOCI	IMPORTO
Flussi standard	-6.747.664
Ricerca e reperimento cellule staminali	-223.729
Plasmaderivazione	131.371
Cessione emocomponenti	1.095.259
Disabili cronici	-62.913
TOTALE	-5.807.675

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome nel mese di maggio 2019

Mobilità sanitaria internazionale

I regolamenti dell'Unione Europea in tema di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (Regolamento CE n. 883/2004 e regolamento CE n. 987/2009) e le Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale hanno lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, i cittadini che si spostano all'interno degli Stati dell'Unione Europea, della Svizzera, dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein), nonché dei Paesi in convenzione. Essi non prevedono, pertanto, il diritto del cittadino alla libera scelta del luogo di cura al di fuori del territorio nazionale. Solo in alcuni casi è possibile ottenere un'autorizzazione a fruire in un altro Paese di prestazioni di alta specializzazione ove non tempestivamente e/o adeguatamente fruibili sul territorio nazionale.

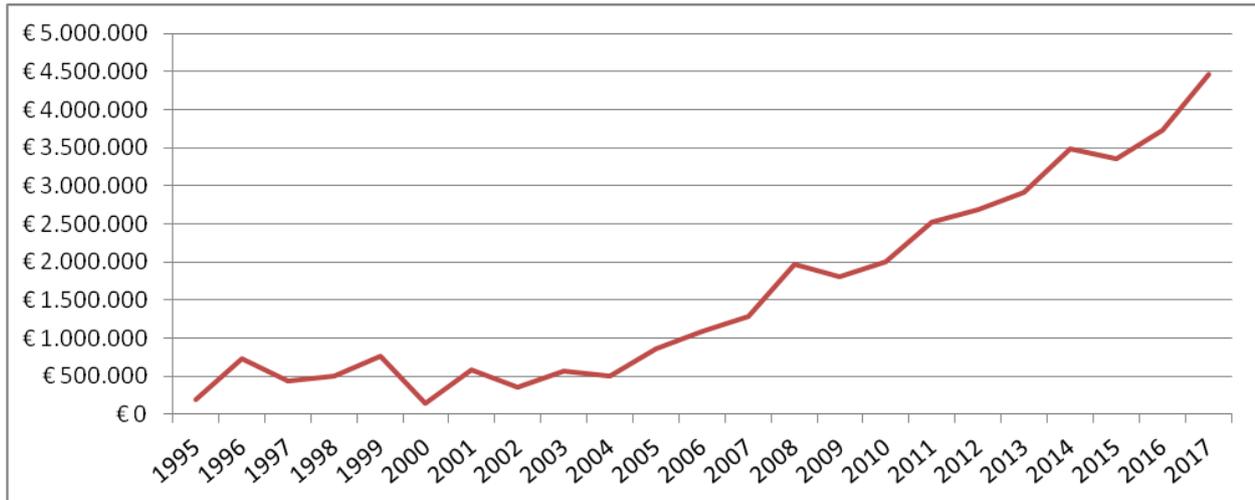
Solo la direttiva 2011/24/UE del 9.03.2011 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, recepita dall'Italia con Decreto Legislativo n. 38/2014, ha formalizzato il diritto dei pazienti – già sancito dalla giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea - a recarsi in uno Stato membro diverso da quello di appartenenza al fine di ricevere cure, ottenendo successivamente un rimborso da parte dello Stato di appartenenza.

La mobilità sanitaria internazionale, come quella interregionale, può essere analizzata come mobilità attiva e passiva. La prima riguarda cittadini assicurati in un Paese comunitario o in un Paese in convenzione che beneficiano di prestazioni sanitarie da parte delle strutture del Servizio Sanitario Provinciale; la seconda si riferisce ad assistiti del SSP che si rivolgono ai servizi sanitari di Paesi convenzionati. A differenza della mobilità interregionale, la mobilità internazionale non segue il criterio della residenza anagrafica degli assistiti bensì quello della residenza "assicurativa": a titolo esemplificativo, per il cittadino residente in Provincia di Trento titolare di sola pensione tedesca la competenza economica per le prestazioni sanitarie erogate in PAT è in capo alla Germania e non all'Italia.

L'erogazione delle prestazioni avviene, di norma, in forma diretta mediante esibizione da parte dell'assicurato di idoneo attestato di diritto (es. TEAM) e successiva richiesta di rimborso all'istituzione estera competente tramite l'organismo nazionale di collegamento (per l'Italia il Ministero della Salute). In linea generale si distingue tra: attestati che aprono il diritto ad ottenere le cure medicalmente necessarie nel corso di un temporaneo soggiorno in un altro Paese (di seguito "temporaneo soggiorno"); attestati che aprono il diritto ad ottenere le cure programmate in un altro Paese (di seguito "trasferimenti per cure"); attestati che consentono l'assistenza sanitaria completa nell'altro Paese con oneri a carico del Paese emittente (di seguito "iscritti a carico di istituzioni estere").

La mobilità sanitaria internazionale è un fenomeno in progressiva espansione in quanto è legato all'accresciuta mobilità dei lavoratori e delle persone degli ultimi decenni: dal 1995 al **2017 (ultimo anno disponibile)** il saldo economico di mobilità internazionale registrato per la Provincia Autonoma di Trento è sempre stato attivo ed è passato da 199.301 euro nel 1995 a **4.458.863,61 euro** nel 2017.

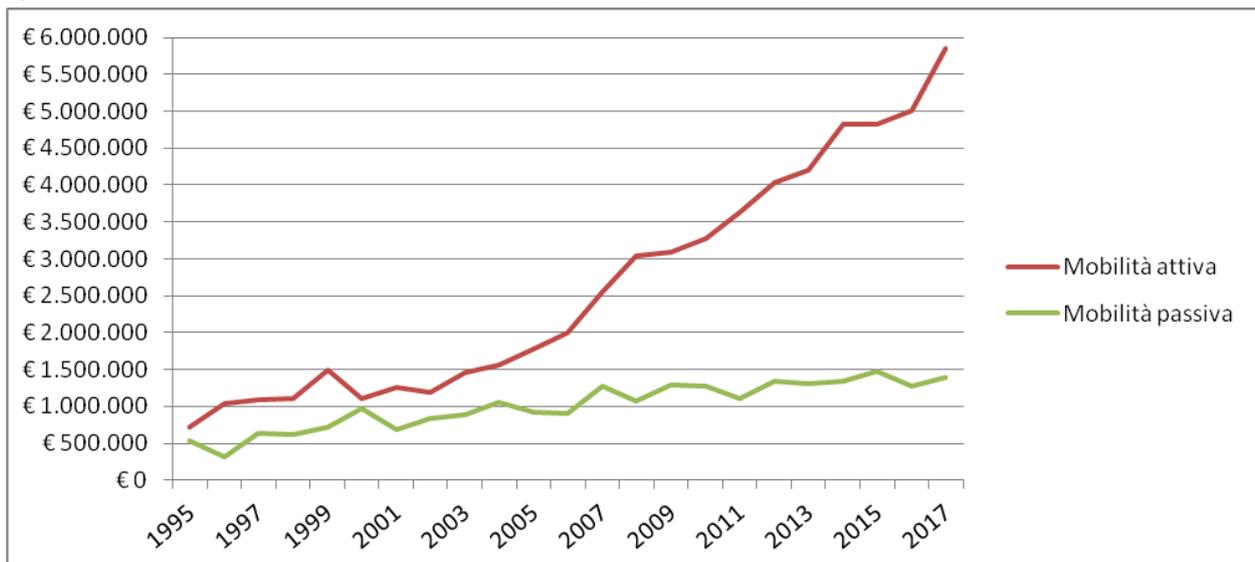
Figura 80 - saldi di mobilità internazionale - anni 1995-2017



Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 05.08.2019.

Come si può notare nella figura sottostante, la mobilità internazionale attiva (crediti per prestazioni erogate ad assistiti esteri) negli ultimi due decenni è cresciuta in maniera molto più marcata della mobilità internazionale passiva (debiti per prestazioni erogate ad assistiti a carico del Servizio Sanitario Provinciale), che si attesta sempre su valori inferiori a 1,5 milioni euro.

Figura 81 - confronto mobilità internazionale attiva – passiva (anni 1995-2017):



Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 05.08.2019.

Nel 2017 si è registrato un netto aumento della mobilità attiva (+16%), a fronte di valori sostanzialmente stabili della mobilità passiva. L'incremento del saldo (positivo) di mobilità internazionale rispetto all'anno precedente è quasi del 20%. All'aumento della mobilità attiva corrisponde, anche se in misura più contenuta, l'incremento degli arrivi in Provincia Autonoma di Trento di cittadini provenienti da Paesi dell'Unione Europea (+2% nel 2017 rispetto al 2016).

Tabella 83. Arrivi e presenze negli esercizi alberghieri della PAT per stato estero di provenienza (1985-2017)

Stati esteri di provenienza	1985	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Germania	179.836	376.621	351.329	349.396	444.908	471.466	473.193
Polonia	-	-	8.332	70.940	77.598	81.358	89.330
Repubblica Ceca	-	-	8.170	55.292	60.690	64.050	68.678
Austria	24.738	48.439	43.207	60.012	63.273	64.411	67.452
Regno Unito	35751	78043	82.835	62.153	67.620	70.378	67.178
Altri stati Unione Europea (UE)	62.978	112.073	119.170	183.955	219.822	239.258	244.823
Totale Unione Europea (UE)	303.303	615.176	613.043	781.748	933.911	990.921	1.010.654

Fonte: ISPAT – Istituto di statistica della Provincia di Trento – tav. II.07.

Di seguito vengono rappresentati, per ciascuna categoria di assistiti, gli importi a credito (mobilità attiva) e a debito (mobilità passiva) relativi all'anno 2017.

Tabella 84. Mobilità attiva e passiva 2017 - importi per categoria di assistiti

Categoria assistiti	Temporaneo Soggiorno	Trasferimenti per cure	Iscritti a carico di istituzioni estere	Altro	TOTALE
Mobilità ATTIVA	4.674.713,21	165.507,72	1.002.970,28	10.844,82	5.854.036,03
Mobilità PASSIVA	755.181,18	157.066,07	481.910,61	1.014,56	1.395.172,42
SALDO	3.919.532,03	8.441,65	521.059,67	9.830,26	4.458.863,61

Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 05.08.2019.

In analogia con gli anni precedenti, si osserva che la mobilità attiva è costituita in maniera preponderante (80%) dagli addebiti per prestazioni erogate ad assicurati esteri che, nel corso di un temporaneo soggiorno in PAT per motivi turistici, professionali o di studio, necessitano di assistenza sanitaria.

Nella tabella sottostante si propone, per le stesse categorie, il confronto con l'anno precedente. Anche per il 2016 si espongono i dati aggiornati al 05.08.2019, che differiscono leggermente da quelli indicati nell'ultimo Bilancio di Missione: i rendiconti contabili, disponibili sull'applicativo ministeriale NSIS, possono infatti subire variazioni a seguito della ricezione o invio di nuove fatture per prestazioni erogate negli anni precedenti o di annullamento delle stesse da parte dello Stato creditore.

Tabella 85. Confronto mobilità 2016/2017 - importi per categoria di assistiti

Tipologia assistiti	Temporaneo Soggiorno		Trasferimenti per cure		Iscritti a carico di istituzioni estere		Altro		TOTALE	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Mobilità ATTIVA	3.816.754	4.674.713	61.299	165.508	1.109.136	1.002.970	26.867	10.845	5.014.057	5.854.036
Mobilità PASSIVA	821.170	755.181	78.606	157.066	366.315	481.911	10.807	1.015	1.276.898	1.395.172
SALDO	2.995.584	3.919.532	-17.307	8.442	742.821	521.060	16.060	9.830	3.737.159	4.458.864

Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 05.08.2019.

Con riferimento alla mobilità attiva, gli scostamenti più significativi in termini percentuali riguardano gli addebiti per prestazioni erogate nel corso di un temporaneo soggiorno in PAT (+ 22%) e per trasferimenti finalizzati ad ottenere cure programmate.

Anche per il 2017 si registra l'espansione dell'attività erogata dal Centro di Protonterapia di Trento a favore di pazienti esteri muniti di apposito modello comunitario S2.

Il volume della mobilità passiva, invece, si conferma sostanzialmente stabile e sotto la soglia di 1,5 milioni di euro.

RELAZIONE CON I CITTADINI

COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ

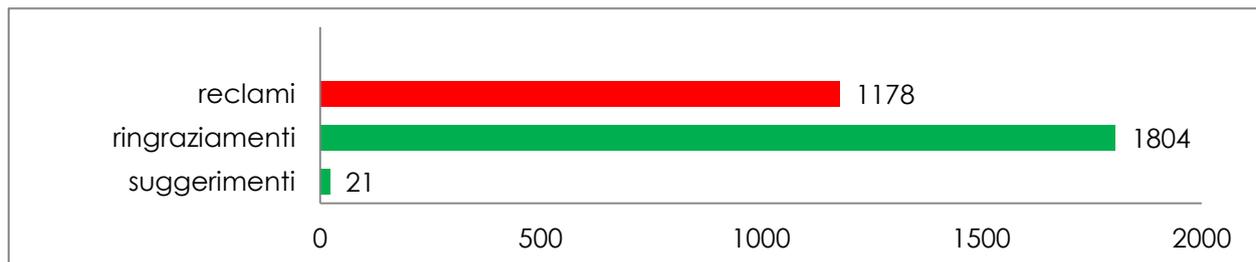
La comunicazione efficace con gli utenti si avvale in APSS di una serie di strumenti informativi ormai consolidati: dall'attività informativa allo sportello e telefonica (numero unico telefonico Prontosanità), agli incontri con le associazioni dei cittadini, alle iniziative editoriali aziendali, all'aggiornamento del sito, ecc.. Tutti questi strumenti nascono per aiutare e orientare il cittadino nelle scelte e per favorire la sua partecipazione attiva; contemporaneamente rendono il cittadino parte attiva nel processo di valutazione e controllo della qualità dei servizi aziendali.

Per l'Azienda una comunicazione efficace è funzionale al processo di rilevazione di bisogni e aspettative dei cittadini, anche avvalendosi della raccolta e gestione delle segnalazioni, la cui analisi fornisce elementi utili ad individuare le possibili azioni di miglioramento.

Raccolta e gestione delle segnalazioni

Nella figura sottostante sono riportati i dati riferiti alle segnalazioni pervenute nel 2018, suddivise tra reclami, ringraziamenti e suggerimenti/proposte.

Figura 82 : Segnalazioni distinte per tipologia (anno 2018)



Ringraziamenti: le 1804 segnalazioni positive pervenute nel 2018 sono un segnale molto forte che danno riscontro di un'alta soddisfazione da parte dei cittadini in merito ai servizi erogati da APSS. Le segnalazioni di encomio e ringraziamento rappresentano il 60% circa di tutte le segnalazioni pervenute.

Reclami: Complessivamente si è registrato un aumento dei reclami pervenuti rispetto al 2017 (+15%). Le segnalazioni di disservizio in percentuale più numerosa sono riconducibili alle procedure di accesso ai servizi (ticket al PS e facilità degli adempimenti), all'informazione e al trattamento sanitario (in particolare per il trattamento sanitario) e ai tempi di attesa per le visite specialistiche. Si è registrato inoltre un aumento dei reclami sugli aspetti della cortesia e dell'umanizzazione.

I principali ambiti di insoddisfazione da parte dei cittadini sono stati:

- Servizio di continuità assistenziale (guardia medica): contestazione della qualità delle prestazioni e della disponibilità/accessibilità;
- Ticket al Pronto soccorso: contestazione dell'addebito in generale e in particolare per l'accesso in seguito a urgenze post intervento;
- Assistenza odontoiatrica (Lea Provinciali): contestazione della scarsa offerta e ambiti territoriali troppo vasti per l'accesso agli studi odontoiatrici in "indiretta";
- Tempi di attesa per diverse prestazioni specialistiche e agende non disponibili per controlli su diverse specialità con disagi per i cittadini che devono continuare periodicamente a telefonare al CUP (oculistica, odontoiatria (prima visita), cardiologia);
- Tempi di attesa per le visite sportive non prenotate direttamente dalle società;
- Visite di controllo non prenotate direttamente al momento della prima visita;
- Non rispetto degli orari dell'appuntamento/assenza del medico;
- Medico di medicina generale non reperibile telefonicamente o comunque difficoltà nell'accesso/contatto;
- Percezione di una durata della visita specialistica troppo breve per essere completa;
- Criticità relazionali fra operatori, familiari e pazienti;
- Disservizi legati alla prima visita (prenotata dal CUP) effettuata presso strutture private/accreditate con invio per intervento presso strutture fuori provincia o in alternativa necessità di nuova visita per fare l'intervento in APSS;

La gestione delle segnalazioni è regolamentata da una procedura che prevede che la segnalazione - verbale, telefonica o scritta - venga esaminata dal Servizio Comunicazione interna ed esterna (Ufficio Rapporti con il Pubblico), che provvede alla risposta previa istruttoria presso la struttura interessata dalla segnalazione (per cui è previsto un tempo di 10 giorni).

La risposta è formulata tenendo conto delle aspettative del cittadino e comunque entro il tempo massimo di 30 giorni dalla ricezione della segnalazione, salvo casi di particolare complessità (in tal caso il segnalatore viene avvisato). Se il cittadino manifesta la propria insoddisfazione relativamente alla risposta ricevuta, è possibile procedere ad un riesame interno (con i medesimi tempi e procedura dell'istruttoria) o esterno in sede di Commissione Mista Conciliativa, organismo attivato presso il Servizio comunicazione interna ed esterna.

Analisi dei reclami e della reportistica:

Le segnalazioni sono inserite in un data base (CRM) dal quale viene estratto il rapporto annuale, disponibile sul sito internet, predisposto secondo uno schema che prevede un'analisi di tipo quantitativo (frequenza dei reclami, modalità di inoltro,

tipologia delle segnalazioni, classificazione per categorie), di tipo qualitativo (audit, esame delle criticità) e le proposte di possibili azioni di miglioramento.

Utilizzo dei dati sulle segnalazioni:

- a livello micro: in ogni U.O./Servizio si possono utilizzare le segnalazioni pervenute per riflettere su quanto il cittadino ha segnalato e, se il caso, adottare le opportune azioni finalizzate al miglioramento della qualità;
- a livello macro: si possono utilizzare i dati per individuare "criticità di sistema" o trasversali.

Per quanto riguarda i tempi di risposta, come sotto evidenziato, nel 2018 i tempi medi di risposta sono stati in media di 23,1 giorni rispetto ai 21,4 giorni dell'anno precedente.

Tabella 86. Segnalazioni di disservizio: tempi di risposta in giorni

	2015	2016	2017	2018
Tempi di risposta (giorni)	18,5	19,2	21,4	23,1

Figura 83 - trend delle segnalazioni distinte per tipologia dal 2013 al 2018

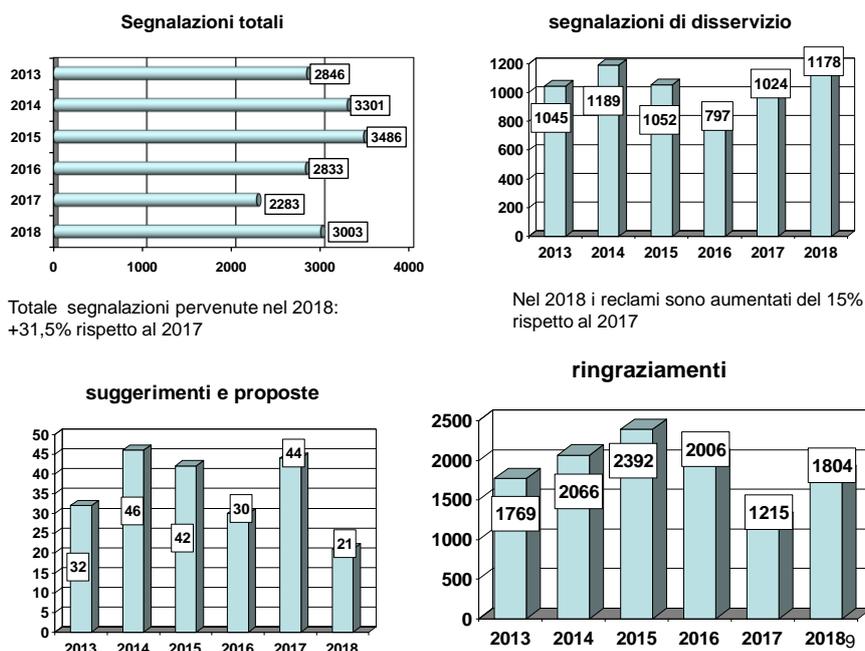


Figura 84 - Percentuale di ringraziamenti sul totale delle segnalazioni

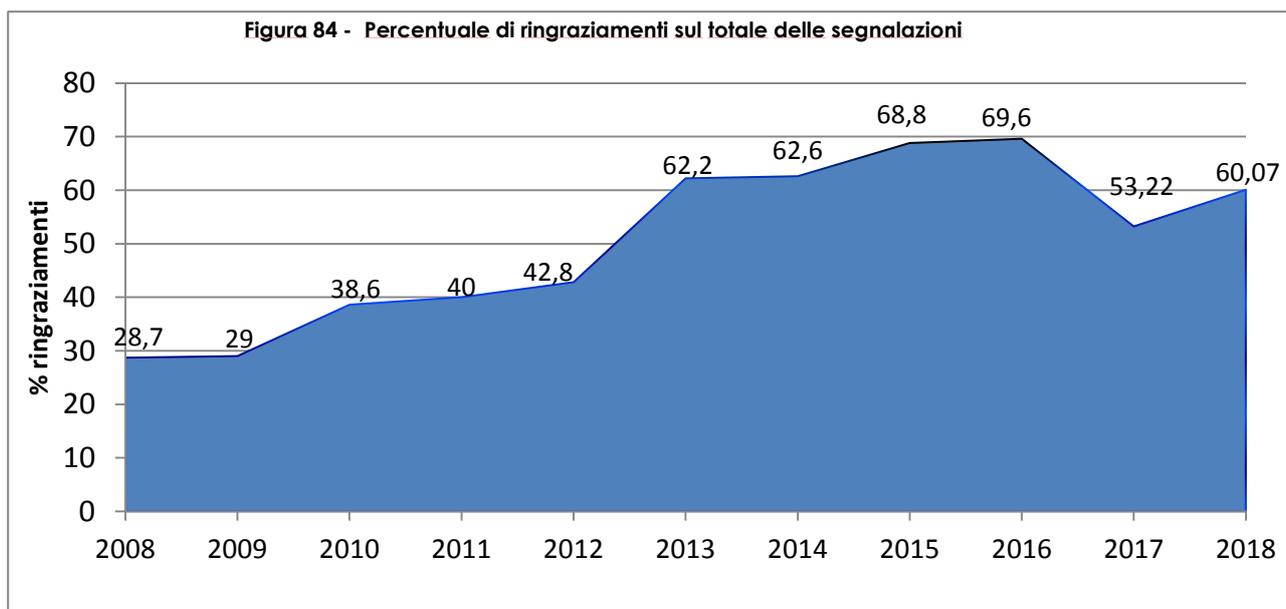


Tabella 87. Ringraziamenti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
n. ringraziamenti	1769	2066	2392	2006	1215	1804
n. segnalazioni totali	2846	3301	3486	2833	2283	3003
% ringraziamenti	62,2%	62,6%	68,6%	69,6%	53,22%	60,07%

L'esame dell'andamento delle segnalazioni evidenzia un aumento generale delle segnalazioni di disservizio, a cui corrisponde anche un aumento dei ringraziamenti.

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAI CITTADINI

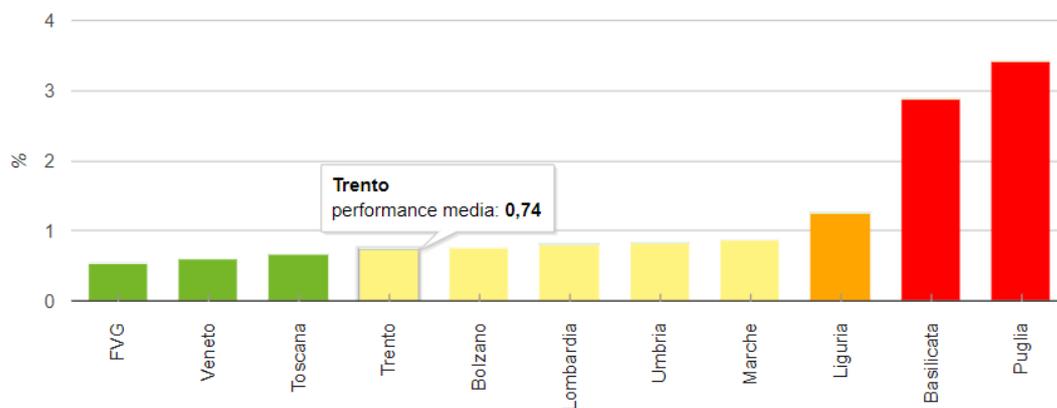
INDICATORE: Percentuale di dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. L'indicatore del Network – S. Anna di Pisa monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, per il 2018 APSS ottiene una valutazione di performance media (0,74), in linea con la media del Network.

Figura 85. D18 - Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero – Anno 2018



Indagini di soddisfazione

In occasione della Giornata Nazionale del Sollievo è stata effettuata l'indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore dei pazienti ricoverati in strutture pubbliche e convenzionate, con la raccolta complessiva di circa 1.500 questionari (vedi in paragrafo Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore).

E' stata svolta inoltre un'indagine di "Soddisfazione, orientamenti e atteggiamenti dei soggetti interessati al Servizio Sanitario Provinciale", condotta da una ditta esterna, che ha coinvolto, tramite intervista telefonica, 3.000 persone. Il campione è stato individuato in modo da essere rappresentativo (per ambito di residenza, genere, classe di età, professione, titolo di studio) della realtà socio-demografica della popolazione residente in Trentino. Il questionario, composto di 16 macrodomande chiuse, ha mirato ad individuare e valutare il grado di soddisfazione degli utenti che hanno usufruito di strutture ambulatoriali (per visite, analisi, esami diagnostici) o delle strutture di ricovero ospedaliero negli ultimi tre anni.

Per entrambi gli ambiti – prestazioni ambulatoriale e ricovero ospedaliero - è stato registrato un livello buono di soddisfazione generale, come sotto evidenziato.

Figura 86 – Risultati del questionario sulla soddisfazione relativamente alle prestazioni ambulatoriali

Domanda: è rimasto soddisfatto delle prestazioni ambulatoriali (visite, analisi esami diagnostici)?



Figura 87 – Risultati del questionario sulla soddisfazione relativamente alle prestazioni di ricovero

Domanda: è rimasto soddisfatto del trattamento di ricovero ospedaliero effettuato nelle strutture sanitarie pubbliche trentine?



In dettaglio sono stati anche valutati (con punteggio da 1 a 10) singoli aspetti, quali: chiarezza e correttezza delle informazioni ricevute, cortesia degli operatori, qualità delle prestazioni, confort, pulizia, sale d'attesa e parcheggi.

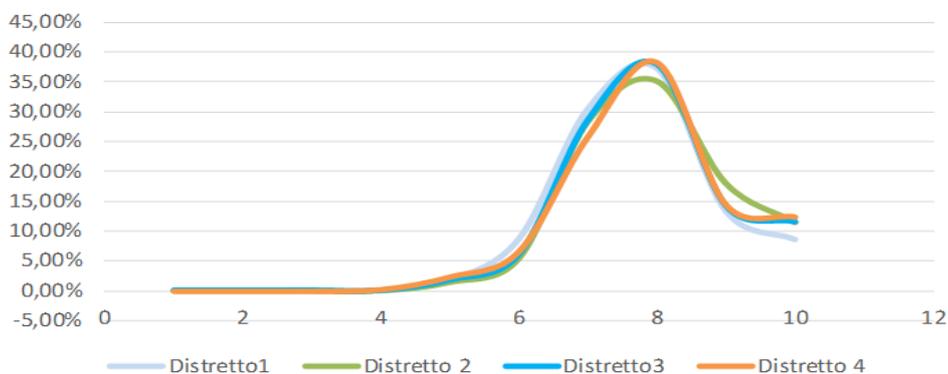
Il 22,8% degli intervistati risulta aver effettuato prestazioni specialistiche o ricoveri al di fuori del Trentino: principale motivazione la troppa attesa in provincia, oltre all'assenza di strutture adeguate.

Il servizio offerto dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta risulta molto apprezzato per la "qualità delle prestazioni" e soprattutto per la "disponibilità, cordialità, umanità", meno per "efficienza e organizzazione del servizio"; analogo è il giudizio per il personale dei reparti di ricovero ospedaliero. Invece il personale degli ambulatori specialistici ottiene valutazione mediamente buona per tutti e tre gli aspetti indicati.

Altre domande hanno riguardato il gradimento di taluni strumenti o servizi offerti da APSS, quali ad esempio la ricetta farmaceutica elettronica (voto da 7 a 10 per l'87% degli intervistati), il referto online (da 7 a 10: 76%), il sistema TreC (da 7 a 10: 61,38%), ecc..

Infine è stato richiesto agli intervistati di dare un voto al Servizio Sanitario Provinciale (da 1 a 10): come rappresentato graficamente nella figura 88, oltre il 90% si è dichiarato soddisfatto esprimendo un voto dal 7 al 10 (Voto 7: 28,50%, voto 8: 36,94%, voto 9: 15,28% e voto 10: 10,83%)

Figura 88 – Risultati questionario sulla soddisfazione rispetto al servizio sanitario provinciale.



* Distretto 1 Trento e valle dei Laghi, 2 Vallagarina e Alto Garda, 3 Alta e Bassa Valsugana, 4 Valli di Non e Sole

QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO

APSS è da sempre impegnata nel garantire ai cittadini, e più in generale a tutte le parti interessate, servizi di elevata qualità e sicurezza. In questa ottica ha da tempo intrapreso percorsi strutturati di revisione dei processi organizzativi ed operativi che le consentono di perseguire questi obiettivi, confrontandosi con i modelli professionali ed organizzativi più avanzati, e sottoponendosi a verifiche esterne sui progressi ottenuti. In questa logica si collocano i numerosi percorsi di accreditamento intrapresi da APSS nel corso degli anni.

L'accREDITAMENTO è un processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti. I programmi di accREDITAMENTO e i loro requisiti (in costante evoluzione) puntano a sviluppare un "insieme coordinato di elementi" che gestisce la qualità dando enfasi soprattutto ai contenuti professionali delle organizzazioni sanitarie, anche se non vengono trascurati gli aspetti strutturali e tecnologici. La finalità di questi processi è garantire a tutte le parti interessate (utenti, operatori, fornitori, finanziatori), la qualità e sicurezza dei servizi/prestazioni erogati attraverso una valutazione delle stesse e dei processi coinvolti nella loro produzione condotta da soggetti esterni autorevoli.

I processi di accREDITAMENTO possono essere distinti in **istituzionale**, quando è previsto dalla normativa e quindi requisito obbligatorio, e **volontario** (noto anche come accREDITAMENTO professionale o all'eccellenza), quando non è previsto da specifiche normative ed intraprenderlo è una libera scelta dell'organizzazione.

L'accREDITAMENTO Istituzionale delle strutture sanitarie consiste nel possesso della attestazione rilasciata dalle Regioni e Province Autonome del soddisfacimento dei requisiti di qualità dalle stesse definiti. Questo accREDITAMENTO è previsto da norme nazionali che obbligano le organizzazioni che erogano prestazioni sanitarie a nome del Servizio Sanitario ad adeguarvisi. Gli specifici standard di accREDITAMENTO (requisiti) sono stabiliti dalle singole Regioni e Province Autonome in cui le organizzazioni sanitarie operano, a partire dai criteri generali, definiti a livello Nazionale dal "Tavolo per la revisione della normativa in materia di accREDITAMENTO" (TRAC), costituito presso il Ministero della Salute, ed approvati in conferenza Stato-Regioni nel 2012. La Provincia Autonoma di Trento ha definito modalità e criteri per l'accREDITAMENTO Istituzionale nelle Delibere della Giunta Provinciale n°1202 del 20/07/2015, n°1711 del 6/10/2015 e n°1848 del 5/10/2018.

Nel corso del 2018 APSS ha avviato uno specifico progetto denominato "Progetto Akredito" finalizzato alla predisposizione degli elementi preliminari per avviare il processo di AccREDITAMENTO istituzionale e presentare la relativa domanda. Nello specifico sono stati costituiti ed avviati alcuni gruppi di lavoro finalizzati al coordinamento generale del progetto, al presidio dei fabbisogni formativi e di comunicazione, alla autovalutazione circa il livello di soddisfacimento dei criteri di accREDITAMENTO, inclusa la raccolta delle evidenze documentali, ed allo sviluppo di un sistema informatico di supporto nella raccolta della documentazione relativa alla domanda.

Per quanto concerne alcune specifiche attività la Giunta Provinciale, o direttamente la normativa statale, hanno previsto che l'accERTAMENTO dei criteri di accREDITAMENTO venga accertato da enti certificatori esterni specificamente individuati.

- AccREDITAMENTO dei **Laboratori medici** con la norma ISO 15189 certificata da ACREDIA, con prima certificazione in data 14/11/2018;
- U.O Igiene e sanità pubblica – certificazione norme UNI CE EN ISO/IEC 17025, rinnovato l'accREDITAMENTO dei **laboratori di sanità pubblica** per il periodo 2018-2019 con ente certificatore ACCREDIA
- AccREDITAMENTO Joint Accreditation Committee Isct Ebmt (JACIE) della **Ematologia** per l'impiego delle Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), il cui processo per ottenere la certificazione della durata di tre anni, ha preso avvio nel corso del 2018;
- AccREDITAMENTO dei **processi trasfusionali** – nel corso del 2018 sono state condotte le verifiche del mantenimento dei requisiti di accREDITAMENTO secondo le previsioni del DM del 02/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
- AccREDITAMENTO dei processi di **tipizzazione tissutale HLA** del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale secondo i criteri della European Federation for Immunogenetics (EFI), per il quale nel corso del 2018 sono state adottate le iniziative per il mantenimento della certificazione in scadenza per il 2019.
- AccREDITAMENTO del processo per la **Procreazione Medicalmente Assistita** – con determina del Dipartimento Salute n. 203 del 20 luglio 2018 è stato rinnovato il certificato di accREDITAMENTO per i processi di Procreazione Medicalmente Assistita

Gli **accREDITAMENTI volontari** o professionali sono processi a cui le organizzazioni si sottopongono per garantire alle parti interessate il possesso di requisiti di qualità e sicurezza ulteriori rispetto ai requisiti previsti dai processi di accREDITAMENTO istituzionale. Gli standard sono definiti e le verifiche condotte da organizzazioni non istituzionali riconosciute dalla comunità professionale di riferimento. Esistono certificazioni che coinvolgono l'intero sistema organizzazione e altre che ne coinvolgono singole parti o singoli processi. Alcuni sistemi di accREDITAMENTO sono applicabili alle organizzazioni, o a parti di esse, indipendentemente dalla loro natura e finalità, e tendono a verificare in particolare il modo con cui l'organizzazione che vuole essere accREDITATA si struttura per garantire alle parti interessate un servizio/prodotto di qualità ovvero com'è disegnato e come funziona il loro "**sistema di gestione qualità**" (dove per sistema di gestione qualità si intende un insieme coordinato di comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi e risorse che consente di soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate), talvolta anche riferendosi limitatamente ad un particolare processo. APSS ha intrapreso alcuni percorsi di accREDITAMENTO di questo tipo fra i quali i maggiormente significativi sono:

- **EFQM** – modello europeo di certificazione del sistema aziendale di gestione della qualità - strumento di gestione aziendale che aiuta le organizzazioni a migliorare la propria capacità di gestire e di ottenere risultati. Anche se nato nel contesto della grande impresa europea, il Modello si è affermato come lo strumento di riferimento in

- Europa per la "gestione totale della qualità" (Total Quality Management – TQM). La certificazione EFQM, in corso di validità per l'anno 2018, scadrà il 1 dicembre 2019;
- **UNI EN ISO 9001** – modello per la garanzia di qualità nella progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione, assistenza – è un modello orientato alla verifica del modello di gestione aziendale della qualità simile al modello EFQM per finalità ma diverso nelle modalità di approccio. Con questo modello nel 2018 risultano accreditati alcuni settori aziendali ed in particolare:
 - U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
 - U.O. Igiene e sanità pubblica veterinaria
 - Servizio Prevenzione e Protezione e Nucleo Operativo del Medico Competente
 - Servizio Formazione
 - **BS OHSAS 18001**- sistema aziendale per la gestione della sicurezza dei lavoratori – finalizzato a garantire un adeguato controllo riguardo alla sicurezza e alla salute dei lavoratori oltre al rispetto delle norme cogenti. Il mantenimento di questa certificazione consente fra l'altro una riduzione delle tariffe versate da APSS ad INAIL.
 - **Certificazione del Bilancio d'esercizio** – che consente una valutazione esterna della validità e della correttezza del documento di Bilancio

Altri sistemi di accreditamento sono disegnati in modo da definire criteri di qualità più specificamente orientati alla natura e finalità delle organizzazioni. APSS è impegnata in processi di accreditamento volontari specificamente orientati alle organizzazioni sanitarie. Fra questi i percorsi maggiormente significativi sono:

- **Accreditamento Joint Commission International (JCI) dell'ospedale S. Chiara di Trento** - L'accREDITAMENTO JCI è un processo di certificazione di carattere internazionale, che valuta l'organizzazione ospedale nella suo complesso e le connessioni che intercorrono fra le reciproche parti del sistema ed è finalizzato a creare una cultura organizzativa del miglioramento della qualità e sicurezza delle cure che sia parte integrante della pratica quotidiana dei professionisti a beneficio dei pazienti. Il valore aggiunto dell'accREDITAMENTO JCI è traducibile nell'adozione di un metodo di lavoro che favorisce la definizione di obiettivi e di indicatori per l'analisi di tutte le imperfezioni che possono essere presenti all'interno dell'organizzazione, al fine di trovare le opportune azioni di miglioramento sia delle performance generali dell'organizzazione che dei comportamenti dei singoli professionisti facendo diventare il miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti parte integrante della pratica quotidiana. L'Ospedale S. Chiara è stato coinvolto in questo processo di accREDITAMENTO sin dal 2003, ottenendo la prestigiosa certificazione per la prima volta il 24 giugno 2005, ed è stata riconfermata con visite di verifica ogni tre anni. Nel corso settembre 2018 è stata effettuata la visita per la 5^a conferma dell'accREDITAMENTO.
- **Accreditation Canada** – L'esigenza di avviare un processo di certificazione volontario di carattere internazionale che potesse garantire a tutte le parti interessate standard di elevata sicurezza e qualità delle cure e dell'assistenza erogata in modo diffuso e sistematico su tutta l'azienda, ha spinto la direzione aziendale ad individuare nel programma di certificazione **Qmentum International di Accreditation Canada** lo strumento che può consentire di intraprendere un percorso che incida su tutte le dimensioni assistenziali: prevenzione, cura e riabilitazione, sia territoriale che ospedaliera.
Con la Delibera del Direttore Generale n° 246 del 3/5/2018 è stato formalizzato l'avvio del percorso di accREDITAMENTO che coinvolgerà a partire dall'anno 2019 il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio territoriale ed il Servizio Ospedaliero Provinciale, e gli ospedali di Arco, Tione, Cavalese e Borgo Valsugana. Il percorso si concentrerà sull'adeguamento di APSS a 27 standards e complessivamente oltre 3000 criteri di qualità (ciascuno standard si riferisce ad un particolare processo ed è composto da numerosi criteri che ne definiscono il livello di qualità atteso). Il percorso ha preso avvio nel corso del 2018 in particolare la effettuazione di un corso di formazione in due edizioni rivolto alla leadership aziendale ed ai coordinatori dei gruppi di lavoro per l'adeguamento agli standard, nel quale sono state presentate le caratteristiche del percorso di accREDITAMENTO Qmentum International e la struttura degli standard.
- **BFHC – Baby Friendly Hospital and Community** – Iniziativa dell'OMS/UNICEF che offre agli ospedali ed alle comunità territoriali linee guida per diventare centri di sostegno all'allattamento materno; protocollo di intesa PAT e UNICEF. Il processo di accREDITAMENTO è stato intrapreso inizialmente dall'Ospedale di Trento a partire dal 2016, successivamente dal 2018 è stato esteso anche agli altri ospedali ed alle strutture del Servizio Territoriale.

I PERCORSI CLINICI

Un importante strumento di miglioramento della qualità delle cure, in costante incremento in APSS, consiste nella formulazione di precisi percorsi clinici, volti alla diffusione e applicazione omogenea delle migliori pratiche in modo contestualizzato e innovando i modelli organizzativi.

I Percorsi Clinici sono finalizzati a descrivere nel miglior modo possibile gli interventi appropriati per un paziente affetto da una determinata patologia o con una certa condizione clinica. La definizione di Percorso clinico comprende: PIC (percorso integrato di cura), PDT (percorso diagnostico terapeutico) PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), percorso (profilo) di cura, percorso clinico-assistenziale. Questi strumenti descrivono tutto il percorso di cura del paziente – o una o più fasi del percorso – nei diversi *setting*: ambulatoriale, ospedaliero o domiciliare, in modo tale da fornire indicazioni metodologiche alle strutture per uniformare le loro attività e assicurare una presa in carico omogenea e in linea con le nuove evidenze e le innovazioni tecnologiche, sulla base delle specifiche linee guida e della letteratura scientifica disponibile.

I principi a cui si fa riferimento nella redazione dei percorsi clinici sono: il "centrare le cure sulla persona" e sulla famiglia coinvolgendo la persona stessa nella gestione della malattia, la riduzione dei passaggi non essenziali, l'adozione delle migliori pratiche cliniche, la valorizzazione delle competenze e la riduzione degli sprechi.

Caratteristica del percorso clinico è quella di essere la risultanza di un approccio multidisciplinare e multi professionale che include specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e rappresentanti delle Associazioni dei pazienti.

Le patologie prese in considerazione sono quelle più rilevanti per frequenza e per impatto sui singoli, sulla rete familiare e sulla comunità e che implicano complessità interdisciplinare e molteplicità dei setting coinvolti, cioè condizioni in cui può registrarsi variabilità e disomogeneità di risposta in ambito aziendale.

Una volta approvati formalmente e diffusi (pubblicati anche sul sito internet APSS), i percorsi clinici sono poi soggetti ad un attento monitoraggio che ne misura la concreta applicazione e analizza gli scostamenti individuando gli interventi correttivi. Ciascun percorso è soggetto a revisione periodica, almeno triennale.

Nell'anno 2018 sono stati definiti o aggiornati i seguenti Percorsi Clinici aziendali:

- PDTA forme ereditarie carcinoma colon retto
- PDTA celiachia in età pediatrica
- PDTA celiachia negli adulti
- aggiornamento percorso di riabilitazione cardiologica
- aggiornamento percorso di riabilitazione a seguito di protesi di anca e ginocchio
- PDTA per la gestione del fast track in ortopedia

La stesura dei Percorsi ha comportato la raccolta delle informazioni relative alla descrizione del percorso esistente per la specifica condizione/patologia, la ricerca nelle banche dati nazionali e internazionali delle specifiche linee guida alle quali fare riferimento e l'individuazione degli indicatori di processo e di esito per il monitoraggio periodico.

COMITATO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il Comitato aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico, a composizione multiprofessionale e multidisciplinare, è incaricato di fornire alla Direzione Aziendale gli elementi per le attività di programmazione, supporto ed indirizzo nel campo specifico della gestione del rischio clinico. Gli indirizzi forniti dal Comitato devono poi trovare realizzazione operativa tramite la rete dei referenti per la sicurezza dei pazienti, formata da professionisti (medici e delle professioni sanitarie) individuati nelle Direzioni di Ospedale/Servizio Territoriale/Dipartimento di Prevenzione e nelle singole Unità Operative (ospedaliere e territoriali). A tali figure viene chiesto di svolgere un ruolo attivo di supporto all'attuazione delle iniziative locali coerenti con l'obiettivo generale di migliorare la sicurezza, all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali e alla verifica dell'applicazione di quelle predisposte a livello aziendale.

Segnalazione eventi avversi e quasi eventi mediante schede di incident reporting

L'incident reporting (IR) è un sistema di raccolta strutturata e volontaria degli eventi avversi e dei quasi eventi (o near miss), che fornisce una base di analisi utile per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento, al fine di prevenire il loro riaccadimento nel futuro.

Poiché l'obiettivo principale dell'IR è quello di imparare dagli errori e ridurre le probabilità che essi si ripetano, è fondamentale la raccolta e la periodica lettura ed interpretazione degli eventi e dei quasi eventi, al fine di ottenere una "massa critica" di informazioni utile ai fini della conoscenza delle aree a maggiore rischio.

In APSS il sistema di incident reporting rappresenta uno dei principali strumenti utilizzati per la rilevazione degli eventi avversi.

In APSS possono essere segnalati sia i quasi eventi, che gli eventi avversi con e senza danno con le seguenti modalità:

- *Incident reporting territoriale*: si tratta di una scheda informatizzata appositamente pensata per i contesti territoriali (servizi vaccinali, assistenza domiciliare, salute mentale, ...), che consente di segnalare qualunque tipologia di evento, nell'ottica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata;
- *Incident reporting 118*: anche in questo caso si tratta di una scheda informatizzata creata in modo apposito per tale particolare contesto, il cui utilizzo a "regime" è avvenuto nel 2018;
- *Incident reporting ospedaliero*: nel corso del 2018, si è iniziato ad introdurre una nuova scheda informatizzata di incident reporting, pensata appositamente per gli Ospedali e che consente di segnalare qualunque tipologia di evento/quasi evento. Nello specifico, in corso d'anno è stata presentata ed introdotta negli Ospedali di Trento (maggio), Cavalese (giugno) e Cles (ottobre).

I restanti quattro Ospedali del Servizio Ospedaliero Provinciale (Arco, Borgo Valsugana, Rovereto e Tione), nell'attesa di implementare il nuovo sistema nel corso del 2019, hanno continuato ad utilizzare il vecchio sistema di segnalazione, che, però, permette di segnalare solo 5 tipi di eventi (cadute, errori di terapia, lesioni da pressione, ritenzione di corpo estraneo in sito chirurgico, errori trasfusionali).

Pertanto, nel corso del 2018 le segnalazioni sono state effettuate utilizzando due diversi sistemi di incident reporting.

INDICATORE: Numero di segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi mediante schede di incident reporting

Figura 89. N. segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi con scheda di incident reporting (triennio 2016 – 2018). Si segnala che non sono presenti le cadute accidentali, in quanto dal 2017 è stata introdotta una specifica scheda di segnalazione

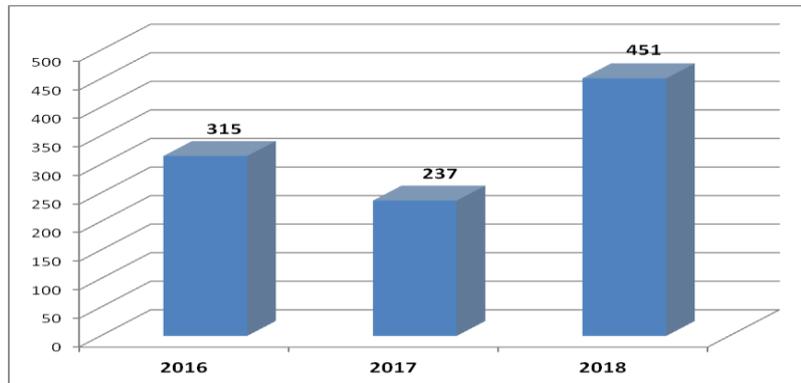


Tabella 88. Tipologie di eventi segnalati in APSS con le schede di incident reporting nel triennio 2016 – 2018

Tipologia di evento	2016	2017	2018
	N. casi	N. casi	N. casi
Gestione farmaco	225	166	278
Altri eventi	33	15	20
Eteroaggressività	13	33	25
Identificazione paziente / lato / sede	13	4	31
Gestione dispositivi / ausili / apparecchiature	10	2	15
Procedura amministrativa no adeguata	5	5	2
Prestazione assistenziale	5	6	24
Procedura diagnostica	5	3	11
Gestione sangue	3	1	5
Procedura chirurgica/terapeutica	3	2	6
Codice gravità - attribuzione	0	0	2
Coordinamento Centrale Operativa	0	0	10
Gestione mezzo di soccorso	0	0	4
Identificazione luogo intervento	0	0	11
Procedura di soccorso	0	0	7
Totale	315	237	451

Legenda: (*): Le cadute non sono presenti, in quanto dal 2017 è stata introdotta una specifica scheda di segnalazione cadute.

Nel corso del 2018 sono state realizzate e/o avviate diverse progettualità, tra le quali si evidenziano:

- Revisione delle modalità per l'identificazione puntuale del target di intervento tra Centrale Unica di Emergenza (Numero Unico 112), Centrale Operativa di Trentino Emergenza 118 e Personale sul territorio.
- Formazione degli operatori di Trentino Emergenza 118 sulla "sicurezza negli incidenti stradali".
- Prosecuzione dell'implementazione del software per la gestione informatizzata della terapia farmacologia in Unità Operative ospedaliere, in quanto trattasi di uno strumento utile per migliorare la sicurezza delle fasi di prescrizione e somministrazione dei farmaci.
- Prosecuzione dell'attività di formazione del personale dell'Area della Salute Mentale del Servizio Territoriale per la prevenzione e gestione dell'aggressività in Psichiatria.
- Pianificazione di un percorso formativo per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza per il personale del Pronto Soccorso.
- Conduzione di audit (analisi delle cause determinati e/o dei fattori contribuenti il verificarsi dell'evento) su singole segnalazioni (in particolare riguardanti la gestione dei farmaci e il passaggio di informazioni per la continuità assistenziale) che, seppure non hanno avuto conseguenze significative sul paziente operatore, sono state ritenute rilevanti per la loro potenzialità di provocare un danno grave.
- Definizione della bozza avanzata delle Linee guida aziendali per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione negli adulti, da parte dello specifico Comitato.

Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale

Nel corso del 2018, è stata effettuata la prima revisione della procedura per la prevenzione e gestione delle cadute. Rispetto alla precedente versione, la nuova procedura non è rivolta ai soli Ospedali, ma a tutti i contesti dell'APSS, in cui gli operatori sanitari possono mettere in atto azioni di prevenzione e gestione delle cadute in base alle caratteristiche dell'utenza assistita. Ulteriori novità hanno riguardato la contestualizzazione di una serie di indicazioni operative per la prevenzione delle cadute in specifici ambiti, quali la Day Surgery e i Servizi di Endoscopia, il Day Hospital e i Servizi della Salute Mentale territoriale, dando così seguito ad una serie di esigenze che erano emerse.

Procedura aziendale per la gestione dei farmaci chemioterapici antitumorali

Nel corso del 2018 è stato concluso il progetto "UFA ONCO EMA" sull'adesione alla raccomandazione ministeriale n. 14 relativa alla gestione dei farmaci chemioterapici antitumorali (CTA). Lo sviluppo del progetto ha richiesto un processo di valutazione della rispondenza ad una specifica checklist inerente tutte le fasi di gestione dei farmaci CTA, come indicato nella raccomandazione n. 14 e nella specifica normativa in tema di sicurezza degli operatori che gestiscono tali farmaci. Grazie a tale lavoro si è provveduto ad introdurre una serie di misure migliorative (revisione delle modalità di trasporto dei farmaci CTA, omogeneizzazione di specifiche procedure e modalità operative all'interno delle due Farmacie Ospedaliere, ...). Inoltre, è stato attivato un apposito gruppo di lavoro con il mandato di lavorare alla stesura di una "Procedura aziendale per la gestione dei farmaci chemioterapici antitumorali", riguardante sia gli aspetti relativi alla sicurezza dei pazienti sia quelli riguardanti la sicurezza degli operatori nei luoghi di lavoro.

COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI

Il Comitato aziendale per il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate ai processi assistenziali (CIPASS), è un organismo tecnico-scientifico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

È deputato a svolgere azioni di programmazione e indirizzo strategico nelle scelte di controllo e sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), definendo i settori prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi prescelti.

Il Comitato, per realizzare gli obiettivi programmati, può avvalersi della collaborazione di tutte le figure professionali operanti nell'Azienda che per la loro competenza e preparazione professionale sono individuate e organizzate dal CIPASS in determinate attività o in Gruppi Operativi che si occupano di specifiche problematiche.

Uno degli argomenti più importanti attualmente a livello internazionale per il contrasto delle Infezioni è il buon uso degli antibiotici (antimicrobial stewardship). La strategia nazionale inerente questa problematica è espressa nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020. Il PNCAR si basa sul concetto di One-Health che prevede l'applicazione di un approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra gli ecosistemi Umano – Animale – Ambientale. Per gestire e organizzare l'applicazione provinciale del PNCAR e per contribuire alla realizzazione della rete di referenti regionali che il Piano prevede tra il Gruppo Tecnico centrale di coordinamento nazionale e le politiche regionali, l'Assessorato alla Salute della PAT ha deliberato, nel recepire il PNCAR (del. n. 1341, luglio 2018), la costituzione di un gruppo tecnico provinciale costituito da esperti aziendali nel settore medico e veterinario e collegato al CIPASS, il Coordinatore del quale coordina anche il gruppo provinciale PNCAR.

I vari Gruppi operativi del CIPASS hanno lavorato nel corso del 2018 per gestire le specifiche problematiche di loro referenza e per predisporre procedure e protocolli omogenei a livello aziendale. In particolare:

- Gruppo Controllo Legionellosi: aggiornato il documento aziendale delle "Procedure per il controllo ambientale della legionellosi ospedaliera – sett. 2018";
- Gruppo vaccinazioni Operatori Sanitari: elaborato il documento della "Politica aziendale sulle vaccinazioni degli operatori sanitari" e il documento della "Procedura delle vaccinazioni negli operatori sanitari APSS". Entrambi i documenti sono alla verifica per l'approvazione presso la Direzione Sanitaria e Generale aziendale;
- Gruppo antibiotico profilassi in chirurgia: ha continuato il lavoro sulla revisione e l'aggiornamento del documento di "Procedura per la profilassi perioperatoria in chirurgia dell'adulto" che sarà pronto nella sua versione finale nei primi mesi del 2019;
- Gruppo dei Disinfettanti e Antisettici: ha continuato il lavoro sulla revisione e l'aggiornamento del documento del "Prontuario dei Disinfettanti e antisettici in APSS" che sarà ultimato nel corso del 2019;
- Gruppo dei Processi di Sterilizzazione: ha avviato una serie di verifiche presso le centrali di sterilizzazione e i blocchi operatori di tutta l'azienda per aggiornare e omogeneizzare le procedure in un documento aziendale che sarà emanato nel corso del 2019.

In relazione alle diffuse attività che saranno richieste per implementare e supportare i processi di Accredimento Istituzionale e di Accredimento di Eccellenza con la metodologia di Accreditation Canada, per le quali si è previsto l'avvio nel corso del 2019, sono stati organizzati tre gruppi di lavoro che negli ultimi mesi del 2018 hanno partecipato ai primi incontri con gli esperti accreditatori AC e che nel 2019 si occuperanno di implementare i criteri e gli standard riguardo alle Infezioni correlate all'assistenza in Ospedale, alle Infezioni correlate all'assistenza sul Territorio, ai Processi di Sterilizzazione.

La sorveglianza delle ICA, riconosciuta essere una procedura efficace per ridurre la frequenza delle infezioni acquisite in ospedale, è continuata presso tutte le strutture del SOP con l'usuale Sistema di Sorveglianza basata sui dati Laboratorio.

La sorveglianza basata sui dati di laboratorio, offre la possibilità di:

- identificare microrganismi "pericolosi" (*alert organism*)
- identificare epidemie sostenute da un unico microrganismo

- monitorare l'andamento nel tempo delle resistenze batteriche

Questo tipo di sorveglianza ha il vantaggio di favorire la collaborazione tra la Microbiologia, la Direzione Medica (infermiere epidemiologiche) e le Unità Operative (clinici), consentendo così una buona rilevazione delle infezioni ospedaliere in termini qualitativi (non quantitativi), che può aiutare ad identificare le vie di trasmissione, permettendo efficaci interventi per l'interruzione della catena del contagio della ICA in particolare per controllare gli eventuali cluster epidemici.

I dati sono restituiti alle UU.OO. e alle Direzioni Mediche – CIO sotto forma di un report annuale delle Infezioni Ospedaliere e di un report semestrale delle antibiotico resistenze suddivise per specie e Unità Operative. Da quest'anno il report delle antibiotico resistenze riporta anche i dati delle RSA.

La tabella seguente, riporta in modo sintetico i dati delle infezioni ospedaliere rilevate attraverso i dati di laboratorio e quindi per quanto riguarda solo i microorganismi alert.

Tabella 89. Infezioni ospedaliere rilevate

OSPEDALE	N. I.O	% I.O/1000 Pazienti	N. Pazienti
TRENTO	112	4.5	24.880
ROVERETO	125	10.7	11.667
CLES	12	3.3	3.598
CAVALESE	28	12.8	2.179
BORGO	38	18.3	2.071
TIONE	7	3.4	2.063
ARCO	11	5.5	1.981
TOTALE	333	8.3	48.439

Si riportano i dati delle vaccinazioni della campagna antinfluenzale 2018 degli operatori sanitari che dimostra un netto miglioramento delle percentuali di adesione rispetto all'anno precedente.

Tabella 90. Vaccinazione antinfluenzale operatori

OSPEDALE	N° VACCINI	% TUTTO PERSONALE STRUTTURA	N° dip.	% SOLO PERSONALE SANITARIO	N° dip.	Note
TRENTO	479	14,63	3275	16,53	2897	178 studenti vaccinati non sono considerati
ROVERETO	177	13,25	1336	15,38	1151	
ARCO	86	19,37	444	25,60	363	
TIONE	80	28,37	282	36,04	222	
CLES	54	12,44	434	15,25	354	
CAVALESE	33	10,38	318	12,94	255	
BORGO	70	19,39	361	25,09	279	

Nel corso del 2018 sono state tenute molte iniziative di aggiornamento e formazione nei singoli ospedali tra le quali a titolo di esempio si citano:

- Corso formativo per gli osservatori Igiene Mani all'Ospedale di Tione;
- La sicurezza del paziente e dell'operatore: dalle logiche agli strumenti, all'Ospedale di Rovereto (due edizioni);
- Lavaggio e disinfezione dei dispositivi medici riutilizzabili: nuove strategie per il monitoraggio dell'efficacia delle procedure nel ricondizionamento dello strumentario chirurgico e degli endoscopi flessibili – Centro Servizi sanitari di Trento;
- Incontri informativi sulle vaccinazioni tenuti presso gli ospedali di Arco, Tione, Cles, Cavalese, Borgo.
- Corso FAD sulle pratiche di isolamento
- Corso FAD sulle vaccinazioni.

COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE

Nel 2018 il Comitato Ospedale Territorio senza dolore (COTSD), in occasione della "Giornata Nazionale del Sollievo, ha promosso e coordinato lo svolgimento di una indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore in tutte le strutture del servizio ospedaliero provinciale e nelle strutture private convenzionate, avvalendosi della collaborazione del Polo Universitario per le Professioni Sanitarie.

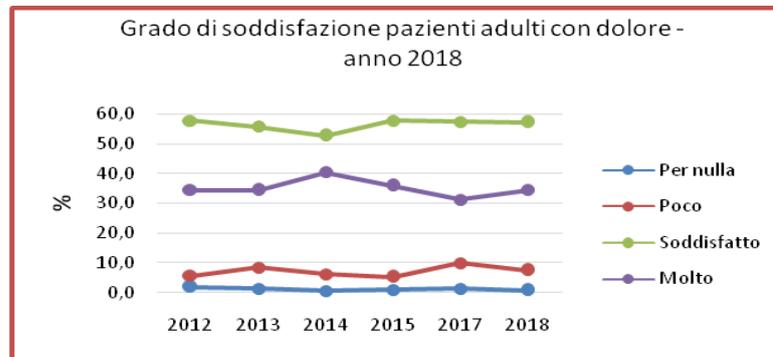
Sono stati così complessivamente raccolti oltre 1.494 questionari che hanno permesso di rilevare quanto segue.

Tabella 91

	Adulti collaboranti	Adulti non collaboranti
prevalenza dolore	al movimento = 61,3% a riposo = 49,5%	63,5% (50,1% se rilevato dai caregiver)
dolore medio (in una scala da 0 a 10)	4,5 ± 2,5 durante il movimento 4,4 ± 2,5 a riposo	8,7 ± 2,7 (4,4 ± 2,1 se rilevato da caregiver)

Più del 91% delle persone che hanno risposto ai questionari si sono dichiarate soddisfatte/molto soddisfatte del trattamento per la gestione del dolore ricevuto in ospedale, come riportato nella figura sottostante.

Figura 90 - grado di soddisfazione dei pazienti del trattamento per la gestione del dolore – Anno 2018



I dati di soddisfazione sono in linea con quanto rilevato negli anni precedenti.

Tabella 92

	2012	2013	2014	2015	2017	2018
Per nulla	2,0	1,5	0,7	1,1	1,4	0,9
Poco	5,8	8,5	6,2	5,3	10,0	7,5
Soddisfatto	57,8	55,7	52,7	57,7	57,2	57,1
Molto	34,5	34,3	40,4	35,9	31,3	34,5

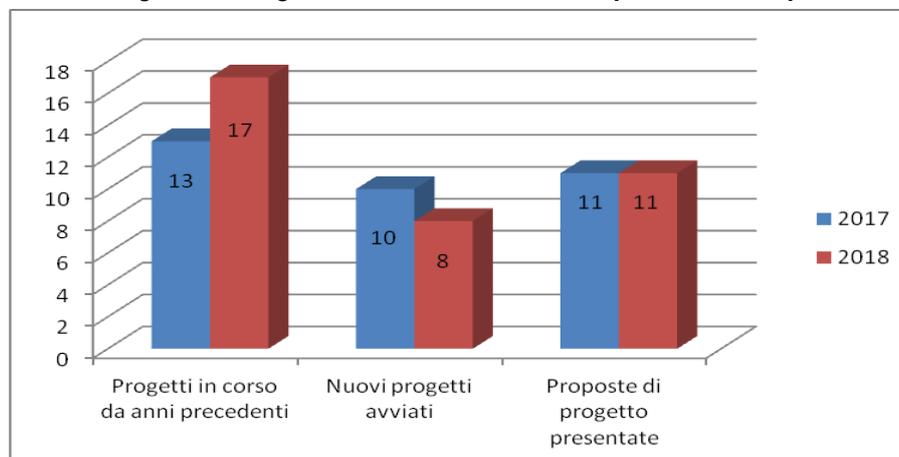
RICERCA E INNOVAZIONE

L'attività di ricerca e innovazione è supportata dall'Azienda mediante una funzione di coordinamento e gestione dei progetti di ricerca clinica aziendali, sia dal punto di vista di indirizzo che da quello amministrativo, supportando i ricercatori nella formulazione dei progetti, nell'acquisizione dei finanziamenti, nei rapporti istituzionali con gli enti partner e/o finanziatori e nel monitoraggio delle attività di gestione e rendicontazione correlate.

Oltre al personale aziendale, le parti interessate alla ricerca sono costituite da tutti gli Enti esterni pubblici e privati che collaborano con APSS in attività di ricerca o che finanziano lo svolgimento di specifici progetti.

Nel 2018, è proseguita l'attività di coordinamento, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali ed internazionali, unitamente al mantenimento dei rapporti con gli enti finanziatori e i partner di progetto, per la corretta gestione delle attività amministrative connesse ai programmi di ricerca.

Figura 91 - Progetti di ricerca finanziati in APSS (anni 2017 - 2018)



SOSTENIBILITA' ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO

LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda, quale ente strumentale della Provincia, finanzia le proprie attività attraverso le risorse messe a disposizione dal **Fondo Sanitario Provinciale** (FSP), con il quale si provvede al finanziamento delle prestazioni relative ai livelli essenziali di assistenza, e dal **Fondo per l'Assistenza Integrata** (FAI), che finanzia le prestazioni relative ai livelli aggiuntivi di assistenza sanitaria e quelle dell'area dell'integrazione sociosanitaria. Com'è noto, infatti, la spesa sanitaria provinciale viene finanziata tramite il fondo sanitario provinciale e il fondo per l'assistenza integrata cui si aggiungono la compartecipazione diretta dei cittadini, i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, anche a carattere territoriale, e le prestazioni a tariffa. Gli investimenti invece vengono finanziati principalmente mediante risorse messe a disposizione sul Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale.

Nell'esercizio 2018 la gestione dei **programmi periodici di spesa** (per il monitoraggio ed il controllo dell'utilizzo delle risorse economiche messe a disposizione dei Servizi ordinatori di spesa al fine di garantire costantemente l'equilibrio economico-finanziario aziendale) è stata coerente con le direttive dettate dalla Giunta provinciale per l'esercizio stesso, emanate con deliberazione di G.P. n. 2134 di data 07/12/2017, poi aggiornate in via definitiva con successivo provvedimento dell'esecutivo provinciale n. 2430 di data 21/12/2018.

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Provinciale di parte corrente è stato assestato con integrazione ex Delibera di Giunta Provinciale n. 2430 di data 21/12/2018 in € 1.180.096.701,22=.

I ricavi propri (tariffe e compartecipazioni) riguardano, per significatività, il valore delle prestazioni rese a residenti fuori Provincia nell'ambito dell'istituto della mobilità sanitaria "attiva" (per 59,6 milioni di euro verso residenti italiani e per 4,6 milioni di euro per utenti internazionali), i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket, per 21,67 milioni di euro), i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione sanitaria (per 11,59 milioni), le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (per € 10,37 milioni di euro), i concorsi, recuperi e rimborsi (per € 8,98, compresa la contabilizzazione del Pay back), gli altri ricavi e proventi (per € 4,78 milioni) e le prestazioni erogate ad assistiti extra PAT nella REMS e nelle strutture dell'ex OP (pari, nel complesso, ad € 1,47 milioni), **per un totale complessivo di ricavi propri pari a 123,15 milioni di euro.**

L'attribuzione della quota del finanziamento al Servizio Sanitario Provinciale è effettuata, ai sensi dell'art. 16 e succ. della L.P. n. 16/10, dalla Giunta Provinciale in coerenza con le risorse disponibili nell'ambito del Bilancio annuale e pluriennale provinciale. Nell'esercizio 2018 sono stati attuati gli interventi richiesti all'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica provinciale, al fine di garantire da parte del sistema territoriale integrato il rispetto del Patto di garanzia recepito con la Legge n. 190/2014 e così come declinati, per il settore sanitario, nel provvedimento della Giunta Provinciale n. 2134/2017 attraverso specifiche direttive in materia di razionalizzazione della spesa per l'anno 2017.

Sul versante dei vincoli di spesa, la Giunta Provinciale ha definito i tetti sui principali aggregati funzionali di spesa, che risultano nel complesso rispettati, come indicato nel provvedimento provinciale di approvazione del bilancio di esercizio (deliberazione di G.P. n. 985 di data 28.06.2019), **registrando un margine complessivo di oltre 10 milioni di euro.**

Nel corso dell'anno 2018 l'Azienda ha mantenuto e, in taluni ambiti (es. la Protonterapia), potenziato il complessivo quadro di offerta dei servizi, nell'ambito di un trend di fisiologico aumento della spesa sanitaria in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e della cronicità di alcune patologie, con ciò garantendo il raggiungimento del complessivo equilibrio di bilancio, dal momento che è stato rilevato un **utile "tecnico"** di 62,88 mila euro. Anche dal punto di vista finanziario l'Azienda ha garantito l'equilibrato andamento dei flussi finanziari che ha permesso il regolare assolvimento delle obbligazioni contrattuali.

Trimestralmente l'Azienda provvede a formulare il fabbisogno di cassa alla Provincia sulla base del provvedimento di assegnazione disposto dalla Giunta Provinciale: il trasferimento avviene per quote mensili ad eccezione dei progetti specifici, che sono finanziati a seguito di presentazione delle rendicontazioni degli oneri sostenuti. Dal punto di vista operativo, l'erogazione avviene mediante accredito dei fondi sulla contabilità speciale aperta presso il tesoriere della Provincia ogni settimana/decade, in concomitanza con le principali scadenze di pagamento. Il Servizio Bancario di APSS accede giornalmente alla contabilità speciale, a ripiano, sulla base dell'effettivo fabbisogno e, nel corso del 2018, ha utilizzato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di € 1.065,91 milioni, con un decremento di circa € 105 milioni rispetto all'anno precedente.

Tabella 93. Erogazioni provinciali di cassa (in milioni di euro)

2016	2017	2018
1.123	1.171	1.066

Particolarmente attenta è la gestione e la promozione delle entrate proprie aziendali. Mensilmente i servizi aziendali procedono a verificare la consistenza dei crediti e a monitorare l'**indice di dilazione** che nel 2018 è stato mediamente pari a **142 giorni** (in decremento rispetto al dato di riscossione a 152 giorni registrato nel 2017)⁵.

⁵ Non sono considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa.

Sul fronte dei pagamenti ai fornitori, si segnala che i medesimi sono stati assolti nei termini previsti dalle rispettive obbligazioni contrattuali. Al riguardo "l'indicatore di tempestività dei pagamenti"⁶ per l'esercizio 2018 è pari a **-10,31 giorni**, quindi i fornitori sono mediamente pagati dieci giorni prima della scadenza.

Nel corso dell'esercizio 2018, l'Azienda Sanitaria ha inoltre certificato, su istanza del creditore ed entro il termine previsto di 30 giorni dalla ricezione, 3 richieste dei fornitori relativi a crediti per somme dovute per somministrazioni, forniture, appalti e prestazioni professionali (c.d. crediti commerciali), attestando sempre il pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili effettuato entro i termini contrattualmente previsti per l'obbligazione. Nel 2017 le richieste di certificazione erano state 14 e quindi la significativa riduzione conferma la regolarità dell'Azienda nel pagamento dei fornitori.

Il **puntuale pagamento** rappresenta altresì un positivo elemento nella valutazione fatta da parte dei fornitori nella partecipazione alle gare di appalto, che può concorrere a determinare migliori condizioni sui prezzi offerti.

LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE

Le iniziative di investimento sono prevalentemente finanziate dal Fondo Sanitario Provinciale (di parte capitale o in conto esercizio specificatamente destinate agli investimenti) e, in via residuale, da risorse di altri enti o da progettualità di sperimentazione/ricerca. I finanziamenti in conto capitale sono articolati e distinti per attrezzature sanitarie, per attrezzature tecniche economali, per presidi protesici e per lavori sul patrimonio immobiliare per garantirne il mantenimento in efficienza e rendere le strutture aziendali sempre più rispondenti alle esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti.

Il provvedimento di finanziamento per le spese di investimento approvato dalla Giunta provinciale identifica le linee di investimento o gli specifici lavori finanziati, fatta eccezione per alcuni importi residuali destinati alle spese indistinte. I finanziamenti in c/capitale disposti dalla P.A.T. assegnati all'Azienda nell'anno 2018 sono stati pari a € 58,88 milioni, così ripartiti:

- Attrezzature Non Sanitarie ed Economali: € 8,97 milioni;
- Attrezzature Sanitarie: € 11,81 milioni;
- Presidi Protesici: € 2,40 milioni;
- Opere di edilizia sanitaria: € 35,70 milioni.

Tabella 94. Finanziamenti PAT in conto investimento (in milioni di euro)

Voce	2016	2017	2018
Attrezzature Sanitarie	2,00	7,69	11,81
Attrezzature Non Sanitarie ed Economali	2,50	2,52	8,97
Presidi Protesici	2,50	2,40	2,40
Lavori	10,90	6,53	35,70
Totale APSS	17,90	19,14	58,88

Il 2018 è stata un'annualità importante, in quanto in fase di definizione delle disposizioni provinciali per la chiusura di bilancio d'esercizio, la Provincia ha assegnato ad investimenti specifiche risorse in c/esercizio per complessivi € 13,089 milioni finalizzati a coprire il maggior fabbisogno delle annualità future.

In considerazione della normativa nazionale vigente e delle disposizioni della Giunta Provinciale in tema di monitoraggio della spesa in c/capitale, si è adottata anche per la spesa in c/capitale la gestione per commesse, finalizzata a soddisfare il debito informativo sullo stato di avanzamento e utilizzo dei finanziamenti provinciali in c/capitale e per garantire una corretta tracciatura della spesa. Sono stati definiti corrispondenti programmi di spesa ed è stato individuato specifico applicativo quale strumento operativo. Il monitoraggio avviene su 4 livelli: 1) Delibera di finanziamento 2) Finanziamento, corrispondente alla ripartizione delle risorse tra assegnatari aziendali 3) Progetto, atto a riunire commesse omogenee 4) Commessa per singola linea di investimento ovvero quale aggregato di più linee.

LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO

Le risorse da autofinanziamento riguardano i ricavi della gestione caratteristica derivanti dall'attività istituzionale e nel 2018 sono pari a circa € 58,87 al netto dei ricavi della mobilità sanitaria interregionale ed internazionale. Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i servizi vari ad imprese ed enti (le tre voci rappresentano circa il 74% del totale).

Dal punto di vista tariffario la competenza dell'Azienda riguarda unicamente la gestione della libera professione e talune voci del tariffario amministrativo (copie documentazione amministrativa e sanitaria, erogazione pasti), in quanto tutte le altre voci sono definite da nomenclatori approvati dalla Giunta Provinciale (Prestazioni della specialistica ambulatoriale, Igiene e sanità pubblica, ricoveri). Sul fronte delle entrate proprie, quindi, la possibilità dell'Azienda di incidere sull'entità complessiva del gettito è pertanto notevolmente ridotta per effetto della competenza provinciale in materia tariffaria.

Nel 2018, i controlli sulle esenzioni per patologia hanno consentito di garantire il corretto riconoscimento delle prestazioni esenti in coerenza allo specifico profilo di esenzione, nonché di incassare un ticket pari a circa 234.000 euro. Inoltre, i controlli sulle esenzioni per reddito a seguito delle comunicazioni pervenute dal Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'Economia e Finanze hanno permesso di recuperare circa 70.000 . euro a titolo di ticket e di sanzione amministrativa.

⁶ L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come il tempo medio ponderato di pagamento rispetto alle scadenze contrattualmente previste.

LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI

Nell'esercizio 2018 l'Azienda ha partecipato a progetti di ricerca finanziati da Enti esterni attraverso trasferimenti finalizzati che sono gestiti separatamente rispetto alle quote del Fondo Sanitario.

L'APSS ha effettuato una puntuale attività di coordinamento, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali ed internazionali, nonché sono stati mantenuti i rapporti con gli enti finanziatori e i partner di progetto per la corretta gestione delle attività amministrative connesse ai programmi di ricerca sanitaria, anche di livello internazionale/europeo, in particolare proseguendo la collaborazione con il mondo della ricerca trentino. Sotto il profilo della gestione delle risorse vi è un consistente impegno amministrativo, in quanto i finanziamenti vengono erogati a consuntivazione delle attività svolte, mediante presentazione della relativa documentazione giustificativa della spesa.

La gestione c.d. per "commessa", sviluppata negli ultimi anni nell'ambito del sistema contabile, consente una migliore individuazione dei costi riferibili ad ogni singola iniziativa e permette una puntuale rendicontazione di fine esercizio all'ente finanziatore, con la possibilità - in tempo reale - di reperire dati contabili e tecnici dal sistema di contabilità integrato.

Tabella 95. Finanziamenti per contributi e progetti di ricerca (in migliaia di euro)

Descrizione	2016	2017	2018
Contributi finalizzati P.A.T.	0,21	149	0
Progetti finalizzati altri enti	1078	364	913

Nel corso del 2018 sono stati inoltre introitati 292.600 euro per l'alimentazione del Fondo unico per il miglioramento della qualità dei servizi, al cui interno si contabilizzano i proventi da donazioni (200.000 euro), i proventi da sponsorizzazione (81.600 euro), nonché le quote di iscrizione per eventi formativi (11.000 euro). Tali fondi consentono di incrementare le attività formative a favore del personale dipendente, nonché l'organizzazione di eventi scientifici anche di rilievo nazionale.

RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO

L'APSS è una delle maggiori realtà economiche della Provincia Autonoma di Trento per numero di dipendenti, risorse gestite e rete di relazioni con le parti interessate (fornitori, sistema bancario, terzo settore, strutture accreditate con il Servizio Sanitario Provinciale, personale convenzionato), contribuendo allo sviluppo economico, oltre che sociale, del territorio. Sotto questo profilo l'Azienda genera anche importanti ricadute economiche sul territorio, anche attraverso flussi finanziari "di ritorno" alla comunità, in relazione ai meccanismi di devoluzione fiscale per la compartecipazione di quota parte dei tributi che garantiscono il gettito erariale.

Figura 92 – Ricadute economiche dell'attività di APSS sul territorio

I RISULTATI

Ricadute dirette e indirette sul territorio derivanti dalla gestione delle risorse finanziarie

