



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

BILANCIO DI MISSIONE 2017

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

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	9
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	17
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	23
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	23
ASSISTENZA DI BASE	34
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	39
CURE DOMICILIARI	40
SERVIZI CONSULTORIALI	43
AREA RIABILITAZIONE.....	46
SALUTE MENTALE	51
SERVIZIO DIPENDENZE ED ALCOLOGIA.....	56
ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	63
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	68
RETE CLINICA ODONTOIATRICA.....	70
ASSISTENZA OSPEDALIERA	72
GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA	72
APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA	74
PERCORSI ONCOLOGICI.....	79
AREA MATERNO INFANTILE.....	80
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA).....	84
AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA	86
DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	91
ATTIVITÀ DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE.....	94
MOBILITÀ SANITARIA	95
RELAZIONE CON I CITTADINI.....	103
COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ.....	103
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAI CITTADINI	104
QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	106
ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL DELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO.....	106
COMITATO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	106
COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI	109
COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	110
RICERCA E INNOVAZIONE.....	110
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO.....	112
LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE	112
LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE	113
LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO.....	114
LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI	114
RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO	115

INTRODUZIONE

Il Bilancio di missione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, a norma della legge provinciale 16/2010, ha la finalità di evidenziare in particolare: *“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 Bilancio di Missione perciò è lo strumento per evidenziare come, e con quali risultati, l'Azienda ha saputo declinare operativamente la propria *“missione”*, che è quella di 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 è incentrato quindi sull'obiettivo di evidenziare 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 2017 - secondo gli obiettivi del Programma di attività 2017 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 2017-2019 - 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, miglioramento saldo di mobilità, revisione del modello organizzativo della medicina generale e della continuità assistenziale, 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**, sistema che valuta e mette a confronto ogni anno i risultati delle attività di 15 regioni e province autonome italiane.

L'edizione riferita al 2017 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).

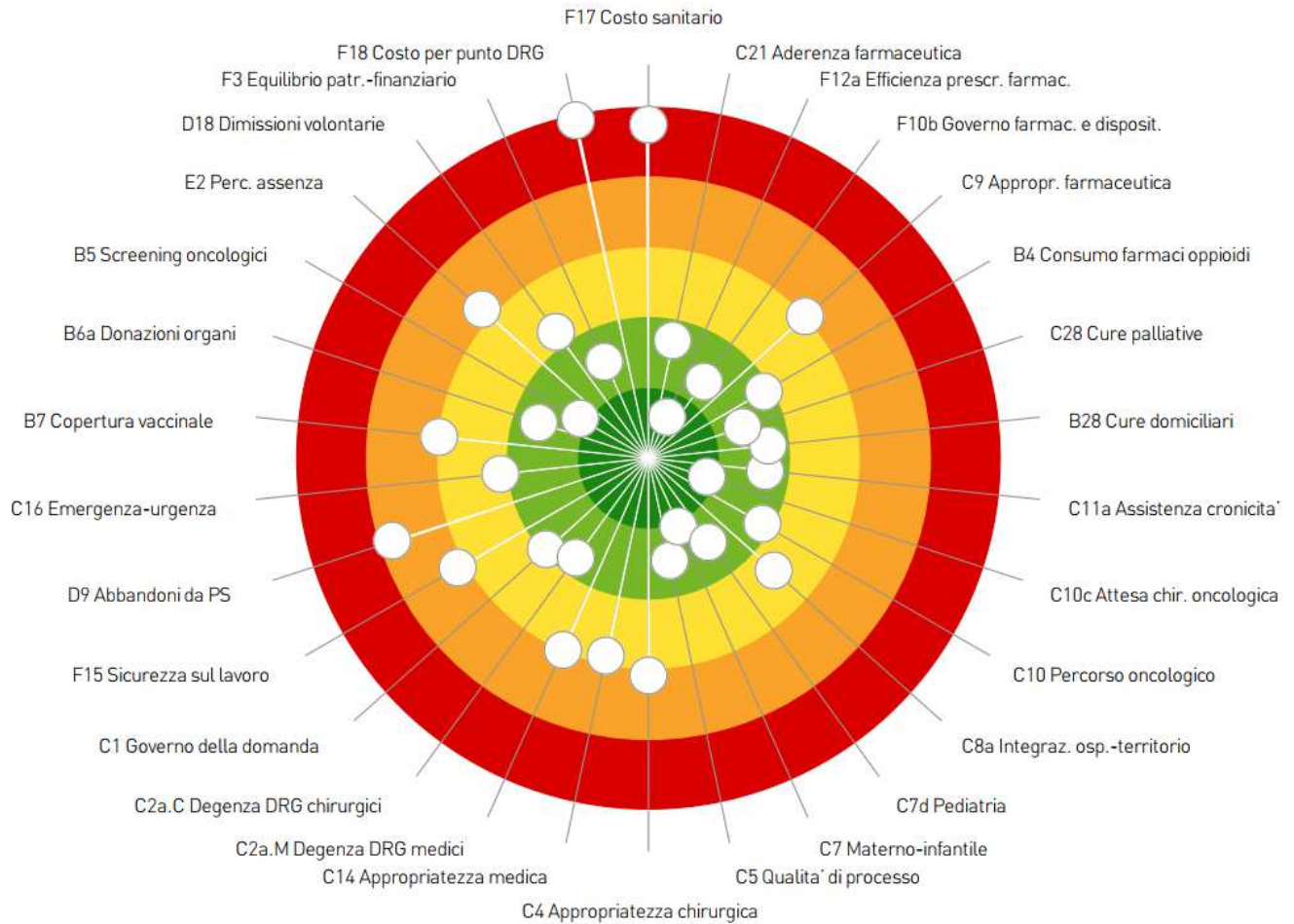
Nel programma di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna, gli indicatori evidenziano gli aspetti fondamentali della performance e sono raggruppati in indicatori di sintesi al fine di facilitarne la lettura. A seconda del valore che assume l'indicatore, viene attribuita una fascia di valutazione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

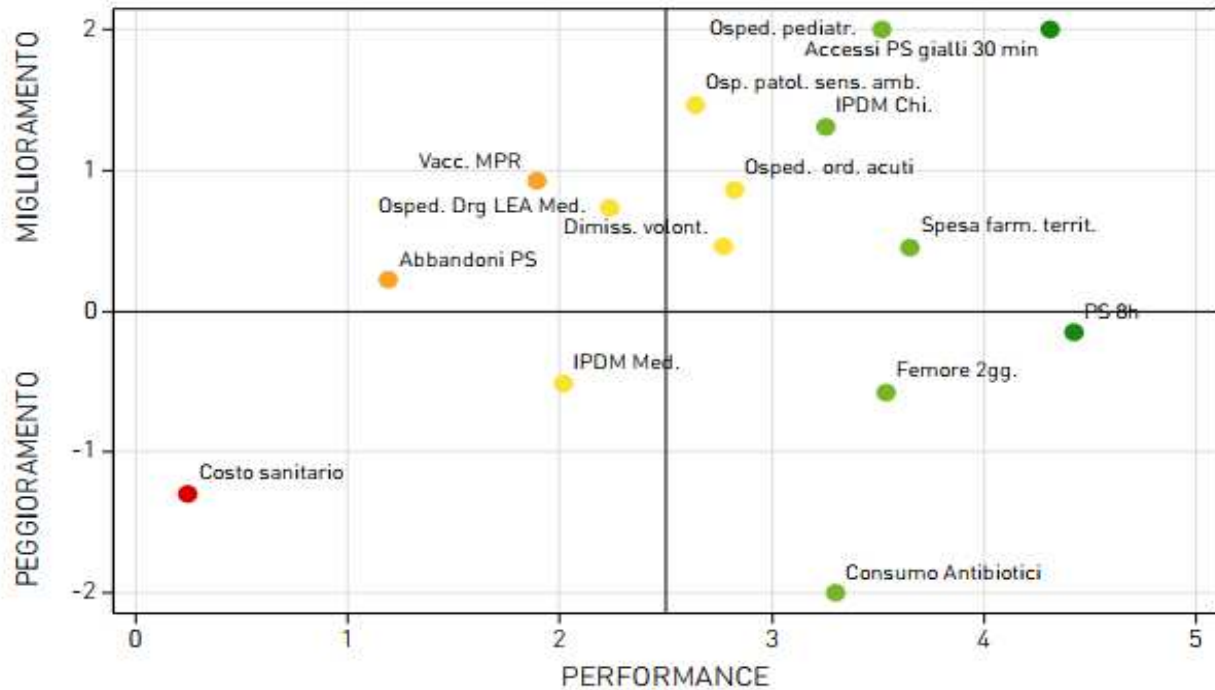
Per visualizzare i punti di forza e di debolezza dei sistemi regionali è adottato uno schema "a bersaglio", che viene elaborato per ciascuna regione e provincia autonoma, in cui gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio e quelli con performance pessima si trovano, invece, 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 2017 e la mappa di performance della Provincia autonoma di Trento.

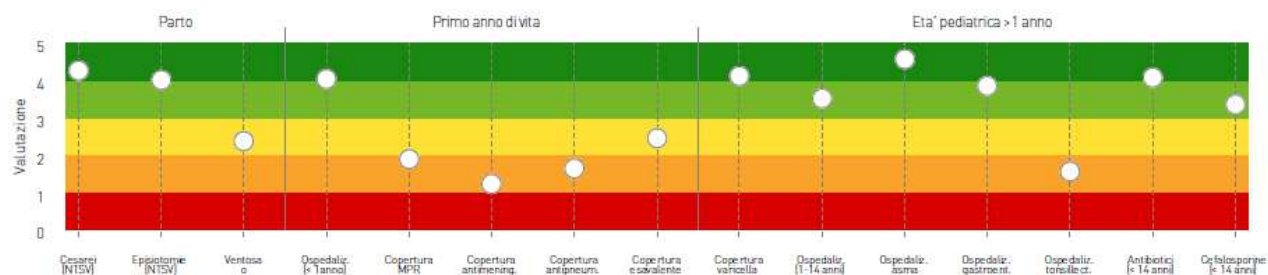
Valutazione della performance 2017



Mappa di performance e trend (2016-2017)



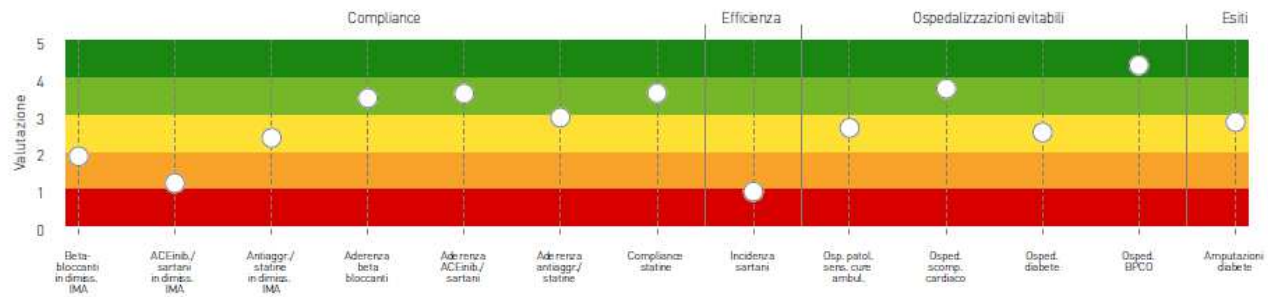
Rispetto all'anno precedente, si rileva un miglioramento di oltre la metà degli indicatori, un peggioramento di circa un terzo di essi e una stazionarietà degli altri. Di seguito sono presentati inoltre le performance della PAT per ciascuno dei percorsi (materno-infantile, oncologia, cronicità, emergenza-urgenza) analizzati dal laboratorio S. Anna.



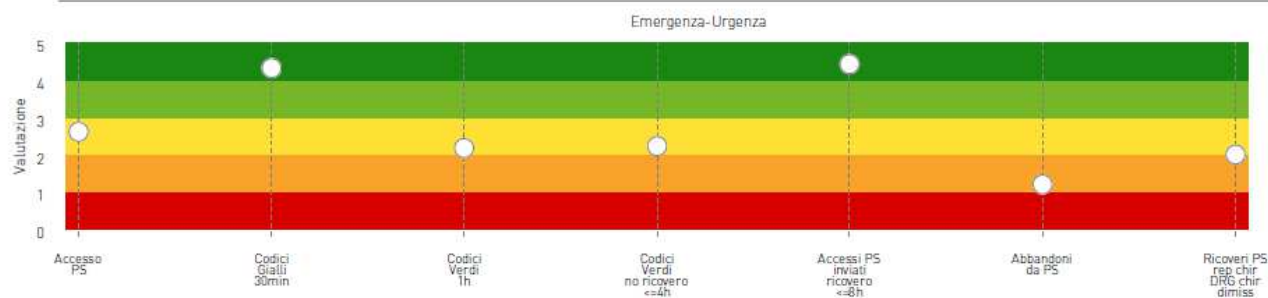
PERCORSO
MATERNO
INFANTILE



PERCORSO
ONCOLOGICO



PERCORSO
CRONICITÀ



PERCORSO
EMERGENZA
URGENZA

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

In riferimento alla diffusione di stili di vita sani, l'indagine ministeriale PASSI rileva una situazione in linea con le altre Regioni, 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.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del network (i dati fanno riferimento al 2016), sia per quanto concerne la spesa complessiva, sia in riferimento a quella esclusivamente ospedaliera. 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 assenza da parte del personale del sistema sanitario trentino è leggermente più alta rispetto alle altre Regioni. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatore che indirettamente monitora la soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza ospedaliera – si conferma in linea rispetto alle altre Regioni/Province.

In merito alla capacità del sistema provinciale di implementare efficacemente le proprie strategie sanitarie, il livello di copertura vaccinale è nel suo complesso ancora non soddisfacente in riferimento alla maggior parte dei vaccini monitorati, per quanto risulti in linea con le altre Regioni e tendenzialmente in miglioramento rispetto al 2016. 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, per quanto concerne lo screening mammografico e quello coloretale. L'adesione allo screening della cervice uterina resta tuttavia inferiore alla media a fronte di un'estensione degli inviti invece capillare. In riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati si conferma la più alta del network (pur trattandosi di soli 25 casi, nel 2017). 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 2017 – possa essere intensificata la copertura del territorio.

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, benché il sistema sanitario trentino si confermi complessivamente orientato verso una modalità di presa in carico di tipo ospedaliero, si registra un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 152,8 per 1.000 residenti nel 2016 a 147,4 nel 2017). Cala in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di inappropriately, per quanto resti più elevato delle 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) leggermente 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 (79.4%).

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 relativa alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza: solo il 55% dei ricoveri in reparti chirurgici provenienti da pronto soccorso ha 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 (158,6 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 in ulteriore miglioramento e allineata rispetto alle altre Regioni/Province. La qualità del percorso materno-infantile è complessivamente buona in tutte le fasi monitorate (parto, primo anno di vita, età pediatrica): la percentuale di parti cesarei (NTSV) è la più contenuta tra le Regioni. Si segnala tuttavia ancora il frequente ricorso alla tonsillectomia, benché in calo rispetto al 2016. L'organizzazione del percorso oncologico si conferma complessivamente ottima in tutte le fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita). In riferimento alla presa in carico delle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti e in lieve diminuzione testimoniano il buon livello assistenziale. Venendo infine 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 la più elevata del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (4,76%).

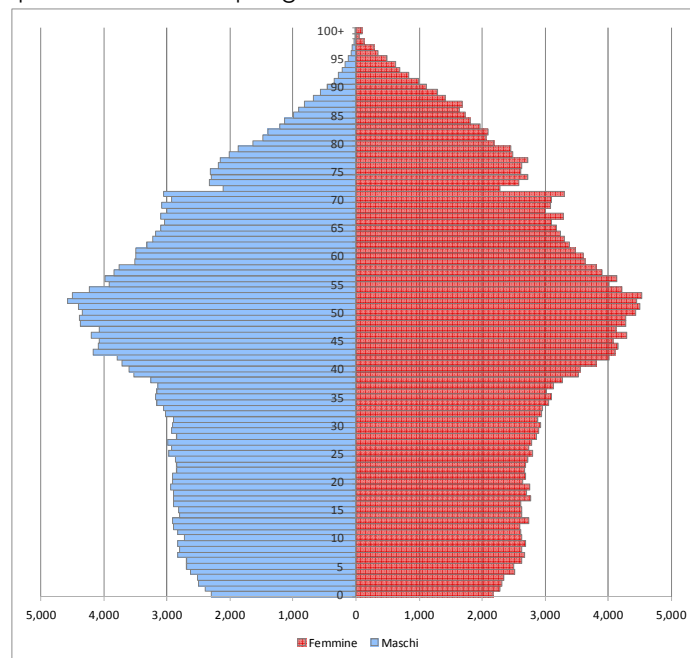
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2018 la popolazione residente in Trentino ammonta a 539.898 persone. Nel corso del 2017 i nati vivi residenti sono stati 4.495 e il conseguente tasso di natalità, pari a 8,3‰ abitanti, è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 7,6‰). Il numero dei morti residenti è stato di 5.062 persone a cui corrisponde un tasso di mortalità del 9,4‰ abitanti, al di sotto della media nazionale pari al 10,7‰.

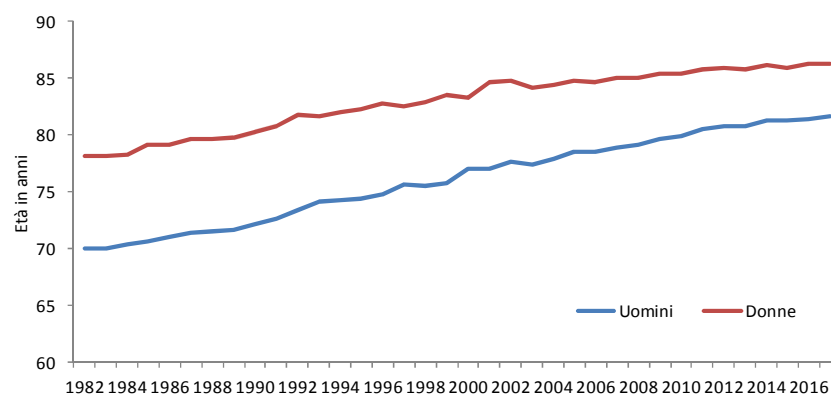
La struttura per età della popolazione, relativa al 2017, evidenzia un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata (figura 1). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 14,5% della popolazione totale, mentre quelle con più di 64 e di 74 anni sono rispettivamente il 21,7% e il 11,0%.

Figura 1. Struttura della popolazione trentina per genere e classi di età. Demoistat 2018



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 35 anni di circa 11 anni per gli uomini (dai 70 anni del 1982 agli 81,6 del 2017) e di circa 8 per le donne (dai 78 anni del 1982 agli 86,3 del 2016) [figura 2]. L'indice di vecchiaia è pari a 150, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 150 anziani sopra i 65 anni, la media italiana è pari a 168,7. Il numero medio di figli per donna è 1.50 in Trentino e 1.34 in Italia.

Figura 2. Speranza di vita alla nascita in Trentino per genere. (ISPAT 1982-1988, Istat Health for All 1989-2016, Istat 2017) – (La speranza di vita 2017 è il dato più recente disponibile, ultimo accesso a <http://demo.istat.it/> 31/8/2018).



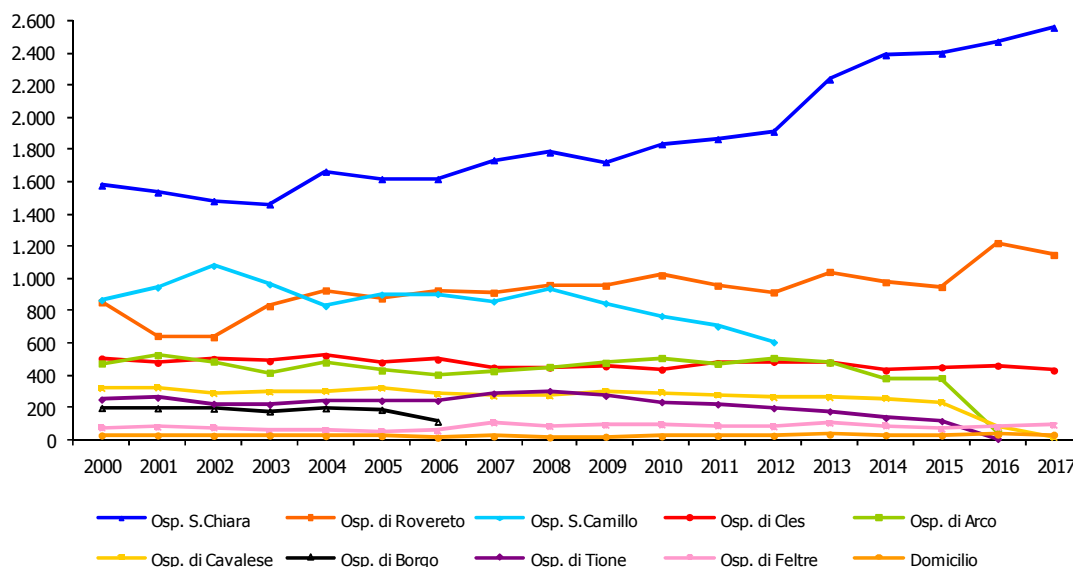
Gli stranieri residenti sul territorio provinciale al primo gennaio 2018 sono 46.929, 473 in più rispetto al 2017, in ripresa rispetto al calo degli ultimi tre anni. La popolazione straniera è pari all'8,7% della popolazione totale, in Italia è l'8,5%. Nel 2017 l'età degli stranieri è molto più giovane di quella della popolazione trentina (il 19% ha meno di 15 anni e solo il 4% ne ha 65 o più) e i livelli di fecondità sono molto più elevati (tasso di natalità: 15,7‰ stranieri residenti).

Negli ospedali trentini sono nati nel 2017 4.156 bambini, cui si aggiungono 33 nati a domicilio, 14 parti precipitosi, avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera, e 93 nati presso l'ospedale di Feltre da madri trentine, per un totale complessivo di 4.296 neonati, con un decremento di 120 nati rispetto all'anno precedente (-2,7%).

Nel 2017 il tasso di natalità provinciale (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 8,3‰ abitanti, mentre il tasso di fecondità totale è 1,5 figli per donna, valore, seppur in calo negli ultimi 5 anni, più elevato d'Italia assieme all'Alto Adige.

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. Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2017, l'86,3% della natalità trentina (l'83,7% nel 2016 ed il 72,2% nel 2015). Nella figura seguente si illustra l'andamento dei nati per punto nascita.

Figura 3: Provincia di Trento. Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2017



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 il centro di riferimento (ospedale S. Chiara di Trento).

La percentuale di madri con cittadinanza extra UE nel 2017 è pari al 25,7%. L'età media al parto è di 31,9 anni: per le italiane 32,6 anni, per le straniere 29,8 anni. Anche l'età media al primo figlio differisce significativamente: 31,2 anni per le italiane rispetto ai 27,7 anni per le straniere.

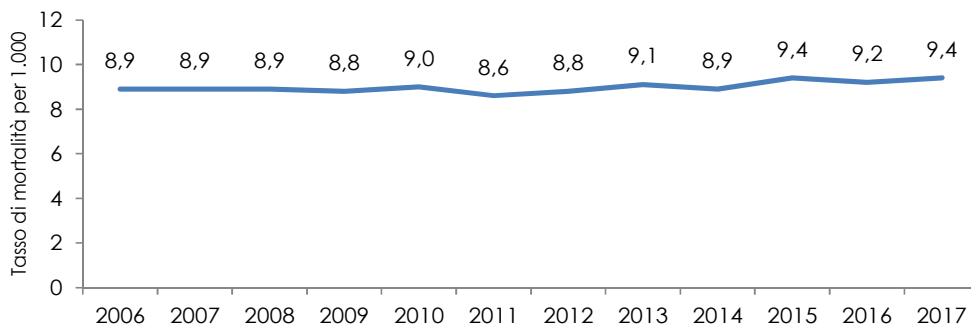
Tra le partorienti del 2017, il 4,0% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 20,4% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro lo 0,9% delle gravidanze "naturali").

La mortalità generale

Nel 2017 sono decedute 5.062 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 4: Tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Istat, 2006-2017



La mortalità infantile

Nel 2017, in provincia di Trento si sono registrati 8 decessi nel primo anno di vita in bambini residenti, di questi, 2 sono avvenuti fuori provincia (3 nel 2016). Nel 2017 si registra quindi una diminuzione di 8 casi rispetto al 2016. 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 2017

N. decessi per periodo di tempo	Freq.	Freq. cum.	%	% cum.
N. nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	2	2	25,0	25,0
N. nati vivi e deceduti tra il 2° giorno e la 1°	4	6	50,0	75,0
N. nati vivi e deceduti tra l'8° ed il 1° mese	2	8	25,0	100,0
N. nati vivi e deceduti oltre il 1° mese - 12° mese	0	8	0	100,0
Totale	8	—	100	—

Un basso peso alla nascita (<2.500g) occorre in 5 casi/7 (71%), una condizione di prematurità (<37 settimane di gestazione) occorre in 6 casi/8 (75%); una condizione mal formativa in 4 casi/8 (50%). Le caratteristiche alla nascita hanno grande influenza sulla mortalità nel primo anno di vita. Le diverse tipologie della mortalità infantile, nel 2017, 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 2013-2017

Anno	Mortalità perinatale	Mortalità neonatale precoce	Mortalità neonatale	mortalità infantile
2013	4,4	1,7	2,3	2,5
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

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 2014-2017

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 (51%) degli adulti (18-69 anni) non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (24%) e fumatori (25%; di cui 1% occasionali e 2% in astensione).

L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini tra cui il 29% è un fumatore (22% tra le donne) e il 30% un ex-fumatore (18% tra le donne). È inoltre più diffusa tra chi ha un lavoro regolare e invece è meno frequente all'aumentare dell'età e al diminuire delle difficoltà economiche.

La sigaretta elettronica è poco usata (2% della popolazione); si tratta principalmente di e-cig con nicotina usate in aggiunta alle sigarette tradizionali, non in loro sostituzione.

Circa la metà dei fumatori (44%) ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di smettere di fumare; il 45% dei fumatori ha tentato di smettere almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, non riuscendoci nella maggior parte dei casi (78%).

Il divieto di fumo è generalmente rispettato nei locali pubblici (96%) e in ambiente lavorativo (94%). 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 7% 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.

Gli adulti trentini si ripartiscono equamente tra chi non consuma alcol (34%), tra chi lo consuma in maniera moderata (35%) e tra chi può essere considerato un consumatore di alcol a maggior rischio (31%) perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (5%) o prevalentemente fuori pasto (23%) o perché è un bevitore binge (14%), oppure una combinazione delle tre modalità.

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, infatti solo un uomo su 5 non consuma alcol (21%), rispetto alla metà delle donne (48%), e ben il 41% degli uomini ne fa un consumo a maggior rischio, rispetto al 22% 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 (78% per i ragazzi e 64% per le ragazze), percentuali che scendono progressivamente e in maniera importante all'aumentare dell'età. Anche la cittadinanza influenza il consumo di alcol, più diffuso tra i cittadini italiani.

L'attenzione degli operatori sanitari sul consumo di alcol è estremamente limitata, solo una piccola minoranza (pari al 4%) 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: il 9% 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 (37% e 46% rispettivamente), mentre il 17% è completamente sedentario. Si osservano differenze di genere, non tanto rispetto al praticare attività fisica (gli uomini sedentari sono il 16%, le donne il 19%) quanto piuttosto al conseguimento dei livelli raccomandati che sono raggiunti con più difficoltà dalle donne. Risulta dunque parzialmente attivo il 41% degli uomini e il 44% delle donne, mentre è attivo il 47% degli uomini e il 34% delle donne. Le caratteristiche che contraddistinguono i sedentari sono diverse per uomini e donne: per gli uomini sono età e situazione economica a identificare i sedentari (aumenta al crescere dell'età e delle difficoltà

economiche), mentre per le donne risulta significativo il titolo di studio (la sedentarietà aumenta al diminuire del titolo di studio). Infine, gli stranieri sono più sedentari degli italiani.

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 (29%).

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

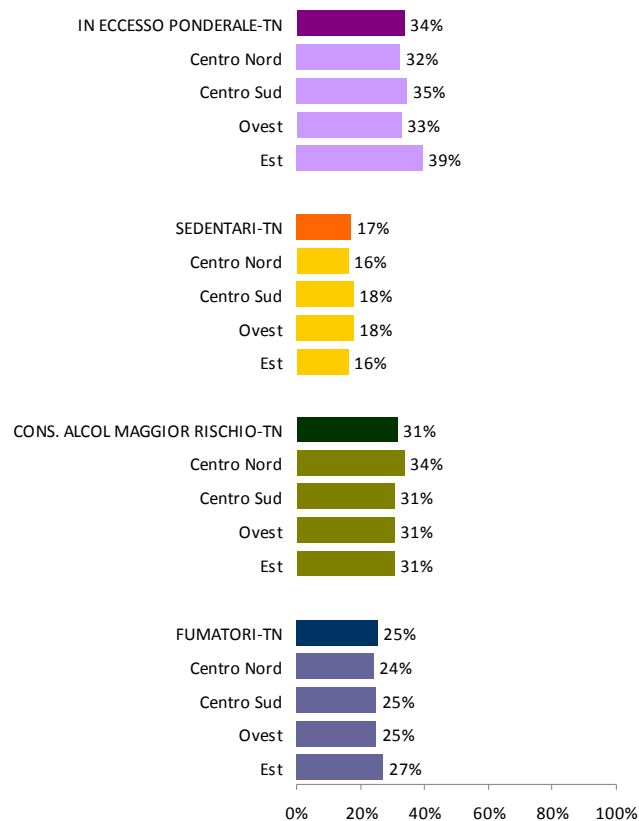
Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Alimentarsi con cibi molto calorici e poveri di nutrienti, ricchi di grassi saturi e idrogenati, sale e zuccheri rappresenta, assieme all'essere in sovrappeso o obeso, un fattore di rischio per gran parte delle malattie croniche. 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 (14%), che oltretutto non tende ad aumentare nel tempo. È un'abitudine più comune tra le donne e all'aumentare dell'età delle persone.

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) riguarda il 35% degli adulti trentini (27% sovrappeso e 8% obeso) ed è più diffuso tra gli uomini (in particolare è in sovrappeso quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne: 35% vs 19%) e tra i cittadini stranieri; inoltre, 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 16% 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 75% degli obesi e il 37% dei sovrappeso).

Figura 5: Fattori di rischio comportamentali. Prevalenze in provincia di Trento per distretto di residenza. PASSI, 2014-2017.



Disuguaglianze sociali e 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%), 13.000 fumatori (-14%) e 12.000 sedentari (-11%).

INDICATORE: Stili di vita (PASSI) ■ 2,82

Tale indicatore, che descrive lo stato di salute della popolazione attraverso il monitoraggio degli stili di vita, si muove lentamente nel tempo e, 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:

A6.1.1 Percentuale di sedentari ■ 18,08%

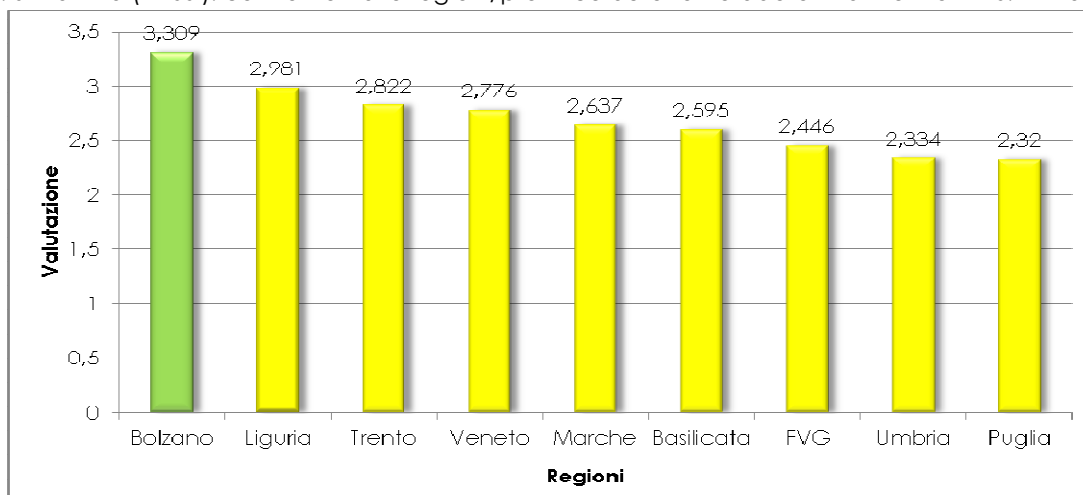
A6.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso ■ 34,7%

A6.3.1 Percentuale di bevitori a rischio ■ 31,47%

A6.4.1 Percentuale di fumatori ■ 25,34%

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2017, la PAT ottiene una valutazione media (2,82), collocandosi in linea con la media del Network (figura 6)

Figura 6: Stili di vita (PASSI): confronto tra le regioni/province autonome aderenti al Network – S. Anna di Pisa



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

Nella nostra provincia l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere in linea con la media e con gli standard nazionali; i dati riferiti ai bambini che hanno eseguito entro il 24° mese di vita il ciclo completo con il vaccino esavalente (vaccino che contiene 6 componenti: antipolio, antidifterica, antitetanica, antiepatite B, antipertosse ed antiemofilo), confermano il trend in aumento delle coperture vaccinali, dopo il calo registrato negli anni precedenti con un minimo storico (92%) raggiunto nel 2015. La copertura vaccinale per il morbillo a 24 mesi (con vaccino MPR) è stata del 91,6%, in netto miglioramento rispetto al 2016 (87,5%).

INDICATORE: Valutazione di performance della copertura vaccinale ■ 2,016

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

B7.1 Copertura vaccinale MPR ■ **91,677%**

B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani ■ **53,478%**

B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) ■ **62,49%**

B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari ■ **20,762%**

B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico ■ **89,638%**

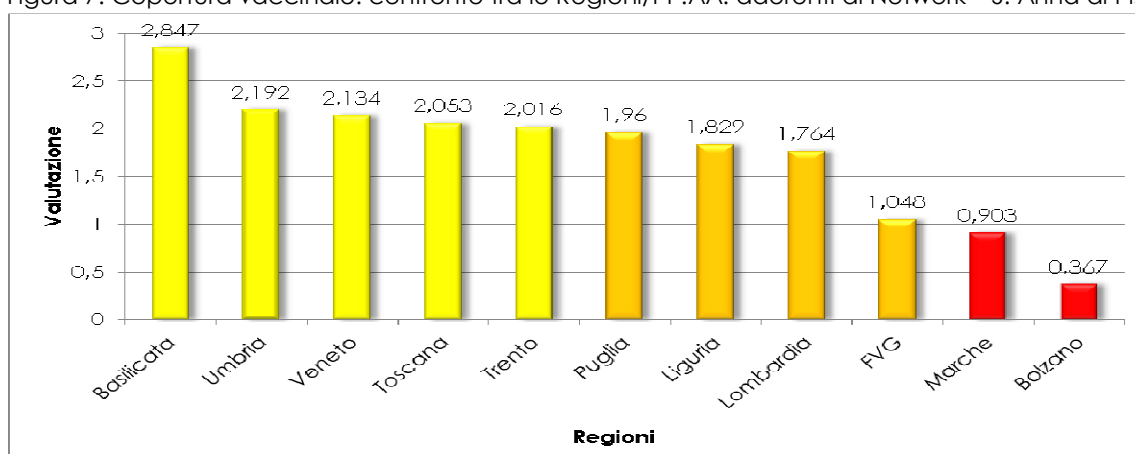
B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico ■ **90,907%**

B7.7 Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi ■ **93,903%**

B7.8 Copertura vaccinale varicella ■ **64,648%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2017 la PAT ottiene un valutazione di performance media (2,016), in sensibile miglioramento rispetto al 2016 (1,14). 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 (20,762% nel 2017 vs 14,51% nel 2016)

Figura 7: Copertura vaccinale: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2017



TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI

Sorveglianza delle acque

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

Nel 2017 sono stati eseguiti 809 prelievi ufficiali presso acquedotti pubblici, per le analisi batteriologiche e chimiche e 123 prelievi per la ricerca del radon nell'acqua potabile.

Le ispezioni eseguite presso piscine pubbliche sono state 66 e sono stati effettuati 147 prelievi.

Per quanto riguarda i controlli sulle acque di balneazione sono stati eseguiti 230 prelievi nei 39 punti di prelievo previsti, secondo la pianificazione prevista e in linea con gli obiettivi fissati dalla normativa vigente.

Tabella 4 : Sorveglianza igienico-sanitaria delle acque: controlli eseguiti nell'anno 2017

ACQUE	ANALISI	PRELIEVI	ISPEZIONI
POTABILI (controlli ufficiali)	Batteriologica+chimica	809	
	radon	123	
IMPIANTI NATATORI	Batteriologica+chimica	147	66
BALNEAZIONI	Batteriologica	230	230
	Sorveglianza algale	70	
	Ricerca tossine algali	70	

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

Per quanto riguarda la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro la domanda di intervento è in buona parte "inespressa" ed è legata a diritti e doveri di tutela dei vari soggetti interessati, mentre la domanda "visibile" si concretizza in richieste di intervento ispettivo provenienti da lavoratori e cittadini singoli e associati, nelle attività di polizia giudiziaria delegate dalla magistratura o in richieste di informazione ed assistenza. Le prestazioni sono quindi, in parte, su richiesta o "reattive" e in parte d'ufficio, legate allo svolgimento di compiti istituzionali di prevenzione e controllo, in esecuzione di piani o su priorità individuate.

Dal 2000 il numero di infortuni sul lavoro ha registrato una significativa riduzione a livello nazionale e locale: in Trentino si è passati dai quasi 9.000 casi (esclusi studenti e colf) riconosciuti INAIL del 2000 ai 4.200 circa del 2017 (-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, in Trentino si è interrotta invece la serie negativa con un lieve incremento dei casi denunciati rispetto all'anno precedente. L'incremento dei casi riconosciuti è comunque di piccola entità.

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 che risultano in espansione.

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).

Parallelamente si è osservato un incremento delle malattie professionali denunciate e riconosciute ed una modifica anche della tipologia di patologie prevalenti. L'aumento delle denunce viene letto come effetto dell'emersione di malattie prima non evidenziate più che un aumento della incidenza. Nel periodo di 15 anni il quadro delle malattie professionali ha mostrato il declino di alcune patologie (es. ipoacusia, malattie respiratorie) e un incremento notevole delle malattie muscolo scheletriche, in precedenza non riconosciute nemmeno assicurativamente e che oggi costituiscono l'85% del totale. Esiste sicuramente un problema di 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 sproporzionato rispetto ad altri settori, quale effetto – da una parte - di un diffuso ricorso alla denuncia da parte di patronati ai fini assicurativi e a carico di lavoratori autonomi e dall'altro un deficit di denuncia in altri settori di interesse.

In complesso, le condizioni di sicurezza sul lavoro in Trentino appaiono migliorate e il grado di adempimento delle normative è in Trentino da considerare soddisfacente, anche grazie alla – pur lenta - crescita di una cultura della sicurezza e allo sviluppo di competenze nei soggetti interessati. Gli effetti della lunga recessione economica hanno peraltro messo in difficoltà alcuni settori, rischiando di produrre arretramenti dei livelli positivi 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), APSS ha posto crescente attenzione alle attività di informazione ed assistenza a lavoratori e imprese e alle attività di prevenzione oltre che in tema di infortuni e di particolari settori (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.

INDICATORE: Valutazione di performance della sicurezza sul lavoro ■ 1,879

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 ■ **1,553**

F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti ■ **4,79 %**

F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati ■ **6,64 %**

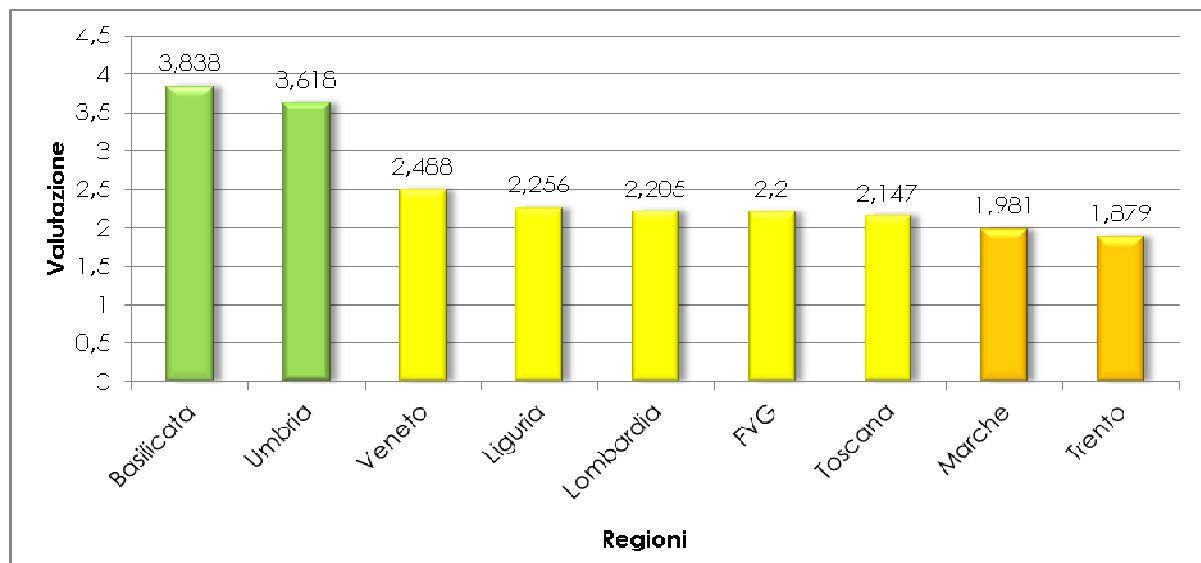
F15.3 Efficienza produttiva ■ **2,204**

F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL ■ **43,21 %**

F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL ■ **72,5 %**

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 (1,879), collocandosi sotto la media del Network.

Figura 8: Sicurezza sul lavoro: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2017



SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA

I servizi veterinari si occupano di salute animale e igiene urbana veterinaria principalmente attraverso:

- la profilassi e il controllo delle malattie infettive degli animali produttori di alimenti;
- la gestione delle anagrafi zootecniche e degli animali d'affezione;
- la sorveglianza sulle movimentazioni degli animali e il rilascio di certificazioni sanitarie;
- la tutela del benessere degli animali da reddito e d'affezione;
- il controllo sull'igiene e la sanità degli allevamenti e delle produzioni animali;
- il controllo sulla gestione del farmaco veterinario e sull'alimentazione animale;
- la lotta al randagismo e il controllo delle colonie feline;
- l'attuazione di piani di sorveglianza di specifiche malattie animali e zoonosi (es. West Nile Disease, influenza aviaria).

Nel 2017 sono stati controllati, nell'ambito dei piani di profilassi ufficiali, 2.520 allevamenti per un totale di 41.464 bovini e 42.579 ovini e caprini; sono stati testati per TBC 15.735 bovini in 543 allevamenti; sono state rilasciate 5.435 attestazioni sanitarie per le movimentazioni degli animali da reddito e sono stati effettuati controlli per il benessere animale in 178 allevamenti di diverse specie animali. Sono state inoltre effettuate 37.789 vaccinazioni per Blue tongue nei bovini e 41.356 negli ovi/capri. Per quanto riguarda l'igiene urbana sono stati sterilizzati 711 gatti di colonia, rilasciati 1.093 passaporti per animali da compagnia e controllati 445 cani morsiatori.

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:

- 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
- 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 2016-2018 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 5: Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate sul totale e percentuale di imprese controllate sul totale in anagrafe.

	2014	2015	2016	2017
N° Imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate/N° imprese alimentari di produzione e confezionamento in anagrafe	93,4%	93,5%	53%	40,3%
N° imprese alimentari controllate /N° imprese alimentari in anagrafe	16,9%	15,6%	14,2%	14,9%

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 6: Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale.

	2013	2014	2015	2016	2017
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%)
Numero di campioni di matrici animali controllati e percentuale del totale dei campioni programmati	193 (113%)	117 (100%)	208 (110%)	203 (107%)	174 (100%)
Numero di controlli ufficiali negli stabilimenti e percentuale dei controlli programmati	832 (106%)	820 (105%)	772 (99%)	595 (96%)	746 (109%)

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 7: numero degli istituti aderenti sul totale degli istituti target, per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2015-16	2016-17	2017-18
Sana alimentazione e attività fisica	71 di 184 (39%)	58 di 184 (31%)	52 di 184 (28%)
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	75 di 184 (41%)	54 di 184 (29%)	56 di 184 (30%)
Benessere socio-affettivo sessuale	94 di 119 (79%)	98 di 119 (82%)	106 di 119 (89%)
Primo soccorso	49 di 54 (91%)	49 di 54 (91%)	52 di 54 (96%)

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 a numeratore le ore di attività dei professionisti nell'educazione alla salute e al denominatore il numero gli Istituti scolastici (di ogni ordine e grado) che hanno aderito alla proposta di educazione alla salute dell'Azienda sanitaria (vedi tabella 8)

Tabella 8: Media ore per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2014-15	2015-16	2017-18
Sana alimentazione e attività fisica	6	5	7
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	31	27	30
Benessere socio-affettivo sessuale	21	32	24
Primo soccorso	64	66	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 2017 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, Distretti e Presidi ospedalieri) delle diverse iniziative di prevenzione.

L'attività e lo sviluppo dei programmi di screening viene monitorata 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 9: Estensione dell'invito al programma di screening

	2014 (annuale)	2015 (annuale)	2016 (annuale)	2017 (annuale)
Cervice uterina	84%	93%	98%	104%
Mammella	100%	100%	100%	108%
Colon retto	100%	100%	91%	103%

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 10: Adesione ai programmi di screening

	2014	2015	2016	2017
Cervice uterina	41,3%	40,0%	35,7%	53,2%
Mammella	79,0%	76,4%	81,0%	82,1%
Colon retto	58,7%	60,5%	55,2%	56,7%

INDICATORE: Valutazione di performance degli screening oncologici ■ 3,885

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 ■ 3,885

B5.1 Screening mammografico ■ 5,00

B5.1.1 Estensione screening mammografico ■ 101,88 %

B5.1.2 Adesione screening mammografico ■ 83,55 %

B5.1.5 Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo • 29,06%

B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti • 99,83 %

B5.2 Screening cervice uterina ■ 2,833

B5.2.1 Estensione screening cervice uterina ■ 95,47%

B5.2.2 Adesione screening cervice uterina ■ 35,72 %

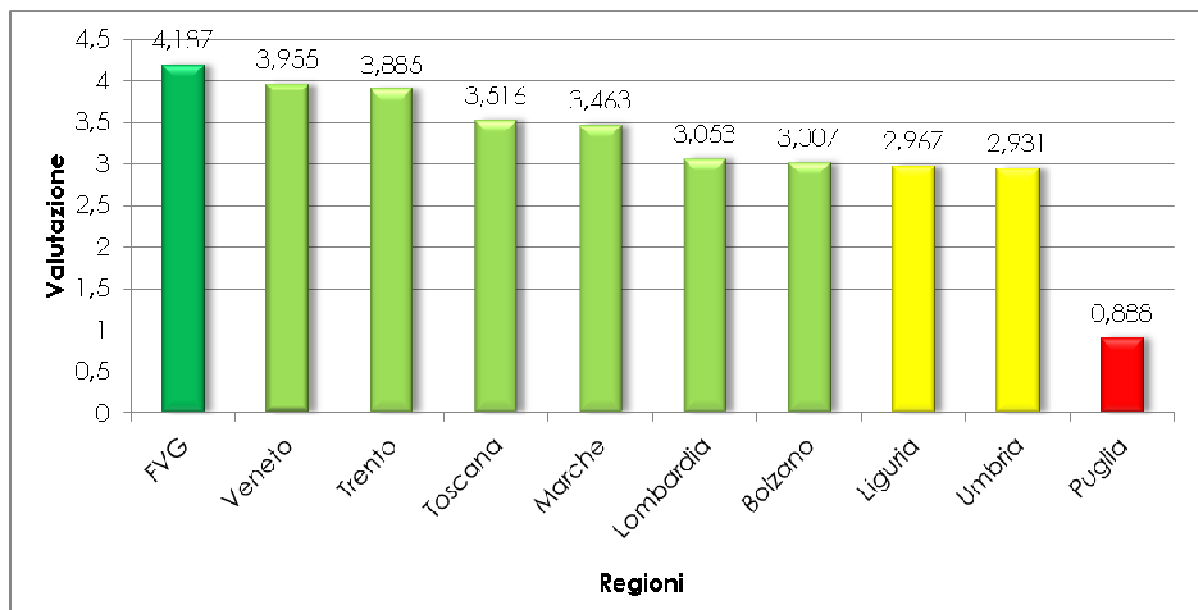
B5.3 Screening coloretale ■ 3,821

B5.3.1 Estensione screening coloretale ■ 98,13 %

B5.3.2 Adesione screening coloretale ■ 55,16 %

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2017 APSS ottiene un valutazione di performance buona (3,885) e in miglioramento rispetto al 2016 (3,37). Il miglioramento più significativo si ha avuto con riferimento allo screening del tumore alla cervice uterina, registrando una percentuale di estensione nettamente migliorata (95,47%) rispetto al 2016 (69,74%).

Figura 9. Screening oncologici: confronto tra le regioni/PA aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2017



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 2017 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.

Le principali azioni realizzate nel 2017 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; da gennaio 2017 è operativo il nuovo sviluppo di Atlante per tracciare i processi gestiti dall'équipe del PUA;
- 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 2017, circa 479 persone complessivamente nelle aree disabilità, età evolutiva, dipendenze e salute mentale adulti, a fronte delle 340 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;
- implementazione di un approccio alla fragilità innovativo e anticipatorio, con attivazione di interventi proattivi da parte degli operatori per la gestione del paziente fragile e del paziente in condizioni di cronicità. Le attività realizzate per raggiungere questo obiettivo sono state:
 - l'individuazione dei pazienti a rischio di fragilità;
 - la messa a disposizione agli operatori dei PUA dei nominativi dei pazienti;
 - il coinvolgimento degli operatori dei PUA per la valutazione e definizione di un PAI in collaborazione il MMG.

In riferimento alle progettualità/processi gestiti dalle UVM in particolare si dà evidenza di:

- introduzione dello strumento "Quadro sinottico dei criteri e delle priorità di accoglienza in Residenza", ad integrazione della Scheda di Valutazione Multidimensionale (SVM), ai fini dell'accesso delle persone in RSA. Il quadro sinottico è stato introdotto a regime dal 1 aprile 2017 con la finalità di migliorare l'appropriatezza degli inserimenti in RSA, valorizzando la presenza dei disturbi comportamentali nelle persone con demenza e rendendo più trasparente il processo decisionale che avviene in UVM sulla valutazione della presenza o meno di alternative reali all'ingresso in RSA. Dal 1 aprile al 31 dicembre 2017 sono state valutate con quadro sinottico ed accolte in RSA n. 1024 persone. Nel 70% dei casi non esistevano alternative all'istituzionalizzazione; in n. 74 casi (7%) si è trattato di situazioni di assoluta urgenza sociale. Le persone con disturbi comportamentali in diagnosi di demenza accolte in RSA sono state n. 214 (21%);
- 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. A conclusione di un percorso di approfondimento condotto con rappresentanti dell'Assessorato e delle Comunità di Valle, con delibera della Giunta Provinciale 2416/2016 è stata formalizzata l'estensione dell'appalto ai territori delle Comunità Valle di Sole e Valle di Non, in precedenza gestiti diretti del servizio SAD in ADI e ADICP, operativa dal 1 aprile 2017. Con la stessa delibera della Giunta Provinciale 2416/2016 è stato inoltre disposto un finanziamento aggiuntivo per gli ambiti Centro Nord e Centro Sud nei quali si è rilevato un incremento del fabbisogno di ore di assistenza;

- gestione del processo di valutazione ed erogazione dell'assegno di cura (L.P. 15/2012). Nel 2017, le persone per le quali si è concluso con esito positivo il percorso valutativo della UVM per l'erogazione dell'assegno di cura sono state n. 1.096;
- 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;
- approvazione del modello a regime in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità a seguito della positiva conclusione dei progetti sperimentali cofinanziati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- gestione della vigilanza tecnico-sanitaria ed amministrativa delle RSA e dei Centri diurni anziani e Alzheimer ed applicazione delle direttive annuali della Giunta Provinciale in materia di RSA;
- implementazione degli interventi previsti dal Piano della fragilità dell'età evolutiva previsti dalla deliberazione della Giunta Provinciale 432/2016 e che nel 2017 hanno visto la realizzazione dei seguenti punti:
 - prevenzione psico-sociale finalizzata al benessere del bambino dalla nascita ai primi anni di vita tramite il progetto di sostegno alla genitorialità fragile collegato anche alle progettualità sui fondi regionali (Scommettiamo sui giovani);
 - "bambino malato in ospedale", progetto che prevede l'istituzione dell'ambulatorio di psicologia ospedaliera pediatrica con ricaduta attiva anche sulle attività territoriali;
 - progettualità per i disturbi spettro autistico e ADHD tramite l'organizzazione di formazione specifica per gli operatori sul tema ADHD, l'istituzione di ambulatori di psicomotricità (NPI e psicomotricista), la regolarizzazione dei gruppi di parent training, la supervisione e formazione degli insegnanti con il coinvolgimento in particolare di tutti i nidi del comune di Trento, il supporto alle attività dei pediatri ed infine il potenziamento del centro di 2° livello per l'autismo presso la struttura di Villa Igea;
- circa il trattamento delle gravi disabilità intellettive e motorie, la NPI ha implementato il PDTA di 2° livello; in previsione dell'attivazione nel 2018 presso Nuova Casa Serena del Nucleo riabilitativo e socio-abilitativo per persone in età evolutiva con disabilità severa e profonda; la NPI ha implementato i relativi percorsi valutativi e di invio;
- per quanto attiene alla problematica delle adolescenze complesse si segnala l'implementazione del servizio di reperibilità NPI h24 presso l'ospedale di Trento, il diretto coinvolgimento delle UO di NPI e di Psicologia clinica nel tavolo istituzionale sulle adolescenze complesse della Provincia. Inoltre è stato attivato il Servizio Multidimensionale Adolescenze Complesse (SMAC) dotato di sede dedicata presso il CSS e supportato dalle figure del NPI, Psicologo e TeRP operanti in modo integrato con la rete dei servizi territoriali preposti all'assistenza e alla cura di adolescenti a livello dell'intero territorio provinciale. Tale funzione si concretizza in una pluralità di azioni riferite a situazioni di importante disagio giovanile, caratterizzate da un alto livello di complessità/gravità/criticità sintomatologica-comportamentale, a rischio di blocco evolutivo, in presenza di un contesto familiare e psicosociale particolarmente problematico. Nel 2017 vi sono state 38 segnalazioni, di cui 35 appropriate e prese in carico gestite tramite un applicativo informativo specifico che ha permesso all'equipe multidisciplinare di inserire l'attività e quindi analizzare gli indicatori di monitoraggio dell'attività dello SMAC.

INDICATORE: Attività del Punto Unico di Accesso (PUA)

Dal 1 gennaio 2017 è stato implementato lo sviluppo del sistema informativo Atlante che ha consentito la rilevazione uniforme per tutti i PUA del percorso di segnalazione e di valutazione delle situazioni inviate all'attenzione dei PUA stessi. I dati sono stati elaborati in modo da ottenere informazioni utili ad inquadrare la popolazione intercettata e le azioni messe in atto.

Nel 2017 sono state valutate dai PUA 5.371 persone; alcune sono state viste più di una volta nel corso dell'anno, infatti le valutazioni risultano in numero significativamente maggiore (6.183); quindi sono 812 le valutazioni effettuate, successivamente alla prima.

La tabella n. 11 riporta il numero delle persone valutate, la distribuzione per genere e il numero delle valutazioni nei diversi PUA. Le persone valutate sono nel 59% dei casi donne.

Tabella 11: Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2017 *Fonte: Atl@nte*

PUA	F	M	Totale utenti	Totale valutazioni PUA
PUA Borgo Valsugana	216	156	372	437
PUA Cavalese	106	64	170	206
PUA Cembra	46	39	85	98
PUA Cles	183	148	331	353
PUA Folgaria	27	13	40	49
PUA Malè	87	70	157	162
PUA Mezzolombardo (compreso Andalo)	203	151	354	408
PUA Pergine	342	237	579	665
PUA Pozza di Fassa	50	28	78	94
PUA Riva del Garda	227	144	371	378
PUA Rovereto	477	342	819	960
PUA Tione	293	156	449	586
PUA Tonadico	81	60	141	158
PUA Trento	806	543	1349	1537
PUA Valle dei Laghi	44	32	76	92
Totale	3.188	2.183	5.371(*)	6.183

La seguente tabella n.12 riporta la distribuzione per fasce di età delle persone valutate. Nell'87,96 % dei casi gli utenti hanno un'età uguale o superiore a 65 anni. Quasi 1 utente su 4 ha un'età uguale o superiore a 90 anni.

Tabella 12: Distribuzione per PUA e per fasce di età delle persone valutate anno 2017 *Fonte: Atl@nte*

Fascia di età	N. utenti PUA	%	
0-9	24	0,45%	Età evolutiva e adulti 12,03%
10-19	88	1,66%	
20-29	38	0,72%	
30-39	38	0,72%	
40-49	81	1,53%	
50-59	211	3,99%	
60-64	156	2,95%	
65 - 69	253	4,79%	Anziani 87,96%
70-79	1019	19,27%	
80-89	2102	39,76%	
90-99	1251	23,66%	
100-107	26	0,49%	
Totale	5.287 (*)	100,00%	

(*) la differenza tra il totale delle persone valutate riportate nella tabella n.11(5.371) e quelle riportate in questa tabella (5.287) è legata al fatto che 84 persone sono state valutate in più di un PUA.

La tabella n.13 riporta in ordine di frequenza la provenienza della richiesta di valutazione del PUA per l'anno 2017.

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'emergere degli invii da parte dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze; è necessario considerare che nel 2017 non era ancora a pieno regime il collegamento tra i sistemi SIO e Atlante, quindi il dato è parziale e non è rappresentativo di tutti gli invii da CDCD. Sono documentati anche alcuni percorsi proattivi per gli anziani fragili, anche in questo caso però la documentazione non copre tutte le situazioni valutate.

Tabella n.13: Provenienza della richiesta di valutazione del PUA anno 2017. Fonte: AtI@nte

Provenienza della richiesta di valutazione del PUA	Totale	%
MMG/PLS	2083	33,69%
Ospedale	1963	31,75%
Servizi Territoriali APSS	507	8,20%
Servizi Sociali	441	7,13%
Familiare/Persona di riferimento	382	6,18%
Lungodegenza	185	2,99%
RSA/RSAO	154	2,49%
CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	87	1,41%
RSA/RSAO – Segnalazione cure palliative	64	1,04%
Percorso Anziano Fragile	63	1,02%
Strutture residenziali e semi residenziali	33	0,53%
Utente è il richiedente	22	0,36%
Hospice	20	0,32%
Associazione di pazienti e familiari	3	0,05%
Altro	176	2,85%
Totale complessivo	6.183	100%

Nell'anno 2017, in 4.719 situazioni è stata richiesta l'attivazione UVM; ciò significa che rispetto alle 6.183 situazioni valutate, nel 76% dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso UVM. Delle 4.719 richieste attivazione UVM, nell'89,38% dei casi (4.218) si è trattato di persone con età uguale e superiore a 65 anni.

La seconda voce più frequente riguarda l'attivazione di piani sanitari di assistenza domiciliare, mentre l'attivazione di piani domiciliari integrati socio-sanitari è successiva ad una valutazione UVM.

La terza voce documenta le azioni di informazione ed orientamento, che rappresentano una delle funzioni dei PUA.

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

La tabella n.14 indica tutti gli interventi intrapresi dal PUA anche in associazione tra loro; quindi per una singola situazione valutata possono essere stati proposti più interventi.

Tabella 14: Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2017. Fonte: AtI@nte

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (su 6.183 valutazioni PUA)	Nr.
Attivazione UVM	4719
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare (SIT)	702
Informazioni/Orientamento	453
Attivazione Servizio Sociale	260
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSAO	59
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	32
Attivazione Psichiatria	48
Proposta nomina amministratore di sostegno	22
Attivazione risorse informali	23
Attivazione Neuropsichiatria Infantile	11
Attivazione Alcologia	9
Attivazione CDCA (Centro disturbi comportamento alimentare)	7
Attivazione SerD	3
Attivazione associazioni di volontariato	6
Attivazione Psicologia Clinica	3
Attivazione SMAC (Serv. Multidisciplinare Adolescenti Complessi)	2
Altro	498

INDICATORE: Attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare area anziani

Come si evince dai dati delle tabelle seguenti, anche nel 2017 si registra un incremento delle persone anziane valutate e delle valutazioni effettuate, con una rimodulazione dei progetti assistenziali proposti, incremento di progetti di semiresidenzialità, residenzialità di sollievo e interventi domiciliari. I dati evidenziano sia un aumento dei bisogni delle persone che una conseguente capacità delle UVM di valutare e comporre progettualità su più livelli di intervento. Va considerato che le voci "assistenza domiciliare" e "intervento servizio sociale" appaiono sottodimensionate rispetto alla reale attivazione dei servizi che avviene anche in modo indipendente rispetto alla valutazione UVM.

Tabella 15: Numero utenti valutati anni 2014 – 2015 – 2016 - 2017. Fonte: Qlik Atl@nte

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

Tabella 16: Esito UVM - codifica progetto assistenziale proposto area anziani anni 2014 – 2015 – 2016 - 2017.

Fonte: Qlik Atl@nte

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

⁽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

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 nel triennio 2015/2016/2017: SAD in ADI e in ADI Cure Palliative, Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza (ADPD).

Nell'anno 2017 hanno beneficiato di questi servizi **920** 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.

Sono considerati solo 824 utenti, anziché 920, in quanto i dati delle Comunità di Valle di Fassa e Primiero, Val di Non e Sole (le ultime due fino al 31 marzo 2017), gestori diretti del servizio SAD in ADI e ADICP, non sono censiti nel sistema informativo Atlante.

Tabella 17: Numero utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anni 2015 – 2016 - 2017. Fonte: Atl@nte

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

Figure 10 e 11: Distribuzione per genere utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2017. Fonte: Atl@nte

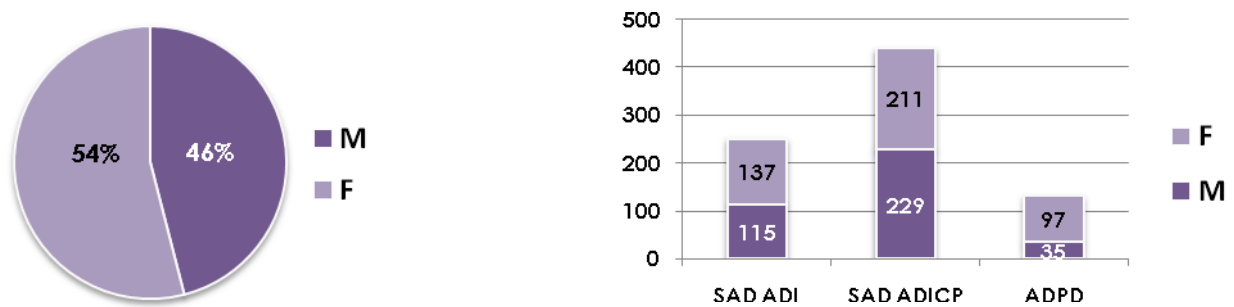
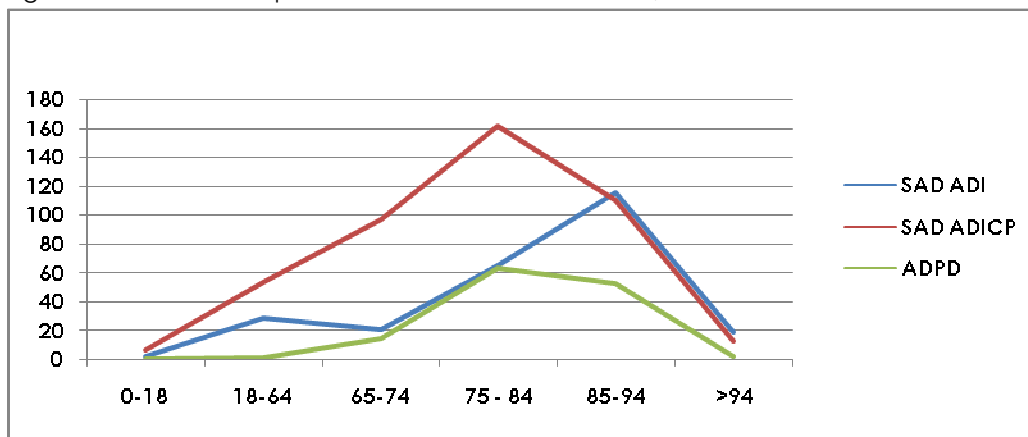


Figura 12: Distribuzione per classi d'età utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2017. Fonte: Atl@nte



Il numero di pazienti che nell'anno 2017 hanno avuto piani ADI e/o ADI CP e contemporaneamente hanno beneficiato del servizio SAD corrisponde al 31% dei pazienti che complessivamente sono stati in carico con un piano ADI e/o ADI CP (n. 2.227), nel 2015 era stato pari al 26% e nel 2016 al 31%.

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 quali l'assistente familiare privata. La fascia di età 85-94 è la più rappresentata, prevalgono le donne;
- nel SAD in ADI Cure Palliative, a supporto delle fase di fine vita, il tempo di presa in carico è di breve durata, spesso alcune settimane. Per questo servizio si inverte la proporzione tra femmine e maschi;
- 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.

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. I Centri nel 2017 erano 31, di cui 2 Centri Diurni Alzheimer a Trento e Rovereto per un totale di 325 posti, 6 servizi di presa in carico diurna continuativa per un totale di 24 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 2017, nei Centri diurni sono state accolte n. 693 persone; di queste 300 (43,3%) hanno avuto una durata della presa in carico pari o inferiore a 12 mesi, mentre 393 hanno avuto una durata di presa in carico superiore ai 12 mesi (56,7). Il 68,4% dell'utenza complessiva è costituito da donne.

Per quanto riguarda l'età dei nuovi utenti inseriti nel 2017, l'81% degli utenti ha più di 75 anni, e il 46,5% ha un'età uguale o superiore a 85 anni. La percentuale degli utenti con profili n. 2-3-6-7-8, indicati nelle direttive provinciali come appropriati, è pari al 75,5% (70,1% nel 2016) a cui va aggiunto un ulteriore 16,6% (20,1% nel 2016) 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 92,1%. Gli utenti con profili diversi da quelli indicati nelle direttive richiedono valutazioni individualizzate.

Dai dati emerge che il 42,8% 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 con problemi comportamentali, sottolineando 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 con profili n. 6-7-8-16, indicati nelle direttive provinciali come appropriati, è pari all'92% (87,5% nel 2016). Per quanto riguarda le prese in carico diurne continuative per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento il servizio nel 2017 è stato attivato per 5 utenti di cui 4 hanno profili 16 e 17 (previsti dalle direttive PAT) e 1 ha un profilo 9. L'attivazione di questo servizio ha arricchito la rete di offerta per le persone con demenza in particolare nei territori nei quali non sono presenti centri diurni specializzati.

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), qualora l'UVM accerti un'inadeguatezza nell'assistenza da parte dei familiari, venga rivisto 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 2017 sono state 3.606 per un ammontare di spesa pari a € 11.551.379 (€ 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 18: Percentuale di controlli effettuati sul totale dei beneficiari (anni 2014 – 2015 – 2016 - 2017)

Anno 2015			Anno 2016			Anno 2017		
N. benefic.	N. controlli	% controlli	N. benefic.	N. controlli	% controlli	N. benefic.	N. controlli	% controlli
2.951	88	3%	3.429	106	3%	3.606	144	4%

Tabella 19: Attività di verifica dell'assistenza erogata (anni 2015 - 2016 - 2017)

Livello gravità	Verifica AC anno 2015				Verifica AC anno 2016				Verifica AC anno 2017			
	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	5	5	0	0	2	2	0	0	3	2	1	0
L 2	23	19	1	0	27	26	1	0	44	35	9	0
L 3	29	24	3	0	43	39	4	0	55	52	3	0
L 4	31	30	1	0	34	28	6	0	42	39	3	0
Totale	88	78	10	0	106	95	11	0	144	128	16	0

I controlli sono stati effettuati in maniera prevalente nei tre anni (tra il 67% 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. La necessità di rivalutare e ridefinire il PAI è avvenuta nel 11,3 % dei casi nel 2015, nel 10,4% dei casi nel 2016 e nel 11,1 % dei casi nel 2017. Nei tre anni di analisi non è stato revocato alcun assegno di cura a seguito della attività di verifica.

INDICATORE: Qualità dell'assistenza in RSA (indicatori di qualità dell'assistenza forniti dalle RSA; check-list processi assistenziali)

Le sedi di RSA/RSO nella provincia di Trento sono n. 57 con una dotazione complessiva nel 2017 di 4.575 posti letto. L'offerta di residenzialità nelle RSA/RSO per i cittadini trentini è caratterizzata al suo interno dalle seguenti tipologie di posti letto: Base n. 4.109; Solievo 57; Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale 342 (di cui nucleo per demenze gravi 190 e nucleo sanitario: n. 152); RSO 67.

Nel 2017 gli utenti entrati in RSA in posti letto base e di nucleo sono stati n. 1.627 (il dato comprende i nuovi ingressi ed i trasferimenti tra strutture). Nei 57 posti letto di sollievo sono entrati complessivamente 690 utenti mentre nei 67 posti letto di RSO sono stati accolti 287 utenti.

Gli utenti complessivamente presenti nelle RSA in posti letto base, di nucleo e urgenza non procrastinabile, sollievi e RSO sono stati 6.450 di cui il 71,1% di genere femminile. Per quanto riguarda l'età, 87,9% dei residenti in RSA aveva un'età ≥75 anni, il 41,8% aveva più di 90 anni.

Le direttive annuali della Giunta provinciale affidano alla APSS la vigilanza tecnico sanitaria ed amministrativa delle RSA e RSO. Dal 2014 sono state revisionate le modalità in uso, prevalentemente centrate su logiche amministrative e di controllo, per promuovere interventi finalizzati alla valutazione dei processi assistenziali ed all'attivazione del miglioramento continuo, in linea con i percorsi di accreditamento istituzionale intrapresi dalle RSA.

La revisione delle modalità di gestione della vigilanza tecnico sanitaria delle RSA/RSO ha portato all'introduzione di nuovi strumenti in grado di rilevare elementi specifici sui principali processi assistenziali assicurati nelle RSA.

Dal 2015 sono state utilizzate "check-list" per guidare le osservazioni dei team di valutazione dei distretti e sono stati inizialmente selezionati tre processi assistenziali rilevanti, ad elevato impatto sulla qualità di vita del residente: *gestione del dolore*, *gestione dell'alimentazione* e *qualità della vita del residente*.

Nel 2017 è stata utilizzata una versione revisionata delle tre check-list ed è stata inoltre introdotta una nuova check-list dedicata alla gestione della *terapia farmacologica*. Questa è stata elaborata con la medesima metodologia delle precedenti check-list da parte di un gruppo di lavoro, composto da professionisti coinvolti a vario titolo nei team di valutazione nelle RSA e da due farmacisti del Servizio politiche del farmaco ed assistenza farmaceutica, coordinato dal Dipartimento di governance dell'APSS.

Come fonti di riferimento per l'individuazione degli elementi misurabili sono state utilizzate:

- liste di controllo dell'accreditamento istituzionale della PAT: ORG-Requisiti dell'organizzazione; TR-Requisiti dei Processi Assistenziali per un allineamento con gli audit periodici eseguiti dai team di valutazione della PAT, in coerenza con il monitoraggio del mantenimento da parte delle RSA dei requisiti previsti per l'accreditamento;
- raccomandazioni del Ministero della salute: n.7 "Per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" e n. 12 "Per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" (LASA); n.17 "Per la riconciliazione della terapia farmacologica";
- riferimenti normativi nazionali e provinciali, note del Servizio farmaceutico APSS;

- documenti di indirizzo del Tavolo di lavoro permanente per la definizione delle linee guida sulle terapie farmacologiche nelle RSA: Documento di indirizzo n.1 . Indicazioni per la revisione delle terapie farmacologiche dei residenti in RSA e guida alla sospensione dei farmaci (Anno 2015);
- indicazioni di buona pratica clinico assistenziale ed evidenze di letteratura.

È stata data continuità all'obiettivo di valutare fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio basato sull'integrazione concettuale e operativa tra requisiti di accreditamento, indicatori di processo e di risultato, evidenze di buona pratica assistenziale.

Le quattro check-list sono state utilizzate in tutte le sedi di RSA durante i sopralluoghi ed hanno consentito una rilevazione uniforme degli elementi misurabili previsti dagli strumenti. Le fonti di valutazione sono state documentali, osservazioni dirette di momenti assistenziali e interviste a residenti, familiari, operatori.

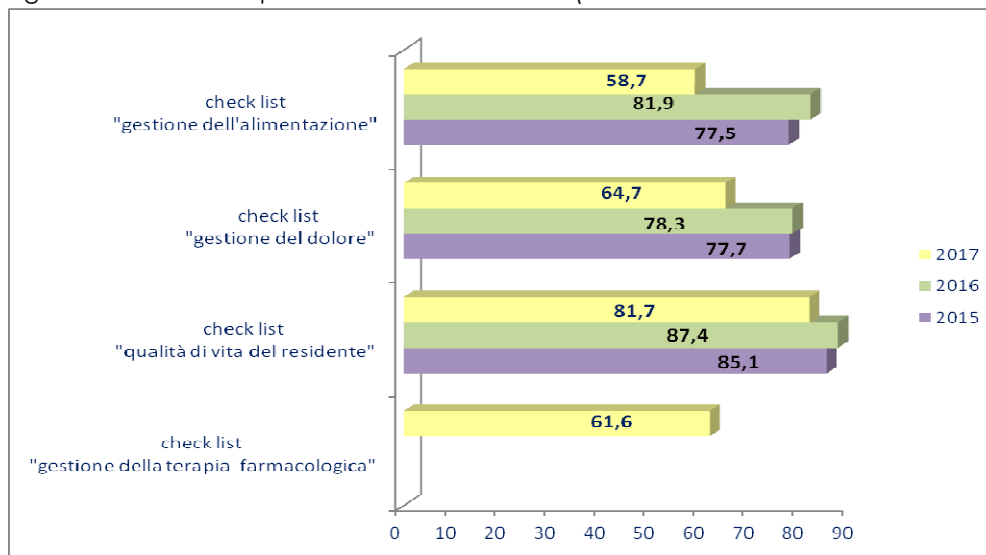
RISULTATI

La tabella n.20 riporta la sintesi del numero degli elementi misurabili presenti nelle singole check-list utilizzate dal 2015 al 2017. In questo ultimo triennio è stato ridimensionato il numero degli elementi misurabili per ogni check-list, in quanto alcuni di essi risultavano completamente conformi e pertanto si è optato di mantenere quelli ritenuti "irrinunciabili" per un'assistenza di qualità integrandoli con quelli i cui livelli di conformità risultavano critici negli anni precedenti.

Tabella 20: Check-list: numero elementi misurabili rilevati per ciascuna check-list e totali per 57 RSA/RSOA

Check-list	Elementi misurabili					
	2015		2016		2017	
	n.	n. tot	n.	n. tot	n.	n. tot
Gestione dell'alimentazione	17	969	15	855	10	570
Gestione del dolore	13	741	13	741	9	513
Qualità della vita del residente	20	1140	16	912	11	627
Gestione della terapia farmacologica	--	--	--	--	22	1254
Totale	50	2850	44	2508	52	2964

Figura 13: Trend della percentuale di conformità (SI' nelle check-list : anni 2015-2016-2017)



La figura 13 riporta la percentuale di conformità "SI'" media per ciascuna check-list e confronta i risultati 2015 - 2016 - 2017. Si evidenzia una riduzione del livello di conformità "SI'" in tutte le tre check-list. La riduzione è da attribuire alla revisione delle check-list che, nella versione 2017, presentano una riduzione del numero totale di elementi misurabili ed in particolare una selezione di quelli che nel 2016 presentavano un livello di conformità "NO" più elevato. Inoltre, per alcuni elementi misurabili sono stati definiti in modo più rigoroso ed uniforme i criteri di valutazione e gli oggetti di verifica. Quindi il confronto nel triennio non rappresenta di per sé un peggioramento della qualità dell'assistenza, ma dà evidenza dell'andamento complessivo della valutazione

nella totalità delle strutture, rispetto agli elementi misurabili risultati più critici negli anni precedenti ed alla ridefinizione di alcuni criteri di valutazione.

GESTIONE DELL'ALIMENTAZIONE

Si mantiene con un limitato grado di conformità la documentazione dell'assunzione di liquidi, particolarmente importante per la prevenzione della disidratazione nell'anziano o per il monitoraggio dell'adeguata assunzione in caso di limitazioni legate alle condizioni cliniche del residente. Così come la gestione personalizzata degli integratori naturali, in aggiunta al menù standard. L'alimentazione dell'anziano è complessivamente presidiata, ma l'utilizzo personalizzato di integratori naturali è ancora migliorabile e costituisce un indicatore di cura degli aspetti nutrizionali, di prevenzione della malnutrizione ed attenzione alle preferenze della persona. La valutazione periodica del rischio di disfagia e la sua documentazione, ha riportato un punteggio inferiore agli anni precedenti per la focalizzazione più precisa dei valutatori alla verifica delle evidenze nella documentazione, non limitandosi a raccogliere prassi in uso non documentate.

La cura dell'igiene del cavo orale continua a mantenere un livello di non conformità elevato e richiede di essere migliorata, considerando l'impatto significativo che ha sulla qualità di vita dell'anziano, sul mantenimento della capacità di alimentarsi, sulla prevenzione delle infezioni del cavo orale.

GESTIONE DEL DOLORE

Come nell'anno precedente le aree di miglioramento sono relative al monitoraggio degli indicatori previsti nella procedura di gestione del dolore, all'accertamento completo del dolore, alla verifica dell'efficacia del trattamento farmacologico e non farmacologico coerente con la prescrizione. Si aggiungono inoltre la necessità di disporre di prescrizioni complete delle terapie antalgiche condizionate ed il miglioramento nella gestione delle informazioni sulle continuità tra setting.

QUALITA' DI VITA DEL RESIDENTE

La qualità di vita del residente si mantiene come processo assistenziale con il grado di conformità "Sì" più elevato tra le diverse check-list.

Permane, come nei due anni precedenti, un livello di conformità non elevato per l'area della definizione di strategie per la prevenzione e monitoraggio del rischio di abuso/maltrattamento e abbandono del residente. Come si era rilevato lo scorso anno non sono ancora presenti in modo diffuso azioni strutturate/procedure per la prevenzione e rilevazione del fenomeno.

Si ritiene che quest'area debba essere considerata tra le priorità di intervento formativo e di intervento organizzativo per garantire un'accoglienza rispettosa dei diritti e della dignità della persona anziana fragile e con grave compromissione cognitiva quale è il residente presente in RSA.

GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

I dati di conformità danno evidenza del fatto che la gestione dei farmaci presso le RSA è un processo ad elevata complessità, che necessita di azioni di miglioramento per adeguare le prassi agli standard di sicurezza previsti da specifici riferimenti normativi e dalle raccomandazioni ministeriali.

Gli elementi misurabili sui quali concentrare le azioni di miglioramento interessano tutte le fasi del processo di gestione della terapia farmacologica ad eccezione del monitoraggio che ha riportato mediamente livelli di conformità superiori al 65%.

In solo 6 RSA su 57 è presente una procedura per la gestione della terapia che contiene tutte le fasi del processo (*approvvigionamento, conservazione, prescrizione, somministrazione, monitoraggio*) ed i relativi indicatori.

Questo elemento misurabile ha al suo interno più elementi, quindi il fatto ad esempio che la procedura non definisca una delle fasi previste oppure che non siano stati individuati gli indicatori, fa valutare come non conforme l'intero elemento.

Alcuni elementi non conformi sono riferiti a prassi monoprofessionali che la struttura può facilmente modificare, un esempio è costituito dall'apposizione, da parte dell'infermiere, sulle confezioni dei farmaci multi dose, della data di apertura e la data di fine utilizzo. Altri elementi non conformi richiedono invece una revisione di processi organizzativi con un approccio multidisciplinare, ad esempio la revisione della terapia assunta a domicilio per i residenti di nuovo inserimento, la riconciliazione delle terapie periodiche e nei passaggi tra setting di cura, la gestione della prescrizione/somministrazione dei farmaci non frantumabili/modificabili per i pazienti con disturbi della deglutizione.

In sintesi per questo processo assistenziale è richiesto a tutte le RSA un impegno ad attivare azioni di miglioramento finalizzate ad aumentare la sicurezza e l'appropriatezza nella gestione delle terapie farmacologiche in tutte le fasi del complesso processo che va presidiato nella sua globalità.

SINTESI

Nell'anno 2017, le percentuali del grado di conformità "Sì" nelle quattro check-list (tabella 21) sono così distribuite: 26 strutture (45,6 %) hanno una percentuale di conformità inferiore a 65%, 17 strutture (30%) si collocano nella fascia di conformità tra 65-74%; le rimanenti 14 strutture (25%) si hanno una percentuale superiore al 75% di conformità.

Tabella 21: Distribuzione RSA per fasce di conformità SI' nelle 4 check-list – anno 2017

Media delle conformità (range)	N. RSA
<65%	26
65-74 %	17
75-84 %	9
85-94 %	4
> 95 %	1
Totale	57

I risultati complessivi descrivono un andamento che evidenzia una differenziazione tra strutture fornendo elementi utili per attivare azioni specifiche. L'introduzione nel 2017 di nuove modalità di gestione dei sopralluoghi ha orientato la vigilanza sugli elementi risultati più critici negli anni precedenti ed ha facilitato l'uniformità di approccio tra i valutatori.

Questi elementi spiegano il trend in riduzione complessiva delle conformità "Sì" nelle quattro check-list (vedi figura 13), ma evidenziano come le attività di vigilanza siano focalizzate sugli elementi rispetto ai quali vanno concentrati gli sforzi di miglioramento.

La formulazione di "raccomandazioni", ha la finalità di permettere alla struttura di superare le non conformità, documenta l'approccio raccomandato alla struttura in modo puntuale rispetto al requisito risultato non conforme. Sono state formulate al massimo 10 raccomandazioni per ogni verbale utilizzando i seguenti criteri di priorità:

- non conformità complete rispetto a quanto richiesto nell'elemento misurabile;
- elemento misurabile già oggetto di raccomandazione nell'anno precedente e ancora non conforme
- impatto della non conformità sulla sicurezza/qualità dell'assistenza al residente.

Queste analisi consentono di dare evidenza delle aree rispetto alle quali prioritariamente è stato chiesto alle RSA di impegnarsi in azioni di miglioramento.

L'esperienza maturata in questo ultimo triennio, ha posto le basi per formulare una nuova proposta operativa alla Provincia Autonoma di Trento riguardante la gestione della vigilanza tecnico sanitaria sulle RSA/RSAO per il prossimo periodo 2018 -2020 che tiene conto di:

- indicazioni delle direttive annuali della Giunta provinciale in materia di RSA;
- esiti della vigilanza tecnico sanitaria degli ultimi tre anni (2015-2017) su ciascuna RSA;
- progressiva integrazione e allineamento con gli strumenti e le tempistiche dei processi di autorizzazione e accreditamento istituzionale della PAT;
- razionalizzazione dell'impegno dei professionisti dell'Azienda sanitaria.

La proposta operativa prevede di realizzare in modo programmato diverse tipologie di interventi di vigilanza, che permettano di:

- armonizzare i tempi del sopralluogo presso la struttura con gli audit di rinnovo di accreditamento;
- attivare, per le strutture che lo necessitano, interventi di vigilanza e supporto ai percorsi di miglioramento della qualità più intensivi e mirati rispetto alle altre strutture;
- mantenere un monitoraggio continuativo sulle strutture.

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. 361 Medici di Medicina Generale a fronte di una popolazione di età superiore ai 14 anni pari a 461.547, e n. 75 Pediatri di Libera Scelta per un numero complessivo di pazienti dai 0 ai 14 anni pari a 78.351. 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 dei Distretti Sanitari.

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

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 14, 15 e 16 vengono confrontati con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa i tassi di ospedalizzazione della P.A. di Trento del 2017 per scompenso cardiaco (performance buona), BPCO (performance ottima ed in miglioramento rispetto al 2016) e complicanze del diabete (performance media, ma in miglioramento rispetto all'anno precedente).

Figura 14: Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2017

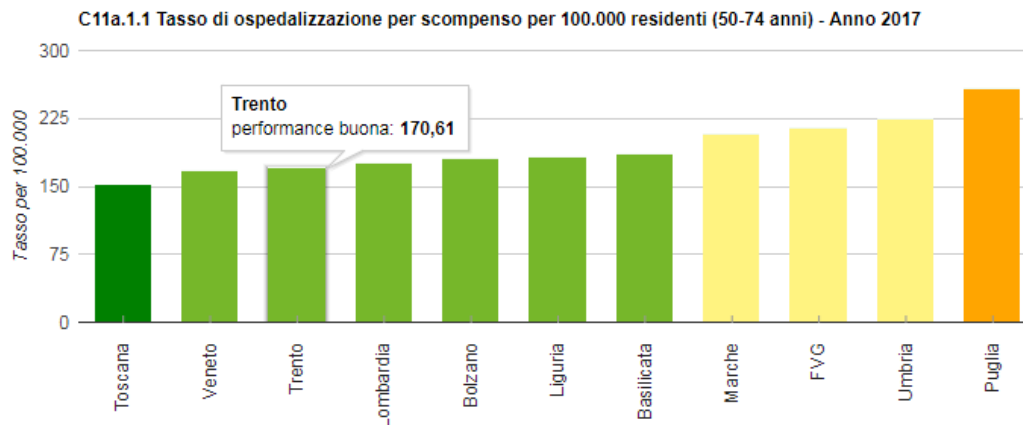


Figura 15: Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2017

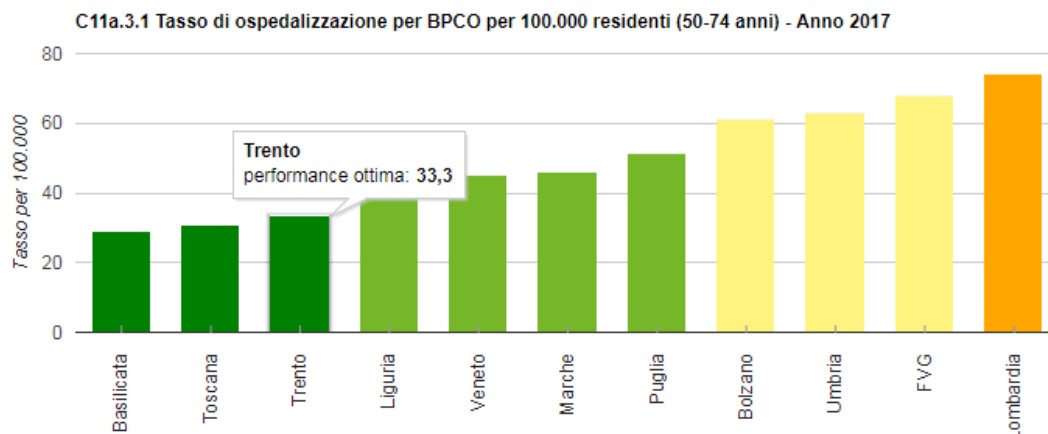
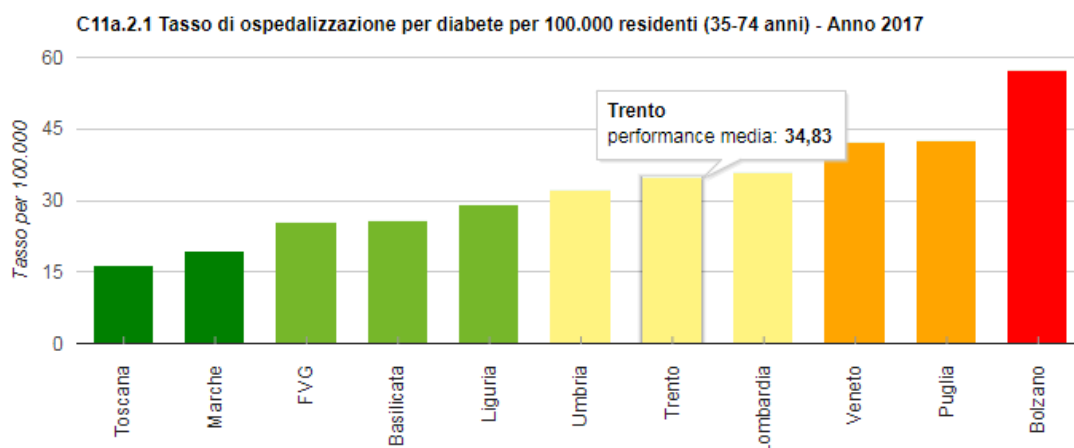


Figura 16: Tasso di ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti (35 – 74 anni). Anno 2016



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

(25%) C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) ■ **170,61 per 100.000**

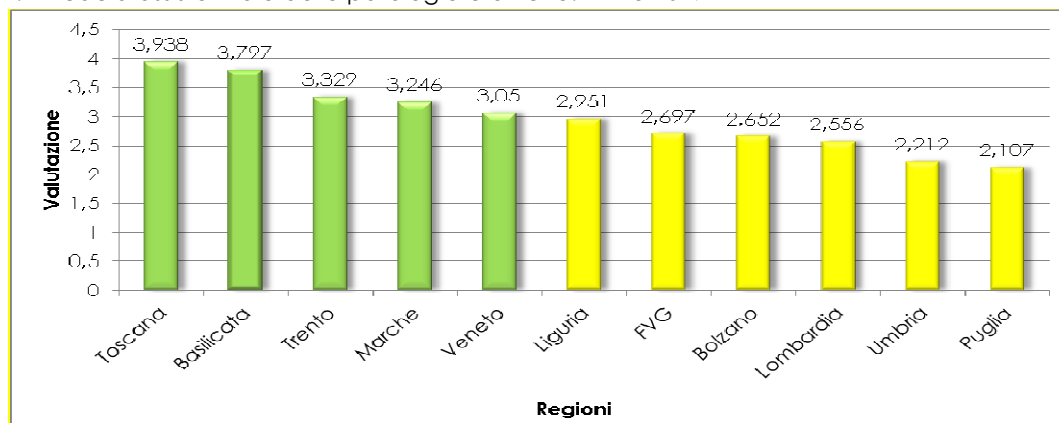
(25%) C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) ■ **34,83 per 100.000**

(25%) C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) ■ **26,04 per milione**

(25%) C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) ■ **33,3 per 100.000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2017 APSS ottiene una valutazione di performance buona (3,329) e in aumento rispetto all'anno precedente, con un netto miglioramento del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti tra 50 e 74 anni, collocandosi sopra la media del Network.

Figura 17 : Efficacia assistenziale delle patologie croniche. Anno 2017



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 2016 e 2017. Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2017, APSS risulta fra le realtà più virtuose con un tasso di ospedalizzazione pari 7,171/100 (vedi figure 18 e 19). 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 18

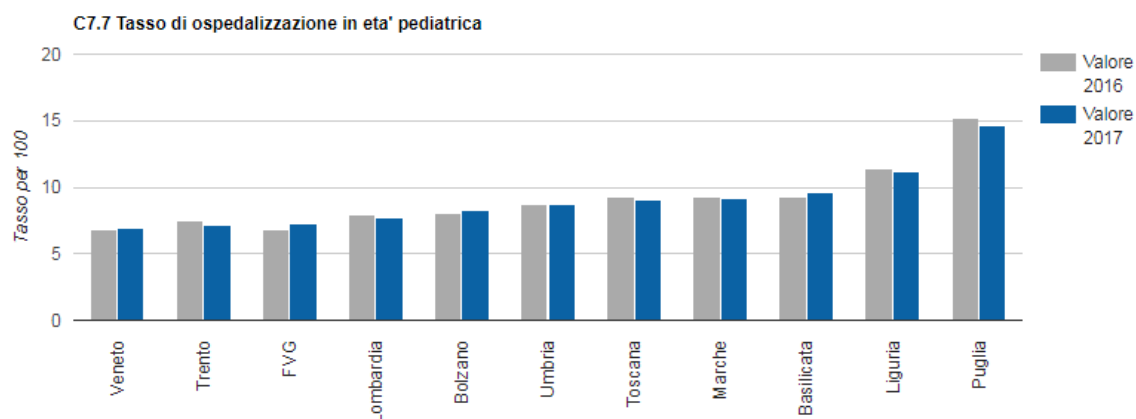
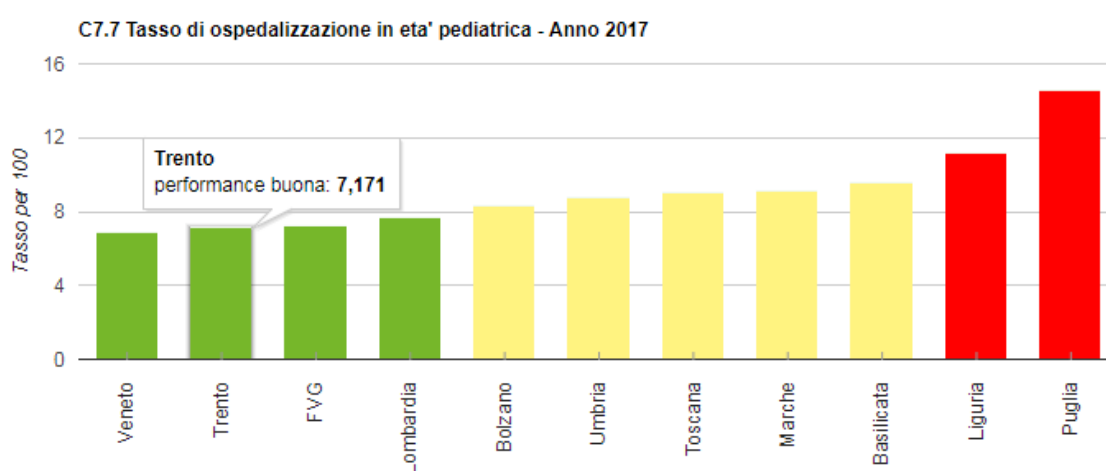


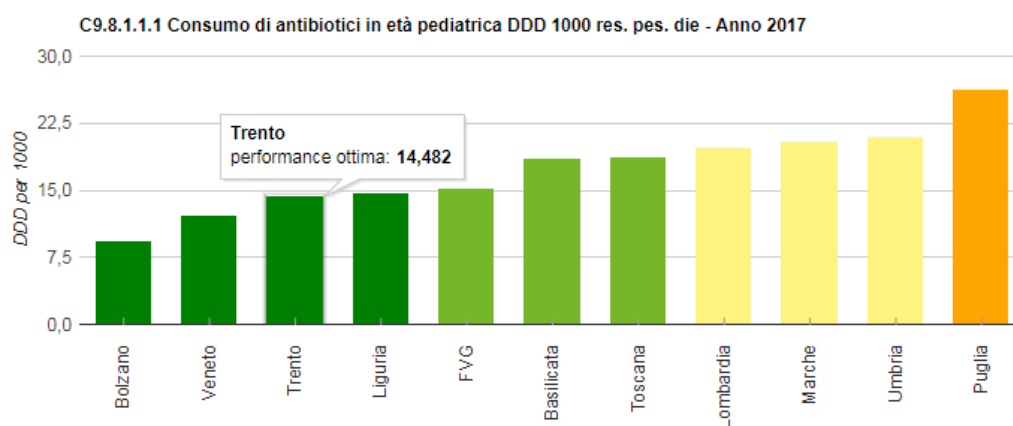
Figura 19



INDICATORE: Consumo di antibiotici in età pediatrica

L'analisi di tale dato, in relazione anche all'indicatore precedente (Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica) conferma un buon utilizzo delle risorse da parte dei Pediatri di Libera Scelta e dei pediatri ospedalieri. Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2016, APSS risulta tra le realtà con il più basso consumo di antibiotici (vedi figura 20) ed ottiene una valutazione ottima.

Figura 20



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 ■ **3,527**:

(15%) C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica ■ **7,171 per 100**

(15%) C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) ■ **31,765 per 100**

(10%) C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) ■ **18,521 per 100.000**

(10%) C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni) ■ **68,922 per 100.000**

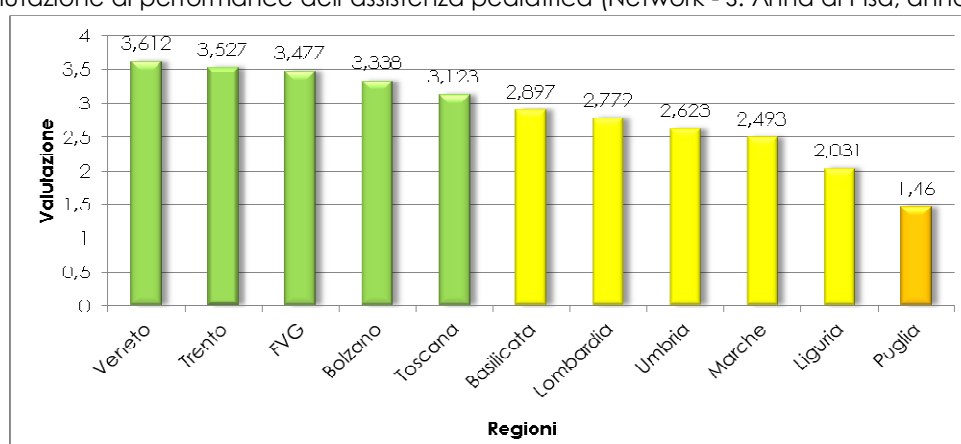
(15%) C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti ■ **323,06 per 100.000**

(20%) C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica ■ **14,482 DDD per 1000**

(15%) C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica ■ **1,609 DDD per 1000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2017 APSS risulta sopra la media del Network con una valutazione di performance buona (3,527).

Figura 21: Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica (Network - S. Anna di Pisa; anno 2017)



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 18,08% inferiore rispetto alla media nazionale. Anche nel confronto con le altre Regioni italiane del Network Regioni - S. Anna di Pisa, la PAT ha una delle percentuali minori di sedentari. Allo stesso modo anche la percentuale di persone obese e in sovrappeso 34,70% risulta inferiore rispetto alla media italiana e del Network.

Figura 22

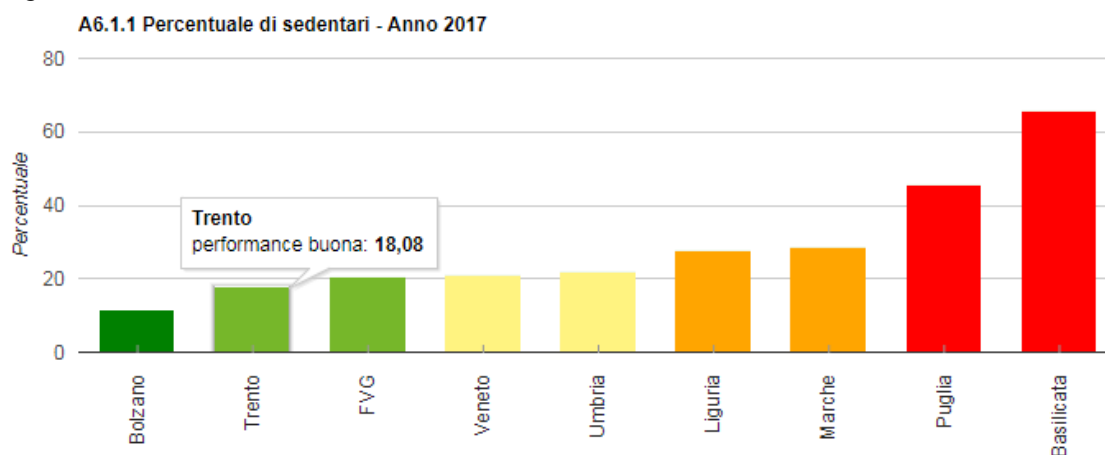
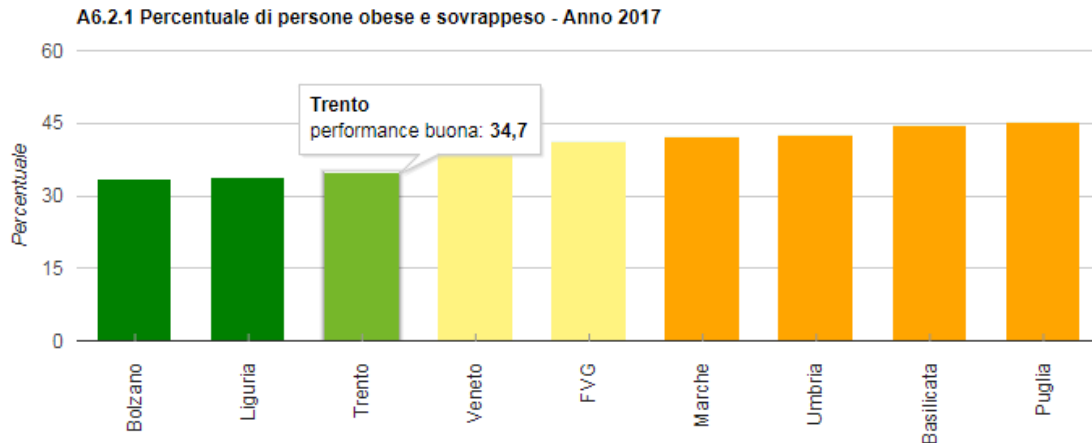


Figura 23

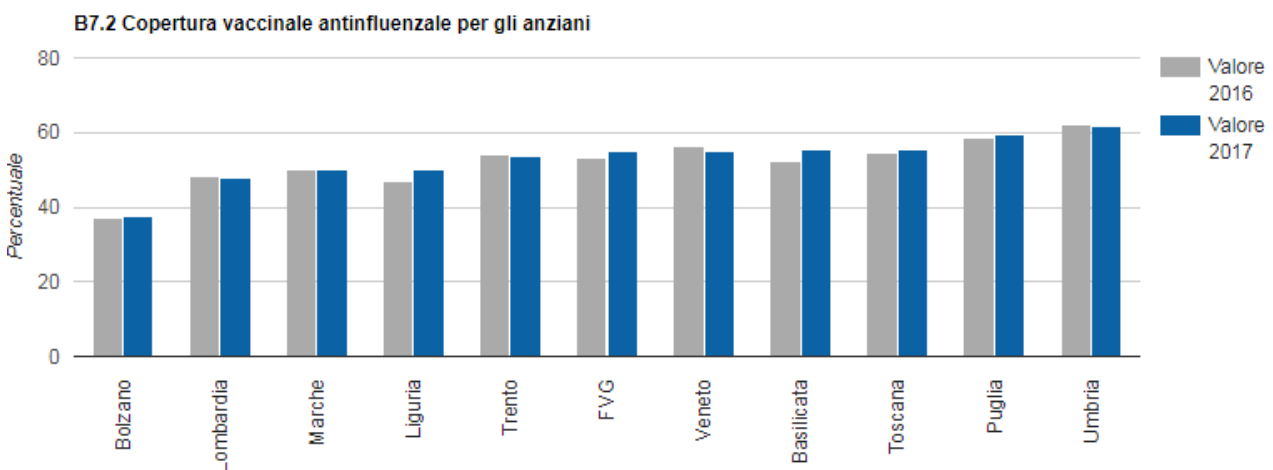


INDICATORE: Copertura vaccinazione antinfluenzale per gli anziani.

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 2017 per la copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64, APSS risulta fra le realtà che hanno margini di miglioramento.

Figura 24



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):

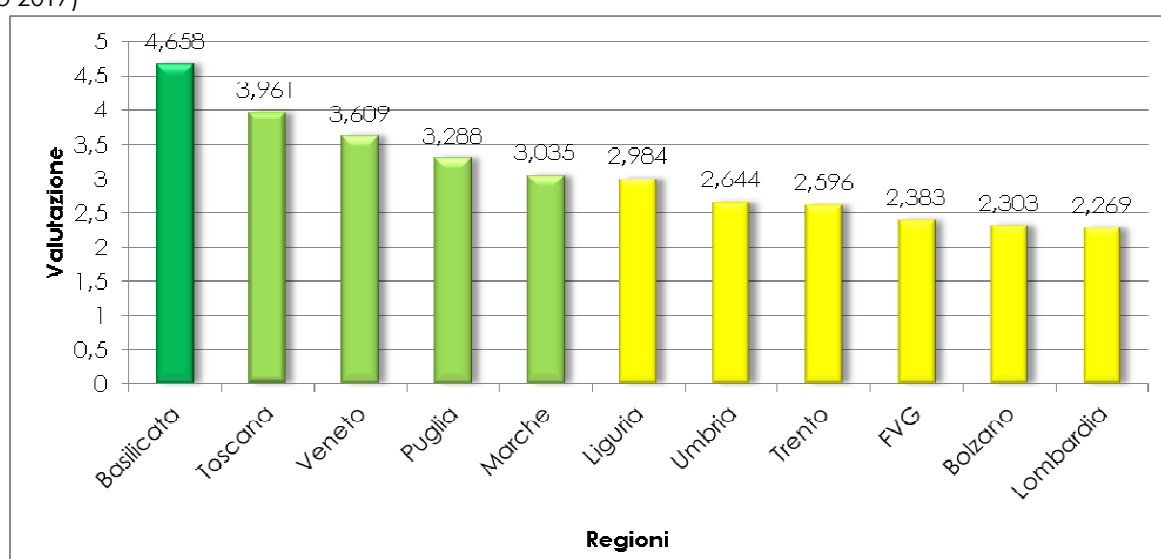
(40%) C8b.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti ■ **1,336 per 1.000**

(20%) C8b.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso ■ **344,98 per 1.000**

(40%) C16T.4 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti ■ **9,244 per 1.000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2017 l'indicatore di sintesi per APSS risulta nella media (2,596).

Figura 25: Indicatore di performance dell'integrazione ospedale-territorio (Network Regioni - S. Anna di Pisa; anno 2017)



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 175.719.

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 22: Servizio di continuità assistenziale: dati attività periodo 2013-2017

Ann o	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

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 del 2017: sono 59.620 le persone con più di 75 anni in Trentino, su una popolazione di 539.898. L'indice di vecchiaia, lievemente aumentato, è di 149,7, il che significa che ogni 100 giovani con meno di 14 anni ci sono 149 anziani con più di 65 anni.

Questo dato, anche se inferiore a quello nazionale (168,9), 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).

INDICATORE: Tempi di attesa per l'accesso alle cure domiciliari

Figura 26

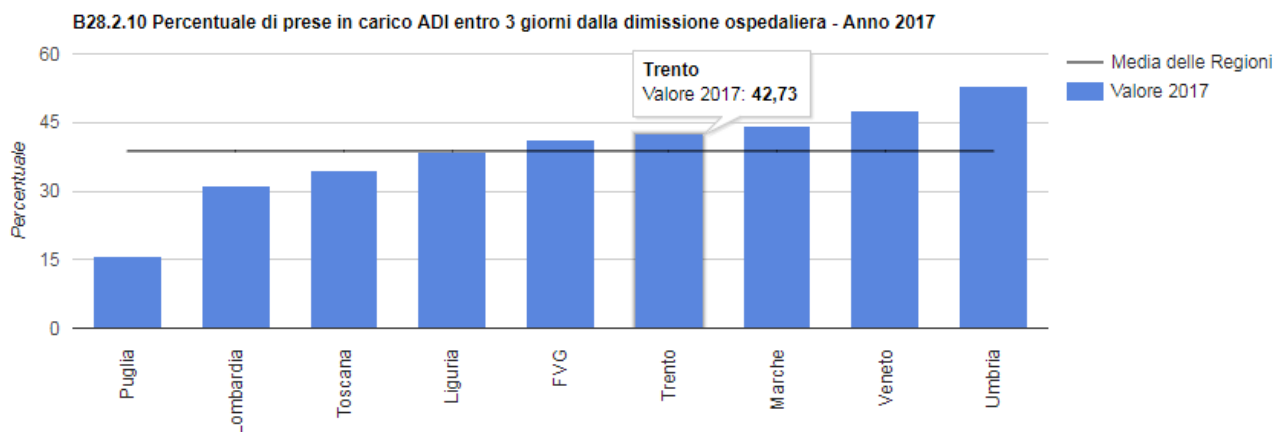
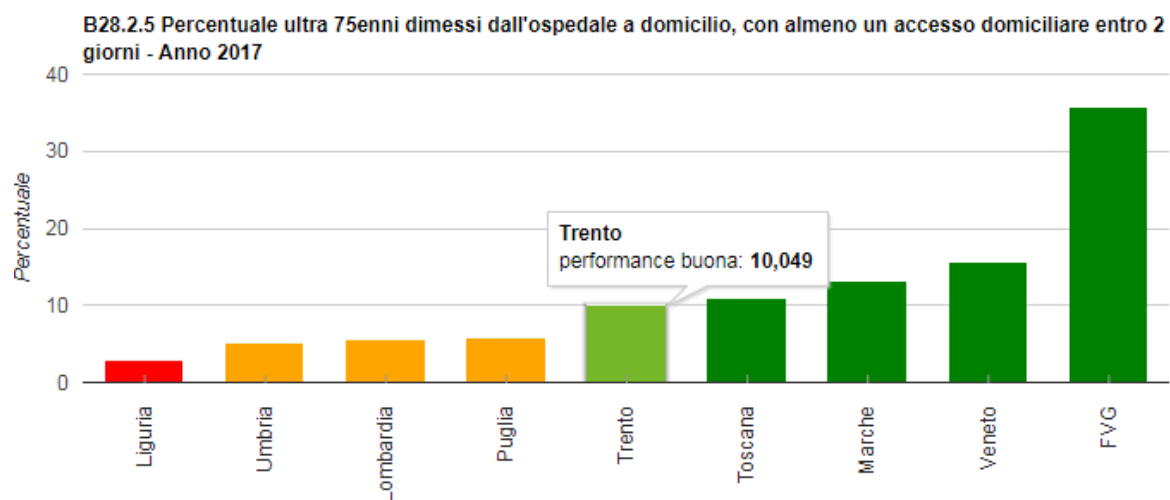


Figura 27



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 2016 e 2017, come evidenziato nelle tabelle sottostanti, dimostrano una riduzione del divario tra i diversi ambiti territoriali ed un lieve calo degli utenti complessivi imputabile ad una maggiore appropriatezza nell'attivazione e mantenimento dei piani attivi

Tabelle n. 23 e n. 24: Utenti in carico alle Cure Domiciliari ogni 1000 residenti - anni 2016 -2017 (escluse AIO)

SIT-CD-01-01 Utenti in Carico anno 2016 APSS	Popolazione Residente	N° Utenti con Accessi	Tasso /1000 ab.
CENTRO NORD	132.429	1.930	14,57
EST	121.320	1.730	14,25
OVEST	101.170	1.823	18,01
CENTRO SUD	182.497	3.328	18,23
Totale	537.416	8.811	16,39

SIT-CD-01-01 Utenti in Carico ANNO 2017 APSS	Popolazione Residente	N° Utenti con Accessi	Tasso /1000 ab.
CENTRO NORD	132.429	2.013	15,20
EST	121.320	1.728	14,24
OVEST	101.170	1.742	17,21
CENTRO SUD	182.497	2.978	16,31
Totale	537.416	8.461	15,74
		manca Tione II sem	

Fonte Relazione "Cure Domiciliari" del Servizio Territoriale

Si segnala che non sono stati registrati in questa reportistica i dati dell'ambito Giudicarie relativi al secondo semestre 2017 (causa la sperimentazione in tale ambito di un nuovo applicativo). Pertanto il numero reale degli utenti presi in carico nel corso del 2017 è maggiore rispetto a quanto riportato.

Per quanto riguarda **l'intensità assistenziale** (indicata su 4 livelli in relazione alle giornate di assistenza e al numero di accessi a domicilio), il confronto tra i dati 2016 e 2017, evidenzia un calo di circa il 5 % per il livello 0 (piani a minore impegno clinico assistenziale come AD-inf e ADP mediche e infermieristiche), un mantenimento per i livelli 1, 2 e 3 (AD-inf e ADP mediche ed infermieristiche più complesse e ADI a basso livello assistenziale) e un incremento per il livello 4 (ADI e CP ad elevato impegno clinico assistenziale) sia in termini di giornate (dall'11 al 12 %) sia di accessi (dal 14 al 16 %).

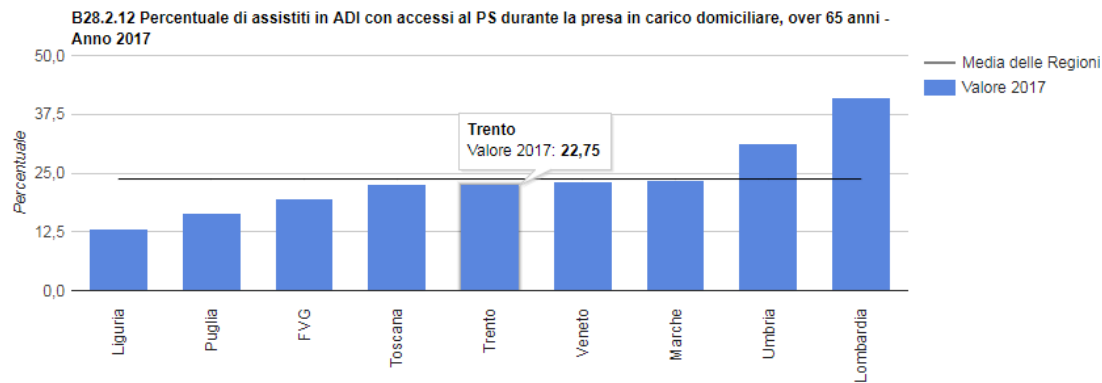
L'aumento quindi dei casi di presa in carico (cioè di tutti i piani di cura che non consistano solo in interventi occasionali) implica soprattutto la qualificazione dell'offerta territoriale, che deve essere privilegiata rispetto a un incremento puramente numerico. Oltre al sensibile incremento dei piani assistenziali di maggior impegno, 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.

INDICATORE: Tasso di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

La bassa percentuale di accessi al Pronto Soccorso da parte degli assistiti in carico alle cure domiciliari dimostra la buona qualità dell'assistenza domiciliare erogata in APSS .

Figura 28



INDICATORE: Valutazione di performance delle Cure Domiciliari

L'Assistenza Domiciliare (AD) prevede la realizzazione di interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone. Nell'ambito dell'AD, le Cure Domiciliari (CD) rappresentano la parte più strettamente sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità.

L'indicatore di performance delle Cure Domiciliari esprime la qualità dell'assistenza erogata attraverso la misurazione di una serie di indicatori di attività.

L'indicatore di sintesi assume una valutazione proporzionale rispetto a quella degli indicatori B28.1.2, B28.2.5 e B28.2.9 (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):

B28 Cure domiciliari ■ 3,278

(70%) B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione – dato non disponibile

(20%) B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg ■ 10,049 %

(10%) B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA>0.13 per over 65 in Cure Domiciliari ■ 55,38 %

La performance delle cure domiciliari viene inoltre misurata dai seguenti sottoindicatori:

B28.1.1b Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare **27,40 per 1.000**

B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e i giorni festivi **6,13 %**

B28.2.10 Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera **42,73 %**

B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 **5,618%**

B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni **22,75 %**

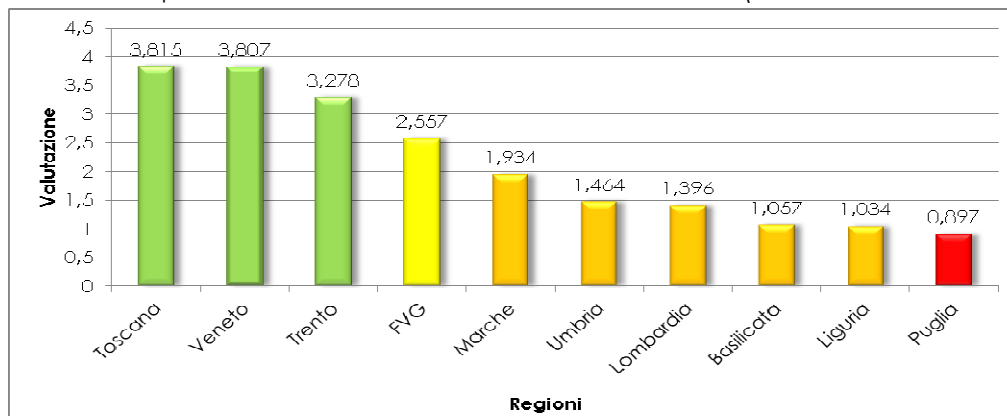
B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA **16,58%**

B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni **13,99%**

B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni **21,24%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2017 l'indicatore di sintesi per APSS ottiene una valutazione di performance buona (3,278).

Figura 29: Valutazione di performance assistenza domiciliare e residenziale (Network – S. Anna di Pisa; 2017)



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.

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. n. 10.116 nel 2015, n. 9.604 nel 2016 e n. 7.381 nel 2017.

Tabella 25: Nr Nuovi utenti

	Borgo	Cavales e	Cles Malè	Fiera di Primiero	Mezzo- lombardo	Pergine	Riva d.G.	Roveret o	Tione	Trento
2015	703	671	883	579	321	1.525	1.276	1.882	789	1.487
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

Tabella 26: Nr. nuovi utenti di età 15 - 25 anni dei Consultori (anni 2015 – 2016)

Anno	Femmine	Maschi	Totale	Proporzione su totale nuovi utenti
2015	2.260	97	2.357	23,3%
2016	2.099	89	2.188	22,8%
2017	2.705	109	2.814	27,6%

Più della metà dei giovani maschi (60%) , che costituiscono un'utenza residuale dei consultori, accede al Consultorio di Trento dove è garantito un ambulatorio urologico quindicinale.

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 decodificarle

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

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 27: Adesione al Progetto Conoscere il Consultorio Anno Scolastico 2017-2018 N. classi

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

INDICATORE: Corsi di accompagnamento alla nascita

Le evidenze scientifiche dimostrano che la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) comporta un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale. Infatti, grazie alla partecipazione ai CAN, 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. I CAN, 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 ai CAN erogati in provincia tra il 2000 ed il 2012, la copertura dei CAN appare superiore ad altri studi effettuati in ambito nazionale e regionale.

Tabella 28: Corsi pre-parto per sede consultoriale (anno 2017)

Sede Consultorio	N. partecipanti	N. Corsi	Media Partecipanti
BORGO VALSUGANA	139	8	14
CAVALESE	107	10	8
CLES	111	10	8
FIERA DI PRIMIERO	25	3	6
MALE'	45	6	5
MEZZOLOMBARDO	117	5	17
PERGINE VALSUGANA	182	12	10
RIVA DEL GARDA	190	14	11

Sede Consultorio	N. partecipanti	N. Corsi	Media Partecipanti
ROVERETO	324	20	13
TIONE DI TRENTO	142	13	8
TRENTO	369	20	14
Totale	1.751	121	11

La letteratura dice che tutte le donne primi - gravide dovrebbero partecipare ai CAN, tramite offerta attiva. Gli attuali fattori limitanti l'accesso sono l'essere straniere, l'essere giovani con meno di 30 anni e, in particolare, con meno di 20 anni, l'essere casalinghe.

INDICATORE: Percorso Nascita.

Nel corso del 2017 l'attività legata al Percorso nascita è stata trasferita al servizio consultoriale prevedendo un' integrazione coi Punti Nascita per quanto riguarda 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 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.

AREA DELLA RIABILITAZIONE

L'Area riabilitazione garantisce gli interventi riabilitativi previsti dai Livelli essenziali di assistenza mediante percorsi diagnostico-terapeutici che assicurino in maniera omogenea la continuità e l'appropriatezza delle cure, al fine di ridurre per quanto possibile le disabilità derivanti da patologie acute o croniche invalidanti, e facilitare il reinserimento familiare, lavorativo e sociale dei soggetti con menomazioni funzionali prevalentemente adulti, giovani-adulti e anziani.

L'Area consolida la rete riabilitativa provinciale per favorire una migliore integrazione dei diversi setting assistenziali nei quali si articola, con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti soggetti (pubblici, privati accreditati e convenzionati) in essa operanti, contribuendo altresì alla realizzazione di un nuovo modello di presa in carico delle condizioni di cronicità che risponda alle esigenze di un approccio integrato e di valorizzazione delle capacità e dell'autonomia del paziente.

Le attività di Riabilitazione avvengono in due macro-aree e in quattro tipologie di luoghi di erogazione ("setting"):

–Riabilitazione Ospedaliera:

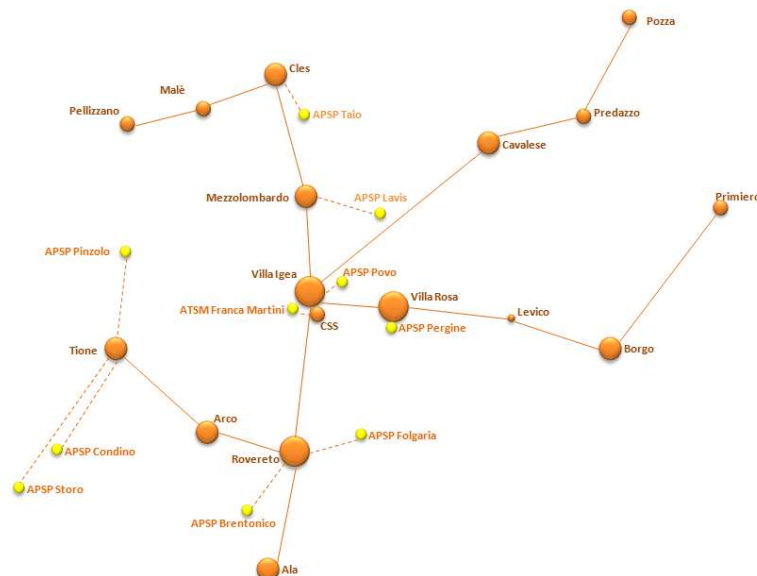
- oin reparti per acuti:* vengono effettuate consulenze di medici fisiatrici per la definizione del percorso riabilitativo più idoneo in particolare in quadri di disabilità neurologiche e ortopediche, valutazioni e trattamenti fisioterapici e logopedici per la prevenzione dei danni da ipomobilità e una rieducazione precoce delle funzioni motorie, respiratorie, cognitive e deglutitorie;
- oin degenze riabilitative:* vengono realizzati progetti individualizzati multi professionali e multidimensionali di riabilitazione intensiva in regime di degenza ordinaria o diurna per gravi disabilità;

–Riabilitazione Territoriale

- oambulatoriale:* vengono effettuate visite fisiatriche e percorsi riabilitativi fisioterapici e logopedici di durata variabile in relazione all'entità e alla modificabilità dei problemi del paziente.
- o domiciliare:* vengono realizzate consulenze fisiatriche domiciliari e interventi fisioterapici di valutazione degli ambienti e degli ausili a domicilio, proposta e addestramento all'uso di adattamenti ambientali e nuovi ausili, educazione al paziente e al care-giver su problematiche specifiche al fine di aumentare l'autonomia della persona e ridurre, laddove possibile, il carico assistenziale.

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

La rete dei servizi di riabilitazione ambulatoriale è articolata in **17** servizi di Riabilitazione ambulatoriale di APSS. A questi si aggiungono **9** APSP che erogano prestazioni riabilitative in regime convenzionato e **1** centro accreditato convenzionato per la riabilitazione specialistica ambulatoriale nelle disabilità neurologiche, ATSM Franca Martini.



La rete dei servizi di riabilitazione ambulatoriale dell'adulto

INDICATORE: volumi complessivi delle attività riabilitative ambulatoriali

Nel 2017 sono state erogate dai servizi di riabilitazione di APSS, **459.630** tra visite e prestazioni medico-fisiatriche, valutazioni e rieducazioni individuali fisioterapiche, rieducazioni di gruppo e terapie fisiche.

A queste si aggiungo altre **141.000** prestazioni erogate presso le 9 APSP convenzionate e il Centro ATSM Franca Martini di Trento

Le problematiche più comuni sono state:

- dolore muscolo-scheletrico;
- disabilità motorie transitorie indotte da traumi o da interventi chirurgici ortopedico-traumatologici;
- disabilità sensomotorie indotte da lesioni o malattie del sistema nervoso centrale o periferico;
- linfedema , degli arti superiori o inferiori, primitivo o secondario a interventi chirurgici;
- disfunzioni viscerali (es. respiratorie, pelvi-perineali ...);

Servizio ambulatoriali di Riabilitazione	Visite e Prestazioni mediche	Valutazione e rieducazioni fisioterapiche individuali	Rieducazioni fisioterapiche di gruppo	Terapie fisiche	Totale complessivo
Malé / Pellizzano	440	10.629	291	5.547	16.907
Cles	2.203	14.598	603	10.596	28.000
Mezzolombardo	1.777	11.614		12.729	26.120
Cavalese	353	6.064	139	2.953	9.509
Predazzo		2.796	34	1.341	4.171
Pozza di Fassa		4.378	83	1.073	5.534
Primiero	326	5.717	5	1.610	7.658
Borgo Valsugana	2.293	13.811	523	11.739	28.366
Levico	564	1.379		1.740	3.683
Villa Rosa Osp. Riab.	2.993	19.769	2.931	17.435	43.128
Trento - Villa Igea	7.302	52.068	566	21.772	81.708
Trento - CSS	5.112	14.210	490	26.147	45.959
Rovereto	3.688	28.074	918	33.330	66.010
Ala	793	9.764	221	6.401	17.179
Arco	3.405	27.066	454	21.530	52.455
Tione	842	14.208	291	7.632	22.973
Totale complessivo	32.091	236.145	7.549	183.575	459.360

Volumi di attività per le principali linee operative dei Servizi ambulatoriali di Riabilitazione

Presso i servizi di riabilitazione di APSS sono state erogate inoltre **2.564** valutazioni e rieducazioni logopediche rivolte a problematiche del linguaggio, della comunicazione, della voce, della deglutizione, delle funzioni cognitive.

INDICATORE: attività ed esiti nel progetto "Percorsi riabilitativi in artroprotesi di anca e di ginocchio secondo Fast Track – Ospedale di Tione"

Dal 2016 è stato attivato presso l'Ospedale di Tione l'innovativo progetto di applicazione del modello "Fast track" nei percorsi dei pazienti che devono essere sottoposti a protesi di ginocchio (PTG) o protesi di anca (PTA).

I punti chiave e qualificanti del percorso sono: un incontro informativo ed educativo con infermiere e fisioterapista 30 giorni prima dell'intervento e delle azioni di correzione dei potenziali fattori di rischio; strategie farmacologiche per un controllo ottimale del dolore; una chirurgia mini-invasiva con cicatrici ridotte e risparmio dei tessuti; controllo ottimale del sanguinamento grazie ad accorgimenti intra-operatori e farmaci specifici; non utilizzo di drenaggi e di catetere vescicale; un accurato posizionamento postoperatorio del paziente dopo l'intervento e una precoce ripresa del camminare fin dal giorno dell'intervento; la crio-compressione a cicli; un percorso riabilitativo prevalentemente ambulatoriale con presa in carico tempestiva precoce.

L'intervento riabilitativo diventa quindi componente fondamentale nelle quattro fasi del percorso:

- preoperatoria: con il coaching fisioterapico che aiuta il paziente a comprendere al meglio il percorso e a prepararsi all'intervento;
- fase 0: durante la degenza in ortopedia, già nel pomeriggio del giorno dell'intervento, il fisioterapista aiuta il paziente a recuperare quanto prima la capacità di muoversi in sicurezza e senza dolore;

- fase 1: con il nuovo percorso avviene prevalentemente in regime ambulatoriale con circa 10 sedute distribuite in un mese. Questo permette di seguire il paziente fino al completo recupero funzionale. In alternativa, per pazienti con particolari criticità, può essere prevista una degenza riabilitativa di due settimane;
- fase 2: nei rari casi di non raggiungimento degli obiettivi, possono essere previste ulteriori sedute ambulatoriali per completare il percorso.

Nel 2017 nella sola sede di Tione sono stati trattati:

- in fase 0, quindi durante la degenza in ortopedia, **67** persone con protesi di ginocchio e **101** con protesi d'anca. Il **96%** dei pazienti con PTG e il **87 %** con PTA sono rientrati al proprio domicilio e hanno proseguito il percorso presso il servizio ambulatoriale di fisioterapia più vicino al proprio domicilio. La durata media delle permanenze in ortopedia è stata di 5 giorni;
- 26** pazienti con PTG e **23** con PTA hanno proseguito la fase 1, in regime ambulatoriale, presso il servizio di Fisioterapia di Tione con un ciclo di 10 sedute distribuite in 30-40 giorni;
- solo 3 pazienti con PTG e 1 con PTA hanno avuto la necessità di proseguire con ulteriori sedute (fase 2) oltre le 10 inizialmente previste.

Con il 2018 è prevista l'estensione del progetto Fast Track in tutte le ortopedie del Trentino.

INDICATORE: n° di pazienti e n° di accessi domiciliari nel progetto di Riabilitazione domiciliare - Valle dell'Adige e Valle dei Laghi

Da aprile 2016 è iniziata la sperimentazione di un progetto di "integrazione di competenze fisioterapiche nel sistema delle Cure Domiciliari". All'interno di tale progetto, gli infermieri delle cure domiciliari, qualora riscontrino la necessità di un intervento di valutazione degli ambienti e degli ausili a domicilio o di educazione al paziente e al care-giver su problematiche specifiche relative all'autonomia o alla possibile semplificazione del carico assistenziale, coinvolgono il fisioterapista per una sua valutazione e un suo intervento.

Nel 2017 il progetto è entrato a pieno regime i fisioterapisti del Centro Servizi Sanitari sono stati coinvolti nei percorsi di cure domiciliari di **174** pazienti, per un totale di **224** accessi a domicilio, con tempi medi di risposta inferiori ai **5** giorni, nei casi più urgenti, e di meno di **10** giorni nei casi di sola consulenza non urgente.

Si è riscontrato un alto gradimento da parte dei pazienti e dei loro familiari, per l'utilità delle indicazioni fornite e la risoluzione di problemi quotidiani, nonché da parte dei professionisti delle cure domiciliari per l'arricchimento di prospettive competenze che i fisioterapisti hanno portato nei Progetti Assistenziali Individualizzati.

Grazie ai positivi risultati della sperimentazione in Valle dell'Adige e Valle dei Laghi, per il 2018 è prevista l'estensione del progetto anche in altri ambiti territoriali.

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

INDICATORE: visite fisiatriche e interventi fisioterapici e logopedici in reparti per acuti

L'intervento dei professionisti sanitari della riabilitazione risulta di particolare importanza già nei reparti per acuti, per contribuire a risolvere problematiche quali la prevenzione di danni da ipomobilità, la valutazione e rieducazione di disturbi della deglutizione, la riattivazione e rieducazione senso motoria, respiratoria e cognitiva precoce.

Nel 2017 nei 7 Ospedali sono state effettuate **2.188** consulenze fisiatriche e **43.207** prestazioni fisioterapiche e logopediche prevalentemente nei reparti di rianimazione, medicina, geriatria, neurologia, ortopedia e nelle altre chirurgie.

L'intervento dei professionisti sanitari della riabilitazione viene attivato precocemente e direttamente dal personale medico e infermieristico dei reparti e questo consente di avere dei tempi di risposta molto ridotti.

INDICATORE: n° di ricoveri, provenienza e destinazione dei pazienti ricoverati nelle degenze di riabilitazione intensiva

La rete delle degenze di riabilitazione intensiva della Provincia nel 2017 è costituita da:

- 3 strutture di APSS:
 - oVilla Rosa Ospedale Riabilitativo;
 - oUO di Neuroriabilitazione dell'Ospedale di Rovereto;
 - odegenza di medicina fisica e riabilitazione dell'Ospedale di Arco;
- 4 strutture private accreditate e convenzionate:
 - oSan Camillo
 - oCasa di Cura Solatrix
 - oCasa di Cura Eremo
 - oOspedale San Pancrazio

La maggior parte dei **5.586** ricoveri in degenza di riabilitazione intensiva proviene per trasferimento da altri istituti (72%). Il 59% riguarda pazienti residenti in PAT. La maggior parte (64%) sono relativi a percorsi di riabilitazione cardiologica. Una ampissima parte dei ricoveri (94%) si conclude con il rientro a domicilio.

		Res PAT	Extra PAT
Provenienza	Da domicilio	515	1.029
	Trasferito da altro istituto di cura	2.745	1.297
Struttura di riabilitazione	Villa Rosa Ospedale Riabilitativo	435	19
	Ospedale di Rovereto	114	5
	San Camillo Trento	195	67
	Solatrix Rovereto	297	236
	Ospedale di Arco	40	6
	San Pancrazio Arco	856	677
	Eremo Arco	1.323	1.316
Tipologia di riabilitazione intensiva	Riabilitazione cardiologica	1.118	639
	Riabilitazione motoria e neuromotoria	2.142	1.419
	Riabilitazione Metabolico Nutrizionale	0	198
	Riab. Urologica	0	70
Destinazione alla dimissione	A domicilio	2.986	2.274
	A domicilio con Assistenza Domiciliare	3	1
	Presso Struttura Residenziale Territoriale (es. RSA, Hospice, Struttura intermedia ...)	37	1
	Presso reparto per acuti	162	40
	Presso altro istituto di riabilitazione o lungodegenza	71	10
	Decesso	1	0
		3.260	2.326

Principali indicatori relativi alle degenze di riabilitazione intensiva

INDICATORE: Villa Rosa – volumi di attività del Laboratorio di Analisi del Movimento

Il *Laboratorio di Analisi del Movimento (LAM)* di Villa Rosa eroga attività ambulatoriale specialistica complessa attraverso l'impiego di strumentazione avanzata e ad alta tecnologia. Il LAM si avvale di fisiatra, fisioterapisti e ingegnere biomedico e collabora con i professionisti della riabilitazione supportandoli nelle scelte terapeutiche: ortesiche, farmacologiche e chirurgiche. La misurazione oggettiva e quantitativa dei disturbi del movimento permette di aumentare precisione, efficacia ed appropriatezza delle cure.

Nel 2017 sono state eseguite **114** sessioni complete di Analisi del Movimento rivolte a **68** pazienti.

E' stato inoltre fornito supporto di analisi strumentale all'ambulatorio per il trattamento della spasticità per **48** pazienti.

Dal 2017 si è inoltre strutturata la collaborazione mensile con il Centro di Riferimento Provinciale per le Disabilità Neuromotorie in Età Evolutiva attivo presso il Centro Servizi Sanitari di Trento per analisi del movimento cinematiche in bambini.

Il LAM contribuisce inoltre alla propulsione dell'attività scientifica dell'Area della Riabilitazione: nel 2017 è stato pubblicato un articolo sulla prestigiosa rivista *Gait & Posture*; sono stati inoltre prodotti 2 poster per Congressi Scientifici Nazionali, uno dei quali proposto anche come comunicazione orale.

INDICATORE: Villa Rosa – volumi di attività dell'Ambulatorio Alvo e Vescica Neurologici

L'*ambulatorio multidisciplinare alvo e vescica neurologica* si svolge presso l'Ospedale riabilitativo Villa Rosa di Pergine con cadenza mensile e si avvale di 3 figure professionali: fisiatra, urologo e infermiera dedicata.

Si occupa di valutazione, inquadramento e trattamento delle disfunzioni urinarie e intestinali secondarie a patologie neurologiche in pazienti ricoverati o pazienti esterni inviati da altri specialisti e MMG.

La valutazione comporta la raccolta anamnestica generale e specifica di ogni paziente, l'esecuzione di accertamenti diagnostici e strumentali di primo livello (esami ematochimici, culturali, radiologici) e l'utilizzo di strumenti specialistici (compilazione di diario minzionale e intestinale, residuo postminzionale ed esame urodinamico).

Il trattamento si avvale di terapia farmacologica personalizzata e di educazione / addestramento all'utilizzo di metodiche mirate (es. cateterismo intermittente, apparecchiature per irrigazione trans anale ...).

In pazienti selezionati ambulatorialmente lo specialista urologo effettua test ed impianto di neuromodulatori sacrali

Nel 2017

Statistica anno 2017 sono stati seguiti **22** pazienti ricoverati e **204** pazienti in visite ambulatoriali, con **73** nuovi pazienti e 131 controlli. Sono stati seguiti **11** pazienti per addestramento al cateterismo intermittente e **6** pazienti per addestramento all'utilizzo di apparecchiatura per irrigazione trans anale. Per **2** pazienti è stato proposto l'impianto di neuromodulatori sacrali.

INDICATORE: Villa Rosa – volumi di attività del Centro di Riferimento Provinciale per le Tecnologie per l'Autonomia e la Terapia Occupazionale

Il Centro di Riferimento Provinciale per le Tecnologie per l'Autonomia e la Terapia Occupazionale si avvale di diverse professionalità (fisiatra, fisioterapisti, logopedista, terapisti occupazionali) e comprende:

- il servizio ABILITA per la valutazione di ausili in particolare per persone con disabilità motorie
- il Laboratorio Ausili Informatici per valutazione di ausili tecnologici di supporto alle difficoltà del linguaggio e comunicazione;
- il laboratorio di Terapia Occupazionale finalizzato alla valutazione e sviluppo dell'autonomia nelle attività quotidiane in persone con disabilità motorie e cognitive;
- il "progetto AUSILIA" composto da un appartamento e un laboratorio domotizzati in cui è possibile sperimentare diverse soluzioni di spazi, arredi, ausili e tecnologie ed elaborare dei Progetti Tecnologici Individualizzati per aumentare l'autonomia e la sicurezza domestica e/o ridurre l'impegno assistenziale.

Nel 2017 sono stati affrontati attraverso tecnologie i bisogni di **474** persone con disabilità di cui:

- 166** ricoverati presso Villa Rosa Ospedale Riabilitativo
- 221** in contesto ambulatoriale
- 87** ospiti di RSA in modalità di tele consulenza in circa 100 sessioni

Complessivamente sono state erogate **862** prestazioni. Sono stati prescritti **985** ausili di cui **141** attingendo a percorsi di riutilizzo e sanificazione di ausili già di proprietà dell'azienda.

Il Centro funge da punto di riferimento per le tecnologie per pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica; nel 2017 sono stati prescritti **70** ausili per tali pazienti.

Nel percorsi del progetto AUSILIA sono stati coinvolti **28** pazienti di cui **21** degenti presso Villa Rosa Ospedale Riabilitativo e **7** pazienti ambulatoriali.

Il Laboratorio Ausili Informatici ha preso vita a fine 2017 con percorsi rivolti a **9** pazienti.

INDICATORE: Villa Rosa – volumi di attività del Laboratorio di Robotica Riabilitativa

Il Laboratorio di Robotica Riabilitativa è attivo da fine 2013 presso Villa Rosa ospedale riabilitativo. Si avvale di alte tecnologie per la riabilitazione di pazienti con disabilità senso motorie e cognitive.

Nel 2017 sono stati seguiti **148** pazienti per lo più degenti presso la struttura, per un totale di **2605** sessioni di trattamento così ripartite:

- "Lokomat" tecnologia robotica per la riabilitazione del cammino: **630** sessioni;
- "Armeo spring" tecnologia esoscheletrica di allevio di carico per la riabilitazione dell'arto superiore: **747** sessioni;
- "Gloreha" tecnologia robotica per la rieducazione della mano;
- "Gait trainer" tapis roulant con allevio di carico controllato per la rieducazione del cammino: **582** sessioni;
- "Erigo" per la verticalizzazione precoce di pazienti con gravi disabilità motorie: **109** sessioni;
- "Wii rehab" piattaforma senso rizzata per exergames per l'equilibrio: **80** sessioni.

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.

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.

La Residenzialità "Leggera"

Con il termine "residenzialità" si intendono strutture di varia tipologia e organizzazione che offrono opportunità abitative a utenti che non sono in grado di vivere in autonomia, o nelle proprie famiglie di origine o acquisite, sia in relazione a fasi di particolare criticità, sia a fronte di fasi di "cronicizzazione" della malattia.

A oggi si usa parlare di 2 principali tipologie di "residenzialità".

Residenzialità "pesante" con operatori presenti h/24 suddivise in:

- *strutture intensive* vocate ad ospitare situazioni con prevalente bisogno di contenimento della criticità/acuzie;
- *strutture estensive* vocate ad ospitare situazioni con prevalente bisogno riabilitativo;
- *strutture socio riabilitative* vocate ad ospitare situazioni con prevalente bisogno riabilitativo ed educativo.

Residenzialità "leggera", con minore presenza oraria degli operatori e maggiore autonomia degli ospiti, destinate ad accogliere utenti provenienti dalle strutture residenziali 'pesanti' oppure ad accesso diretto. A loro volta tali residenze si distinguono in:

- *appartamenti e canoniche a bassa protezione*;
- *convivenze tra utenti*;
- *accoglienza adulti*.

Nel corso degli ultimi anni vi è stato un chiaro trend in aumento dei posti della residenzialità 'leggera' a dimostrazione dell'efficacia che la caratterizza e dell'importanza e del buon livello organizzativo che si è creato nell'ambito delle Unità Operative di Psichiatria, anche per merito di uno specifico gruppo di lavoro dedicato.

Parallelamente si è registrato un calo di circa il 25% negli ultimi 3 anni dei posti letto nelle strutture residenziali 'pesanti' a tipologia estensiva, passati da circa 45 a circa 35 su base provinciale. Dato evidentemente importante, atteso ma non scontato, e che ha comportato un risparmio su base annua superiore al milione di euro.

INDICATORE: andamento della residenzialità leggera nel biennio 2016-2017

Appartamenti a bassa protezione

Decisamente eterogenei in tema di ente gestore, di contributo economico dell'utente, di presenza dell'operatore, sono l'esperienza più rappresentata, presente in tutte le Unità Operative, in quanto partita di gran lunga per prima. Sta progressivamente uniformandosi grazie alla rete maturata nel Gruppo di lavoro dedicato e che si qualificherà sempre più per 'l'alleggerirsi' di quelle caratteristiche che, in parte dei casi, ne limitavano la coerenza con gli assunti della residenzialità 'leggera' (riduzione della presenza degli operatori, maggiore autonomia degli ospiti e loro maggior coinvolgimento nella gestione, anche sotto il profilo economico, maggiore integrazione nella comunità di riferimento)

Considerato che questa offerta è storicamente la più consolidata, è prevedibile che in prospettiva un certo numero di utenti che oggi vivono in appartamenti a bassa protezione 'transiteranno' in convivenze, in accoglienze o in altri percorsi al momento in fase ancora di sperimentazione iniziale.

Sul medio periodo il dato atteso potrà scendere a 150 posti letto.

Convivenze tra utenti

Nasce alcuni anni fa in via sperimentale in un limitato numero di realtà a partire dall'assunto che utenti, anche portatori di disagi importanti, possono trovare risposte ai loro bisogni in libere convivenze in appartamenti di edilizia abitativa agevolata o reperite sul libero mercato e intestati a loro stessi. In questo modo gli utenti si sentono "padroni di casa" e più autonomi. Nelle situazioni di utenti che non hanno diritto ad assegnazione Itea o non sono ancora in grado di sostenere la "responsabilità" di una casa è possibile la convivenza in casa di associazioni o cooperative sociali che si sono rese disponibili sul territorio provinciale. Diventa costitutiva dell'esperienza la messa a disposizione e la valorizzazione delle risorse di ciascuno di loro con importanti ricadute sulla qualità della convivenza e perciò della vita e sullo sviluppo di competenze relazionali e sociali, basilari per rendere il percorso di cura il più possibile *recovery - oriented*. Il supporto dei professionisti del servizio si colloca in questo contesto attraverso presenze solitamente non programmate e temporalmente limitate (2-4 ore settimana) fatto salvi eventuali momenti di criticità.

I costi sono a carico dell'utente e la durata della convivenza è correlata al suo funzionamento e alla libera scelta dei diretti interessati.

Il dato atteso è stimabile in una progressiva crescita nel medio periodo valutabile in 150 posti letto.

Accoglienza adulti: progetto "Amici per casa" e progetto "Cohousing per pazienti psichiatrici".

Il progetto "Amici per casa" nasce nel 2012 da una sperimentazione tra il Comune di Trento e il Servizio di salute mentale di Trento. Si sostanzia nell'attivare convivenze in appartamenti di edilizia agevolata, di associazioni disponibili o reperiti sul libero mercato dove sono presenti utenti di solito con disagi importanti e richiedenti asilo o altri cittadini segnalati dai servizi sociali che svolgono una funzione di accoglienza e di accompagnamento non professionale, centrato sulla vicinanza emotiva e affettiva.

I candidati a diventare "famiglia accogliente" sono chiamati a frequentare un corso informativo e di sensibilizzazione della durata di 60 ore d'aula e di 2 mesi di tirocinio nei Servizi. Agli accoglienti viene fornito un accompagnamento regolare e costante da parte degli operatori del Servizio, con particolare attenzione nelle fasi iniziali della convivenza e in eventuali situazioni di criticità. Il gradimento espresso dagli utenti è decisamente alto a fronte del clima di affettività e di amicalità che caratterizza questa tipologia di accoglienza. Altrettanto elevato è il gradimento da parte degli accoglienti che, svolgendo questa particolare attività, trovano un riconoscimento e una integrazione sociale che ha rari riscontri nel loro non facile mondo.

L'utente è chiamato a coprire i costi che lo riguardano (vitto e alloggio). Gli accoglienti ricevono un corrispettivo mensile che si rifà alle rette di affidamento per minori e che si colloca in un range tra i 250 e i 750 Euro, a seconda dell'impegno che viene loro richiesto.

Visti i risultati molto positivi il progetto si sta diffondendo in tutta la Provincia tramite il progetto "Cohousing per pazienti psichiatrici" e si è reso visibile in molte regioni italiane.

Il dato atteso risente delle variabili legate ai flussi migratori. Allo stato lo standard è stimabile in netta crescita valutabile nel medio periodo in 150-200 pl e in 200-250 pl nel lungo periodo.

Tabella 29: Dati relativi alle tre tipologie di residenzialità "leggera" nel biennio 2016-2017

2016		2017	
Appartamenti a bassa protezione e Canoniche		Appartamenti a bassa protezione e Canoniche	
Posti letto in appartamenti	197	Posti letto in appartamenti	205
Ospiti in appartamenti	140	Ospiti in appartamenti	155
Posti letto in Canoniche	19	Posti letto in Canoniche	19
Ospiti in Canoniche	14	Ospiti in Canoniche	17
Totale posti letto	216	Totale posti letto	224
Totale ospiti	154	Totale ospiti	172
Convivenze tra utenti		Convivenze tra utenti	
Utenti conviventi in casa ITEA o in case private	78	Utenti conviventi in casa ITEA o in case private	68
Accoglienza adulti		Accoglienza adulti	
Accolti	68	Accolti	97
Accoglienti	67	Accoglienti	120
Totale	135	Totale	217

Fonte dati: raccolta interna per singola Unità Operativa.

Appare molto chiaro, anche dai dati esposti, come a fronte di un bisogno fondamentale, quale quello dell'abitare, per gli utenti con situazioni di disagio particolarmente impegnativo, negli ultimi anni lo scenario è radicalmente mutato.

Si sono ridotti progressivamente i posti letto in strutture h24, costose e non sempre efficaci nelle risposte che offrono, e sono 'esplose' le offerte abitative della cosiddetta 'residenzialità leggera' che è caratterizzata da soluzioni che comportano un importante miglioramento della qualità della vita degli utenti a più alto carico in contesti *recovery oriented* ed a costi decisamente contenuti.

Gli Inserimenti Lavorativi

Come l'abitare, il lavoro riveste un ruolo di importanza fondamentale nei percorsi di cura di quegli utenti che vivono in condizioni di particolare difficoltà/criticità psicopatologica, personale, familiare e sociale.

Da qui l'impegno crescente di costruire e offrire percorsi di (re)inserimento lavorativo a quegli utenti che hanno lavorato in passato, ma che poi sono stati 'espulsi' dal mondo del lavoro in ragione del loro disagio psichico o per fattori legati più in generale alle difficoltà contingenti del mercato, o che non sono mai entrati, per questioni di età o di particolari difficoltà, nel mondo del lavoro.

INDICATORE: andamento degli inserimenti lavorativi nel biennio 2016-2017

Vi sono alcune variabili su cui riflettere e impegnarsi:

- estendere in maniera omogenea a tutto il territorio provinciale offerte che negli anni passati hanno privilegiato alcune realtà rispetto ad altre;
- mettere in rete il più possibile le varie opportunità coinvolgendo naturalmente gli enti provinciali deputati, a partire dall'Agenzia del Lavoro, in stretta sinergia con i nostri servizi e il variegato mondo del privato sociale da tempo impegnato nell'ambito dell'inserimento lavorativo;
- individuare all'interno dei nostri servizi operatori dedicati all'area lavoro, per garantire percorsi reali, seguiti e monitorati.

Dalla tabella seguente n.30, che riporta i dati delle varie tipologie di inserimenti lavorativi, si possono cogliere alcune difformità riferibili alle 5 Unità Operative, ognuna delle quali trova spiegazioni diverse.

Vista l'importanza che si attribuisce alla partita dell'inserimento lavorativo, sicuramente sarà opportuno investire nel 2019, attraverso un gruppo di lavoro dedicato ed una lettura approfondita delle varie realtà presenti nelle 5 Unità Operative, producendo un progetto coerente a quanto sin qui richiamato, a partire da quei principi di omogeneità e di equità di offerta che sono fondanti la natura dell'Area.

Tabella 30: Dati relativi alle tipologie di inserimenti lavorativi nel biennio 2016-2017

ANNO 2016/2017	INSERIMENTI LAVORATIVI											
	OVEST		CENTRO NORD		EST		CENTRO SUD VALLAGARINA – ALTIPIANI CIMBRI		CENTRO SUD ALTO GARDA E LEDRO – GIUDICARIE E RENDENA		TOTALI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
INSERIMENTI IN COOPERATIVE SOCIALI TIPO A*	23	37	40	42	18	18	42	41	33	26	156	164
INSERIMENTI IN COOPERATIVE SOCIALI TIPO B*	0	2	44	22	15	15	1	1	18	4	78	44
LABORATORI OCCUPAZIONALI (ex Borse Lavoro)*	0	0	112	89	4	4	4	29	8	13	128	135
TIROCINI FORMATIVI*	7	5	11	2	0	3	0	13	3	8	21	31
CLAUSOLA SOCIALE*	0	0	4	4	0	0	3	2	0	0	7	6
INTERVENTO 18*	3	7	0	20	0	2	0	0	0	18	3	47
INTERVENTO 19*	58	60	15	15	52	52	38	31	46	44	209	202
INTERVENTO 20*	3	2	1	1	1	1	2	0	0	0	7	4
PROGETTONE*	3	1	2	2	2	2	Dato non disponibile	0	1	2	8	7
LEGGE 68/99**	4	6	4	54	1	1	Dato non disponibile	0	5	6	14	67
EX ARTICOLO 14**,	1	2	3	4	0	0	1	0	2	1	7	7
Progetto OccupAzione***,***	Non previsto	0	Non previsto	4	Non previsto	0	Non previsto	0	Non previsto	0	0	4
TOTALE	102	122	236	259	93	98	91	117	116	122	638	718

Fonte dati: raccolta interna per singola Unità Operativa.

* I dati riportati si riferiscono agli utenti che nel corso del 2017 hanno usufruito per periodi variabili di inserimenti nelle tipologie riportate, a prescindere che siano al loro primo inserimento o proseguano inserimenti riferiti ad anni precedenti.

** I dati riportati si riferiscono a utenti che hanno iniziato a usufruire della Legge 68/99 e/o dell'articolo 14 nel 2017

** Le aziende in obbligo con la Legge 68/99 di affidano ad una Cooperativa di tipo B per l'assunzione di personale ai sensi della suddetta legge.

*** Progetto OccupAzione: nuova opportunità finanziata dall'Agenzia del lavoro per persone iscritte alla Legge 68/99

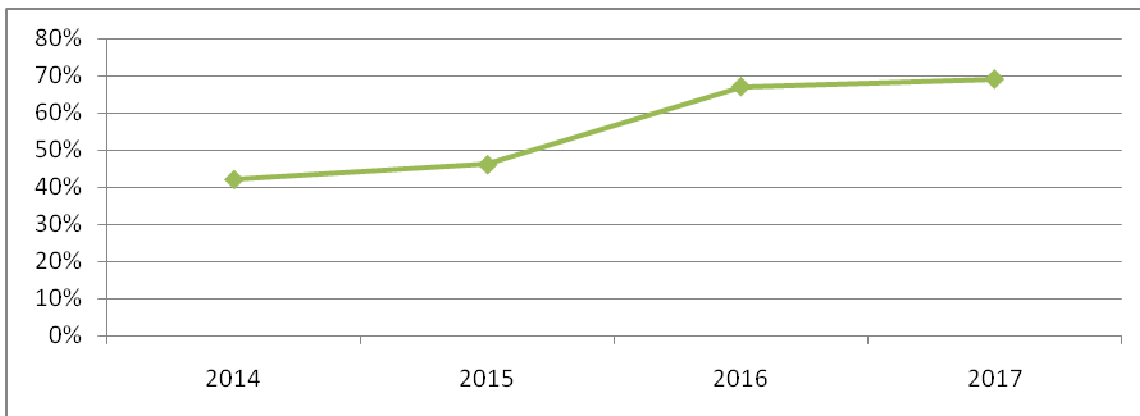
Neuropsichiatria infantile

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 corrisponde ad un minor spreco di risorse. Negli anni 2014-2017 la percentuale di appropriatezza degli invii (diagnosi confermata) è passata dal 42% al 69%.

Figura 30: percentuale di invii appropriati - anni 2014-2017

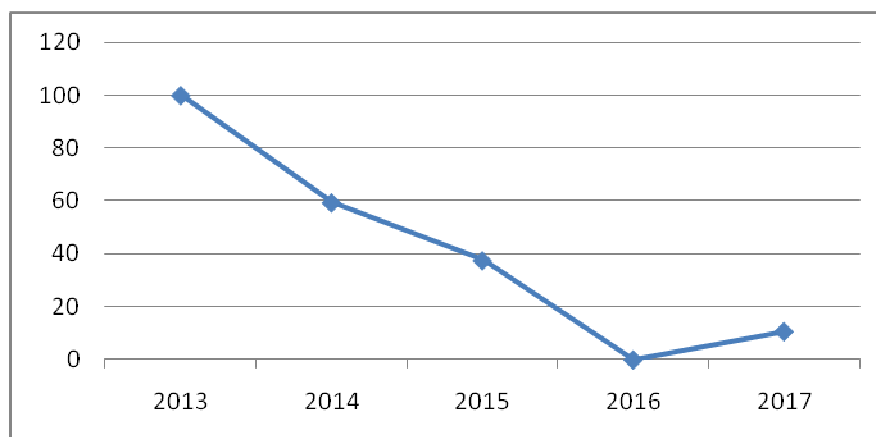


INDICATORE: Percentuale degli invii dal Gruppo Provinciale di II livello per le gravi disabilità motorie a centri di III livello extraprovinciali

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 maggiori 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 sono ridotti dal 100% al 10%.

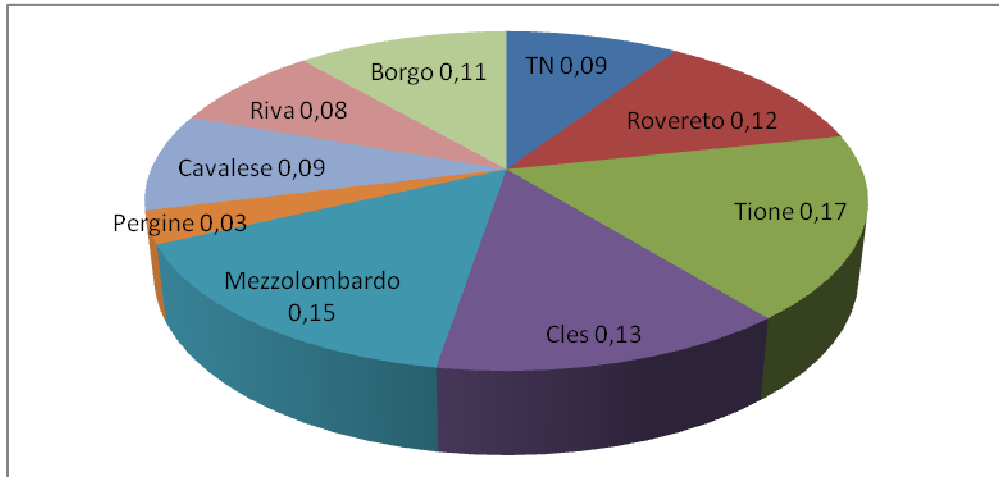
Figura 31: percentuale di casi inviati fuori provincia dal gruppo di II livello



INDICATORE: accessibilità al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili

Per quanto riguarda 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 2014-2017.

Figura 32: ripartizione geografica degli accessi al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili



STANDARD ATTESO: la prevalenza delle PCI (paralisi cerebrale infantile) è di circa lo 0,2%. Di queste solo una piccola parte necessita di valutazioni di II livello. Il tasso di bambini valutati dal gruppo di II livello, in quattro anni, è stato di circa l'1 per mille della popolazione 0-18 anni residente in Trentino con distribuzione geografica che varia dallo 0,03 dell'alta Valsugana e Primiero allo 0,17 delle Giudicarie.

SERVIZIO DIPENDENZE ED ALCOLOGIA

Il mandato del Servizio Dipendenze ed Alcolologia 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 Alcolologia 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 Alcolologia), denominati Centri Alcolologia, 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. Pur condividendo l'ottica indicata anche dal Piano per la Salute del Trentino 2015 – 2025 che si ispira all'approccio integrato con al centro la persona, la famiglia e la comunità e che vede nel lavoro di rete con le altre risorse istituzionali ma anche con tutto il vasto mondo del volontariato, il Servizio Dipendenze ed Alcolologia, nelle sue diverse articolazioni, mantiene alcune caratteristiche che lo distinguono, per cui verranno di seguito descritti alcuni specifici indicatori.

Funzione dipendenze

Possono accedere al Servizio tutte le persone residenti o con l'autorizzazione del Ser.D. di residenza che si rivolgono al Servizio con una domanda di aiuto ed i soggetti senza fissa dimora (SFD) che hanno avuto l'ultima residenza in Trentino.

Il Servizio garantisce le seguenti attività:

Accoglienza con tempi di attesa di tre giorni al massimo per gli interventi in 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 o meno con APSS.

INDICATORE: Utenti in carico

Nel corso del 2017 gli utenti che hanno avuto un contatto con i Servizio Dipendenze sono stati 2019. Il 24% sono utenti definiti "incidenti", ossia si tratta di soggetti che si sono rivolti al Ser.D per la prima volta. I soggetti segnalati dal Commissariato del Governo, i cosiddetti utenti per "segnalazione Noa" risultano il 10% sul totale utenza e il 34% di tutti gli utenti incidenti, seguiti dai pazienti per cui è stata aperta la cartella anche se non sono di fatto in carico (3%), si trovano poi pazienti "in carico" (57%), soggetti "a rischio" (7%), pazienti seguiti per "nuove dipendenze" (6%) ed infine le altre categorie, che contano meno del 5%. È possibile dunque notare come, complessivamente, fra gli utenti incidenti prevalgano categorie "transitorie", tipiche di soggetti che – pur essendo noti al Servizio – si trovano ancora in una condizione di "incertezza" (perché non si presentano – come i cosiddetti "segnalazione Noa", o perché manca una continuità nella richiesta del trattamento – come per i pazienti per cui viene aperta una cartella ma non si concretizza successivamente una presa in carico).

Tabella 31: soggetti incidenti 2017

STATUS CARTELLA	N Soggetti	Prevalenza perc	Incidenza perc
APERTA PER SEG. NOA	162	8%	34%
IN CARICO	79	4%	16%
APERTA MA PAZIENTE NON IN CARICO	61	3%	13%
APERTA PER SOGG. A RISCHIO	52	3%	11%
NUOVE DIPENDENZE	39	2%	8%
IN CARICO TEMPORANEO (non residenti)	38	2%	8%
IN APPOGGIO	31	2%	6%
CERT. ASS. TOX	15	1%	3%
APERTA PER FAMIGLIE	2	0%	0%
TOTALE	479	24%	100%

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 (al momento attuale la presa in carico familiare non comporta sempre l'apertura di una cartella per il soggetto problematico anche se presente).

Gli utenti già noti al Servizio Dipendenze ed Alcolologia (funzione dipendenze) sono rappresentati nella maggioranza dei casi da soggetti che hanno intrapreso un percorso specifico, portando una richiesta di aiuto e iniziando un progetto terapeutico con un obiettivo esplicito e condiviso.

Tabella 32

STATUS CARTELLA	N Soggetti	Prevalenza perc
IN CARICO	1156	57%
APERTA PER SEG. NOA	210	10%
APERTA MA PAZIENTE NON IN CARICO	158	8%
APERTA PER SOGG. A RISCHIO	139	7%
NUOVE DIPENDENZE	113	6%
IN CARICO TEMPORANEO (non residenti)	102	5%
IN APPOGGIO	88	4%
CERT. ASS. TOX	23	1%
APERTA PER GENITORI	16	1%
APERTA PER FAMIGLIE	14	1%
TOTALE	2019	100%

Oltre l'85% dell'utenza ha cittadinanza italiana ed i gruppi stranieri numericamente più significativi sono rappresentati da soggetti provenienti dal Nord Africa (Tunisia: 3,3% e Marocco: 2,9% del totale). Per quanto riguarda il luogo di residenza, come prevedibile, si riscontra una netta prevalenza di soggetti residenti in Provincia di Trento (88,5%), cui si aggiungono persone residenti nella vicina Provincia di Bolzano (1,0%); gli altri soggetti provengono da altre province italiane (5,5%), all'estero (1,7%) e, per alcuni (3,4%), non è noto il luogo di residenza.

Quasi tre quarti dell'utenza nel 2017 risulta celibe o nubile, il 14,7% dei soggetti è sposato e poco più del 10% separato o divorziato. Circa un quarto degli utenti ha figli, prevalentemente minorenni.

Prendendo in esame il livello di istruzione, è possibile notare come oltre la metà dell'utenza (58,5%) sia in possesso di un titolo di licenza media inferiore, mentre poco meno di un terzo è rappresentato da persone in possesso di una qualifica professionale (13,6%) o di un diploma di maturità (16,3%). Numericamente poco consistenti risultano invece i due gruppi "estremi", ossia quello di coloro che non hanno conseguito alcun titolo o hanno conseguito solamente quello elementare (rispettivamente 0,9% e 4,8%) e soprattutto quello di coloro i quali hanno raggiunto un livello di istruzione universitario o parauniversitario (2,8%).

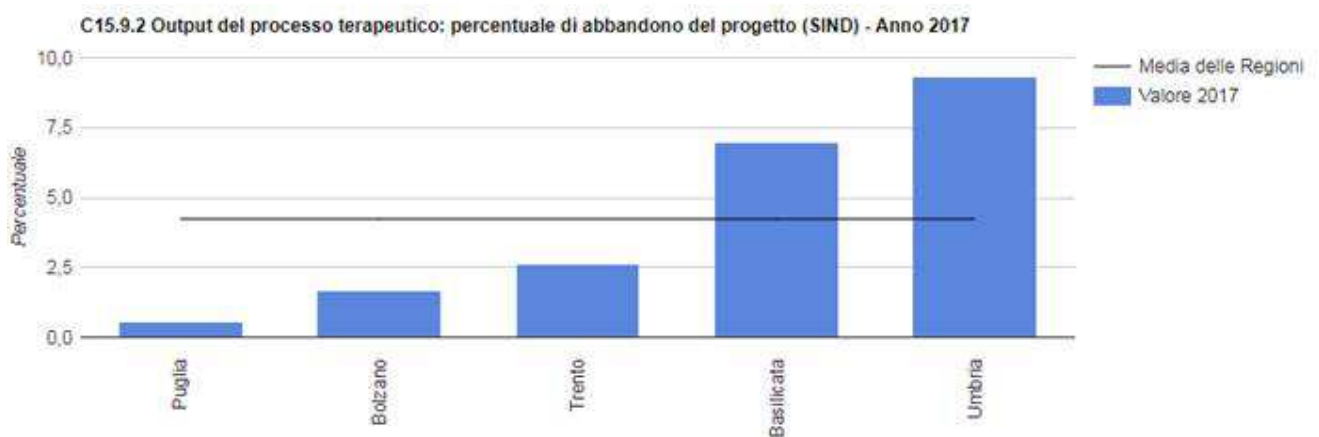
Per quanto riguarda invece la situazione lavorativa ed i mezzi di sostentamento, si rileva un gruppo numericamente significativo di persone che non sono occupate (i disoccupati sono il 30,9%, i soggetti economicamente inattivi l'8,8%), al quale si aggiungono i soggetti sottoccupati (11,6%); il 40,4% dell'utenza è tuttavia composto da persone occupate stabilmente. Considerando la variabile di genere in relazione al livello di istruzione e alla situazione lavorativa, si può cogliere come le donne siano lievemente più istruite degli uomini, tuttavia gli uomini risultano occupati stabilmente in misura maggiore rispetto alle donne (uomini occupati stabilmente: 42,0%; donne occupate stabilmente: 32,4%).

Infine, considerando per quale tipologia di sostanza o comportamento gli utenti sono seguiti, si rileva come oltre tre quarti (76,2%) di questi abbia un problema di dipendenza da eroina, cui seguono gli assuntori di cannabinoidi (9,5%), i giocatori patologici (8,8%) e i pazienti che manifestano una problematica rispetto alla cocaina (3,9%).

INDICATORE: percentuale di abbandoni del progetto terapeutico

Questo indicatore è l'unico proposto dal network S.Anna di Pisa relativamente alle attività del SerD e prende in esame la percentuale di abbandoni al progetto terapeutico (41 soggetti) sul numero di contatti con almeno una prestazione nell'arco dell'anno (1551). La proporzione per la provincia di Trento è del 2,64%.

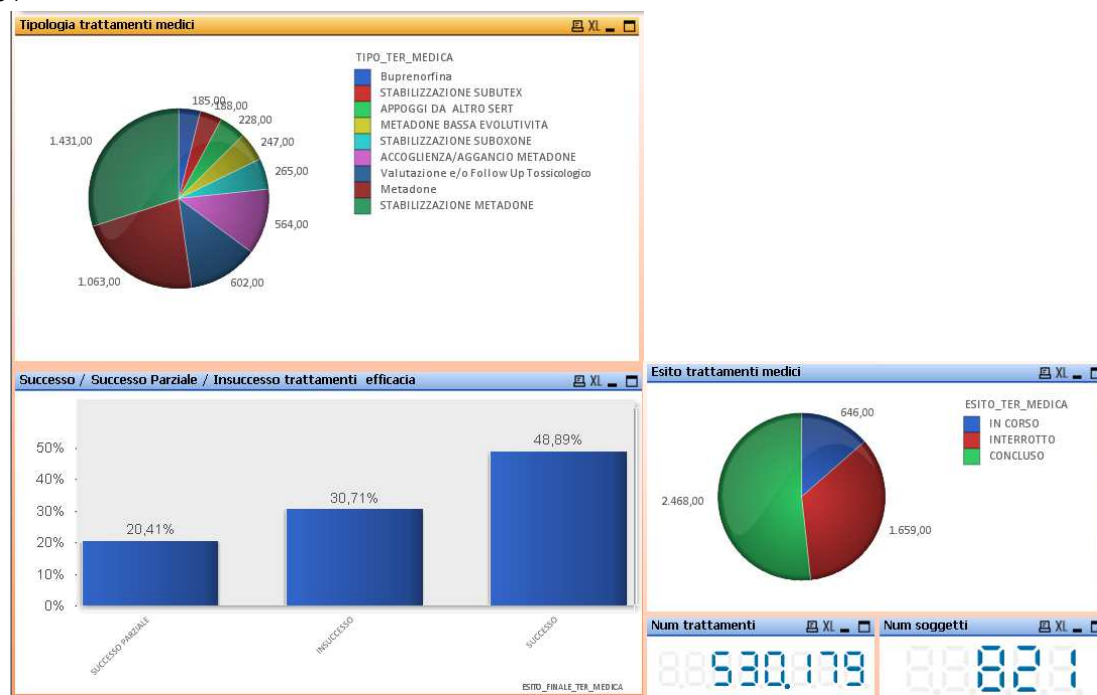
Figura 33



Efficacia delle Terapie farmacologiche

Per quanto riguarda l'outcome dei trattamenti medici (821 nel 2017) i principali programmi terapeutici mostrano un tasso di successo vicino al 49%, di successo parziale del 20% e di insuccesso del 30%. Il farmaco più utilizzato è il metadone e la tipologia di trattamento, che prevede, nella maggioranza dei casi, una stabilizzazione del sintomo tossico manico.

Figura 34



Soggetti minori

Per quanto riguarda i soggetti minori assistiamo ad un leggero incremento dei soggetti a rischio (ivi compresi i soggetti inviati ex art 75 legge 309/90). Le sostanze più usate sono i cannabinoidi e l'età di esordio più comune è verso i 16 anni. Si segnala che il genere femminile è il meno rappresentato e si stabilizza al 18-20% su tutti gli anni.

Tabella 33

Soggetti minori Incidenti	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	anno 2017
APERTA PER SEG. NOA *	9	7	23	15	42	30	27
APERTA PER SOGG. A RISCHIO	7	14	7	9	11	13	17
APERTA MA PAZIENTE NON IN CARICO	2	4	3	10	4	7	5
IN CARICO (anche TEMPORANEO)	2	5	6	3	1	0	4
Totale	20	30	39	37	58	50	53

Tabella 34: minori con sostanza e "stato cartella" dal 2011 al 2017

Soggetti minori Incidenti	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	anno 2017
APERTA PER SEG. NOA *	9	7	23	15	42	30	27
APERTA PER SOGG. A RISCHIO	7	14	7	9	11	13	17
APERTA MA PAZIENTE NON IN CARICO	2	4	3	10	4	7	5
IN CARICO (anche TEMPORANEO)	2	5	6	3	1	0	4
Cannabinoidi (P)	10	17	10	10	7	7	12
Eroina (P)	3	8	5	2	1		2
Anfetamine (S)			1	1			1
Cocaina (P)				2	1		3
13 anni						1	
14 anni	1		1	2		2	2
15 anni		1	4	3	2	2	3
16 anni	5	10	3	3	6	4	10
17 anni	6	14	8	14	7	11	23

Funzione di Alcologia (fino al 2017), centri alcolologia, antifumo e altre fragilità' (dal 2018)

I Centri Alcologia, Antifumo e Altre Fragilità del Servizio Dipendenze e Alcologia APSS sono dieci 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 Alcolologici Territoriali e i 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 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 ad 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 le altre dipendenze.

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 gruppali 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 la accessibilità alle famiglie. I Centri inviano inoltre le persone/famiglie a programmi di secondo livello che si rendessero 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.

Dati inerenti l'attività dei Servizi Alcologia 2017

INDICATORE: Utenti in carico ai Servizi di Alcologia di APSS

Tabella 35

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

I dati del 2017 sono in lieve crescita seppur in un trend in 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 vengono riscontrate un numero notevolmente inferiore agli anni passati di positività all'etilometro 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 date informazioni e stimoli al fine di non ripetere tali comportamenti. Il dato dell'adesione alla proposta formativa è leggermente diminuito ma sempre 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%.

Tabella 36: Percentuale di adesione al ciclo di incontri sul totale degli invii (anni 2014 – 2017)

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

INDICATORE: Efficacia del colloquio motivazionale

Uno degli scopi del colloquio motivazionale è quello di convincere la persona e famiglia con problemi di alcol che si rivolge ai Centri a "fare qualcosa". La frequenza al Club Alcolologico Territoriale e la partecipazione alle Scuole di Ecologia Familiare sono una parte importante del trattamento 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 materialmente l'adesione ai programmi.

Tabella 37: Percentuale di persone arrivate al Club sul totale delle persone inviate (anni 2015-2016)

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

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 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 si riscontra, rispetto all'anno precedente, un incremento dei primi colloqui – esclusi quelli inviati per guida in stato di ebbrezza – con una percentuale migliorata di arrivi al Club sul totale degli invii.

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

Fra gli obiettivi della Funzione di Alcologia 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 Alcologia 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 38: Percentuale istituti scolastici raggiunti sul totale degli istituti scolastici provinciali

	Anno Scolastico			
	2013-14	2014-15	2015-2016	2016-2017
N. istituti aderenti /totale degli istituti	75 su 184 41%	53 su 184 29%	75 su 184 41%	77 su 184 42%

Come si evince dalla tabella nella Provincia di Trento la percentuale di Istituti scolastici che hanno aderito ai progetti di prevenzione su alcol e fumo è stata nettamente superiore allo standard di riferimento previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione che è pari al 10%. Gli istituti superiori aderiscono maggiormente; minore è l'adesione degli istituti comprensivi.

INDICATORE: Ore di impegno degli operatori dei Servizi di Alcologia per Istituto scolastico

L'indicatore esprime l'impegno medio in termini di ore degli operatori del Servizio Dipendenze ed Alcologia, Funzione di Alcologia per interventi di educazione alla salute per singolo Istituto scolastico che aderisce all'intervento.

Tabella 39: Media ore per singolo istituto scolastico aderente

Tematica	Anno Scolastico			
	2013-14	2014-15	2015-2016	2016-2017
Alcol, fumo e stili di vita	24	31	27	27

Relativamente all'anno scolastico 2016-2017, la promozione del corretto stile di vita libero da alcol, fumo e sostanze ha interessato 77 Istituti scolastici e coinvolto più di 12.500 studenti e circa 400 adulti (insegnanti e\o genitori). L'impegno di ore per istituto è in media con il triennio precedente.

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 2017 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: Formazione di un gruppo di familiari finalizzata all'attivazione di gruppi di mutuo aiuto rivolti ai familiari di utenti affetti da DCA

Nella fase successiva alla partecipazione ai gruppi psicoeducazionali, molti dei partecipanti hanno sentito il bisogno di rendersi parte attiva nel sostegno ad altri familiari. Per questo si è ritenuto utile promuovere la frequenza al corso per facilitatori organizzato dall'Associazione AMA provvedendo all'attivazione di un gruppo AMA per familiari di utenti affetti da DCA.

INDICATORE: Valutazione di performance della Salute Mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l'elevata frequenza e i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente. A tal fine l'Organizzazione Mondiale per la Sanità ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale (Rapporto OsservaSalute, 2014).

C15.1a Attività territoriale

C15.12 Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti **5,92 per 1.000**

C15.13 Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti **17,49 per 1.000**

C15.14 Percentuale di prestazioni domiciliari **9,79 %**

C15.15 Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti **244,22 per 1.000**

C15.1b Attività ospedaliera

C8a.5a Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni **284,14 per 100.000**

C8a.5.1a Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni **86,89 per 100.000**

C8a.5.2a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni **51,89 per 100.000**

C8a.5.3a Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni **24,82 per 100.000**

C8a.5.4a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni **13,33 per 100.000**

C8a.5.5a Tasso di std ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni **57,68 per 100.000**

C8a.5.8a Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni **25,73 per 100.000**

C8a.5.6a Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni **23,79 per 100.000**

C8a.5b Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria per residenti maggiorenni

C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche **4,72 %**

C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche **5,72 %**

C8a.13b Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria **7,41 %**

C15.8 Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche **0,49 giorni**

C8a.6b Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni **13,82 per 100.000**

C15.1c Continuità assistenziale

C15.9.2 Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto (SIND) **2,64 %**

C15.1d Infanzia-adolescenza

C8a.7 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni **106,52 per 100.000**

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.

INDICATORE: Appropriatezza 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 inappropriatezza.

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 ■ 1,983

(25%) C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) ■ **30,148 U.P.**

(25%) C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi) ■ **38,28 %**

(25%) C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) ■ **27,218 DDD per 1000**

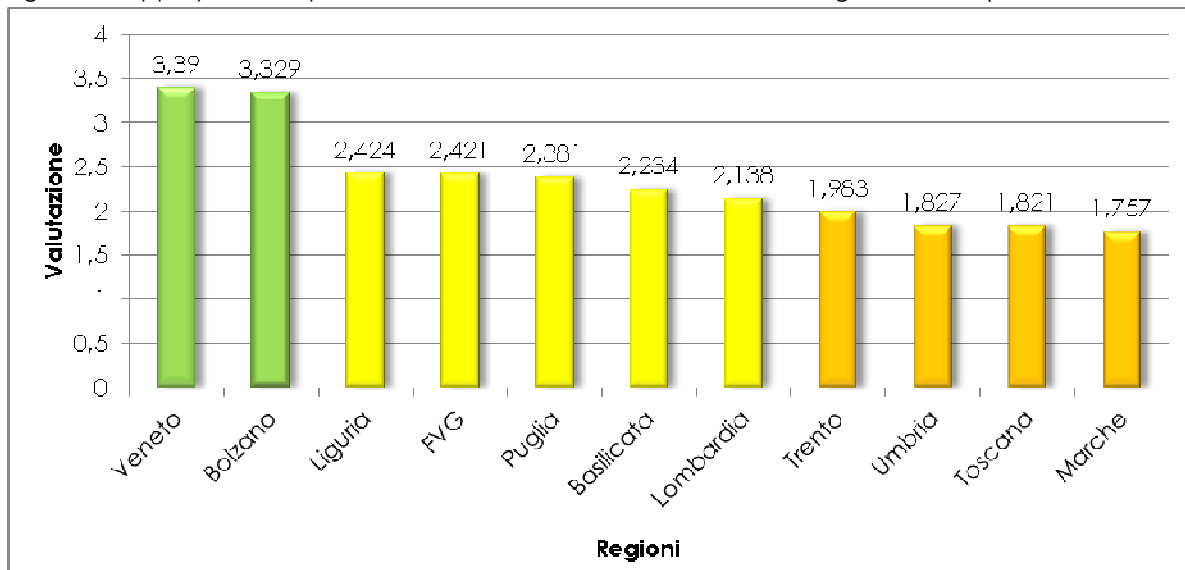
(25%) C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio ■ **15,6 DDD per 1000**

C9.17 Appropriately prescrittiva ospedaliera

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti **1,24 U.P.**

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2017 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance scarsa (1,983)

Figura 35: Appropriately prescrittiva farmaceutica: confronto tra le Regioni/PP.AA. (Network S. Anna di Pisa)



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) ■ **84,35 %**

C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) ■ **85,619 %**

C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) ■ **79,167 %**

C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizzanti) ■ **8,953 %**

C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi ■ **21,72 %**

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2017 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance buona (3,281) e in miglioramento rispetto all'anno precedente media (2,68).

Figura 36: Appropriatazza d'uso (aderenza farmaceutica): confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2017)

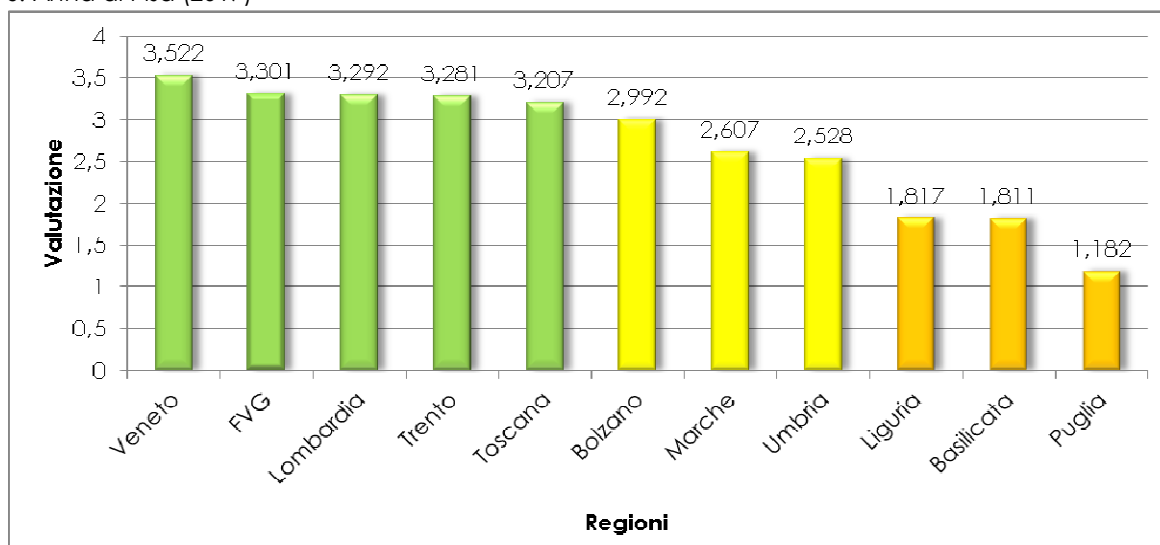
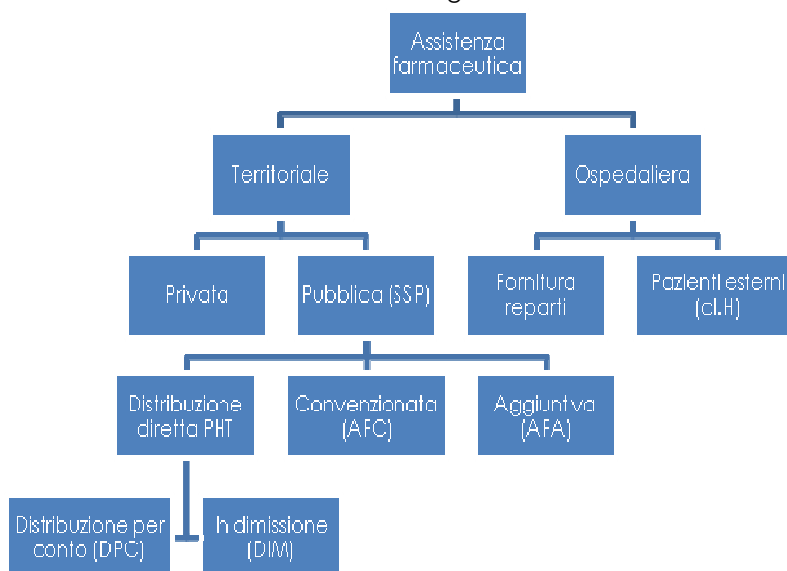


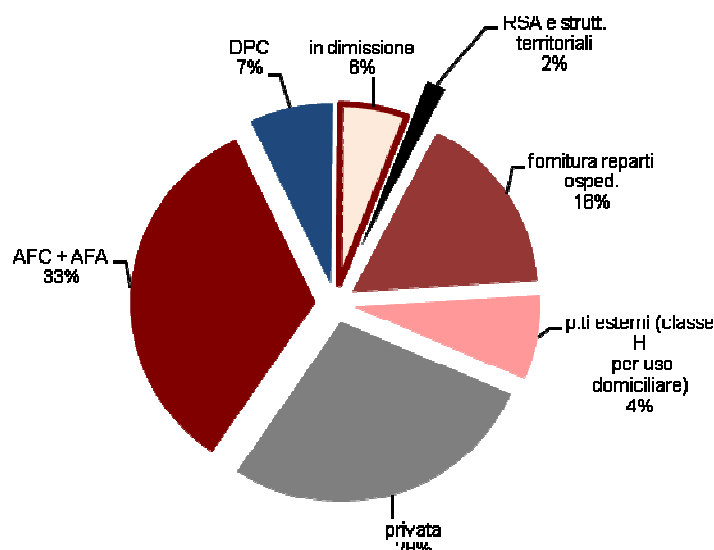
Figura 37: Schema riassuntivo delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica



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.

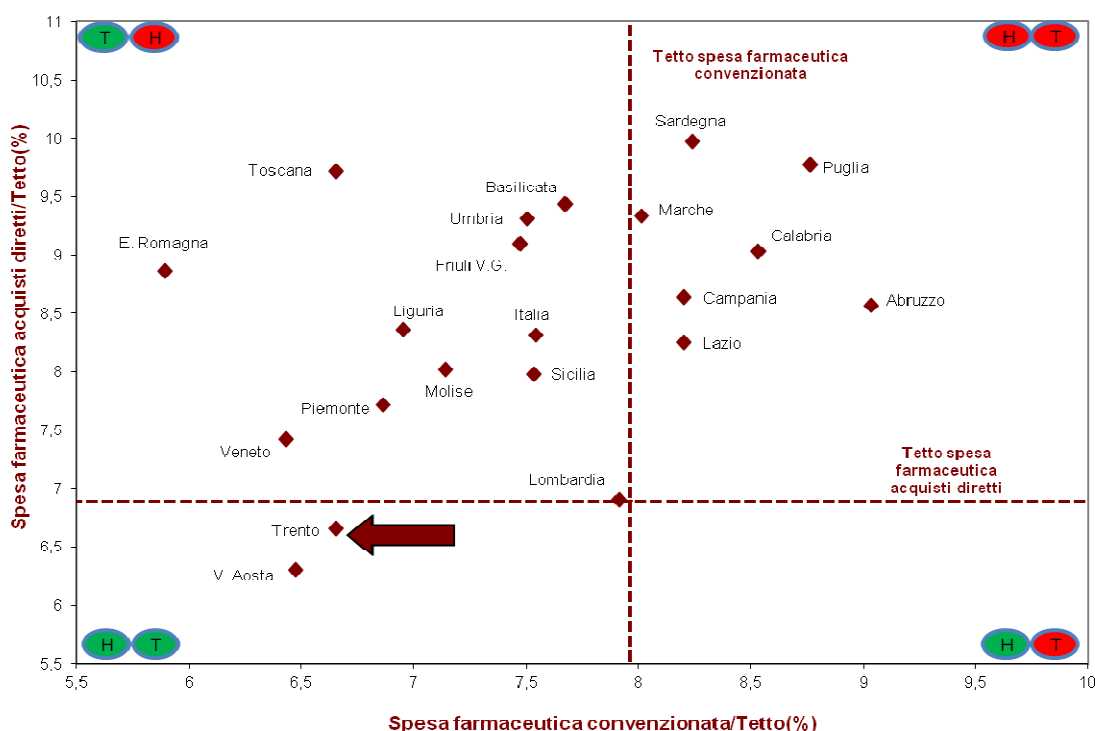
In Trentino nel 2017 la spesa farmaceutica totale ha raggiunto un valore complessivo di 191 milioni di euro e si è distribuita secondo le percentuali riportate nel grafico sottostante. La spesa pubblica ha rappresentato il 72% del totale mentre quella privata il 28%.

Figura 38: Ripartizione della spesa farmaceutica in PAT (anno 2017)



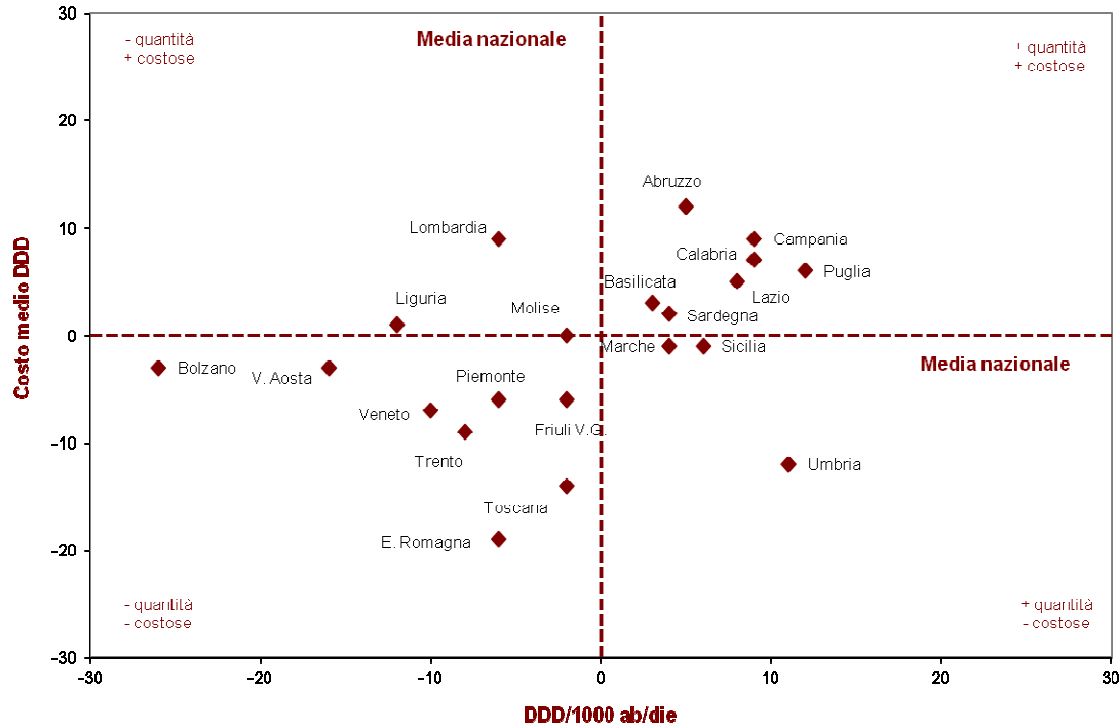
A partire dall'anno 2017, senza modificare il valore del finanziamento pari al 14,85% del Fondo sanitario nazionale, con la Legge n. 232/2016 sono stati ridefiniti i tetti della spesa farmaceutica. In base a tale provvedimento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera comprende anche la spesa per 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"), E' determinato nella misura del 6,89% e denominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", mentre il tetto della spesa farmaceutica territoriale è determinato nella misura del 7,96% e denominato "tetto della spesa farmaceutica convenzionata". Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati e come è facilmente rilevabile la Provincia di Trento, insieme alla Val d' Aosta, ha rispettato entrambi i tetti di spesa assegnati.

Figura 39: Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati



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 40: Rapporto tra consumo di farmaci e spesa

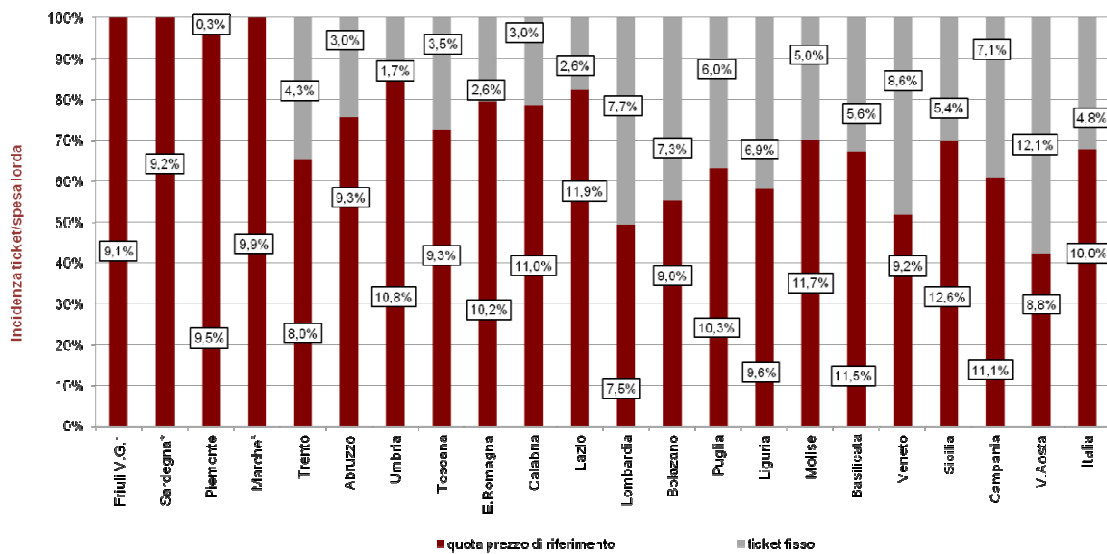


INDICATORE: Compartecipazione alla spesa farmaceutica

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 tipo epatite C, 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 12,3%, è risultata seconda tra le regioni che hanno adottato quote aggiuntive e di poco più alta rispetto alle regioni (con asterisco) che non le hanno deliberate.

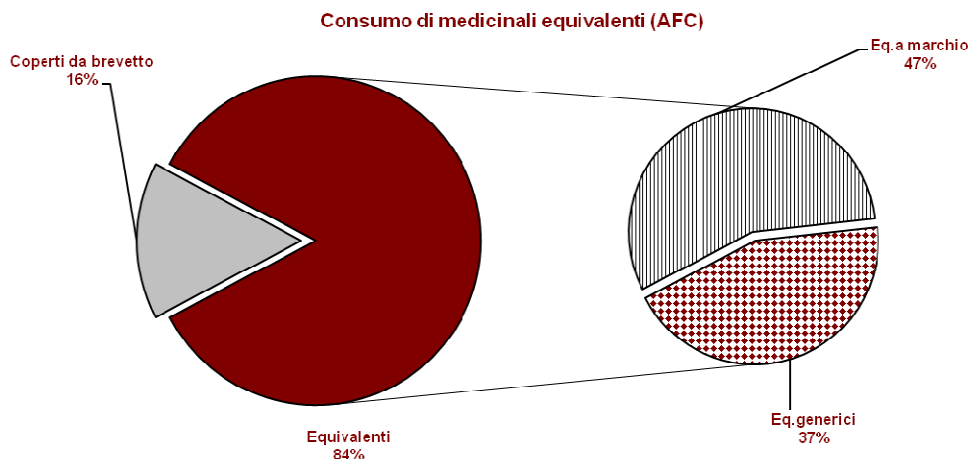
Figura 41: Incidenza % della compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica

Non è da escludere che un notevole contributo al raggiungimento di tale risultato sia da attribuire a quel



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 37% 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 42: Consumo di farmaci equivalenti



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 è possibile, salvo pochi casi ad accessibilità diretta, 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 e con il Piano nazionale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, tuttora cogente.

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 delle liste 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.

Oggetto della rilevazione dei tempi di attesa sono le 42 prime visite e prime prestazioni diagnostico-terapeutiche (pertanto non le visite e le prestazioni di controllo), il cui monitoraggio è anche previsto dal Piano nazionale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.

Nell'anno 2017 le prestazioni complessivamente prenotate tramite il CUP sono riportate nella tabella seguente.

Tabella 40: numero di prenotazioni CUP (anni 2014-2015-2016-2017)

Anno	Regime istituzionale	Libera professione	Totale
2014	1.098.569	112.397	1.210.966
2015	1.104.078	128.293	1.232.371
2016	1.121.890	140.342	1.262.232
2017	1.159.906	144.939	1.304.845

La rete provinciale di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali comprende strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (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 24 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.

Dalla tabella seguente, che considera solamente le prenotazioni degli utenti che accettano il primo posto libero offerto al momento del contatto col CUP, si evidenziano tempi di attesa in linea con gli obiettivi provinciali. I tempi di attesa per le richieste con codice RAO A, B e C (rispettivamente entro 3, 10 e 30 giorni) espressi al 90° percentile risultano, nell'intero anno, complessivamente garantiti.

Tabella 41: numero di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO anno 2017 (prenotazioni su primo posto libero)

Priorità RAO	n° prenotazioni	tempo di attesa mediano (gg)	tempo di attesa al 90° percentile (gg)
A	12.150	1	3
B	61.493	5	9
C	63.643	14	28
E + NPR	706.924	13	42
totale	844.210		

RETE CLINICA ODONTOIATRICA

La rete clinica odontoiatrica garantisce i livelli essenziali ed aggiuntivi dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento, in applicazione delle direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della legge provinciale 22/2007.

Di seguito sono riportati i principali risultati raggiunti nell'anno 2017 sia nell'ambito della prevenzione, che in quello della diagnosi e cura, con particolare riguardo a quella prestata nei confronti dei minori e delle persone con disabilità e con patologia cronica.

INDICATORE: Proporzione bambini sottoposti a screening odontoiatrico

Lo screening odontoiatrico è un intervento di prevenzione previsto dalla LP 22/2007, finalizzato alla valutazione dello stato di salute orale dei bambini della 2a classe elementare e del loro eventuale invio al secondo livello per sigillature e cure.

Tabella 42: numero di bambini visitati rispetto al n. degli invitati allo screening (anno scolastico 2015–2016 - 2016–2017)

Invitati		Visitati		% sugli invitati	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
5.430	5.473	1.598	1.778	29,4	32,5

Tabella 43: Soggetti avviati a prestazioni di igiene dentale e a cure odontoiatriche rispetto ai soggetti visitati (anno scolastico 2015–2016 - 2014–2015)

Visitati		Prestazioni igienista dentale		Cure odontoiatriche	
2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
1.598	1.778	989 (62%)	1.045 (59%)	489 (31%)	694 (39%)

Fonte dati: Dipartimento di Prevenzione - Coordinamento screening e Servizio Epidemiologia clinica e valutativa

INDICATORE: Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica

La legge n. 22/2007 prevede l'accesso all'assistenza indiretta presso ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati nel caso in cui non sia rispettato il tempo d'attesa massimo per la presa in carico negli ambulatori pubblici e convenzionati, fissato al 45° giorno dalla prenotazione a CUP della prestazione.

Il tempo di attesa per l'accesso alla prima visita nelle strutture pubbliche e negli ambulatori privati convenzionati è stato inferiore a 45 giorni in ambito provinciale (tab. 44).

Tabella 44: Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica anno 2017

Prima visita odontoiatrica	Tempo max obiettivo	Attesa media (gg.)	Attesa mediana (gg.)	90° percentile (gg.)
	45	23	22	41

Il 90% dei pazienti ha atteso fino ad un massimo di 54 giorni nel caso in cui abbia accettato un'attesa maggiore pur di accedere ad una specifica sede di erogazione (tab. 3b)

Tab. 45: Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica liberamente accettato dai richiedenti anno 2017

Prima visita odontoiatrica	Tempo max obiettivo	Attesa media (gg.)	Attesa mediana (gg.)	90° percentile (gg.)
	45	29	26	54

INDICATORE: Proporzione di prestazioni odontoiatriche erogate dagli ambulatori pubblici a favore di minori

Le direttive provinciali orientano l'attività delle strutture odontoiatriche aziendali all'età evolutiva.

Tabella 46: Percentuale di prestazioni odontoiatriche erogate in APSS per fascia di età (anni 2015 – 2016-2017)

Età	% sul totale prestazioni		
	2017	2016	2015
0 - 17	51,71	49,53	51,58
18 - 64	40,96	42,67	41,64
65 - 99	7,33	7,80	6,78
totale	100	100	100

Fonte dati: Ippocrate cassa

APSS si è data come standard di riferimento il soddisfacimento delle richieste di prestazioni odontoiatriche a favore dei minori > 50%.

INDICATORE: Proporzione di prestazioni odontoiatriche erogate dagli ambulatori pubblici a favore di soggetti con disabilità/patologia

Le direttive provinciali prevedono che APSS garantisca l'assistenza odontoiatrica a soggetti con disabilità psichica o fisica e a soggetti affetti da patologie generali gravi e da patologie specifiche. L'attività è erogata dall'equipe dell'U.O. Odontostomatologia di Borgo nelle diverse sedi aziendali.

Tabella 47: Percentuale di prestazioni odontoiatriche erogate da U.O. Odontostomatologia di Borgo a favore soggetti con disabilità/patologia (anni 2014 – 2015 – 2016)

Anno	% su totale prestazioni
2015	22
2016	29
2017	27

Fonte: Ippocrate cassa

APSS si è data come standard di riferimento il soddisfacimento delle richieste di prestazioni odontoiatriche a favore dei soggetti con disabilità/patologia > 20%.

Coerentemente con quanto indicato dalle direttive provinciali le strutture pubbliche hanno avviato il processo di riorientamento delle attività per favorire l'accesso dei minori, che di fatto hanno usufruito di circa il 50% delle prestazioni erogate, garantendo nel contempo l'assistenza sul territorio alle persone con disabilità fisica o psichica e alle persone con patologie gravi o specifiche.

Le prestazioni specialistiche odontoiatriche complessivamente erogate nel 2017 sono state 140.264 (anno 2016 = 139.301), di cui 75.542 (54%) dagli ambulatori della struttura pubblica (anno 2016: 72.583 pari al 52%) e 64.722 (46%) dagli ambulatori convenzionati (anno 2016: 66.718 pari al 48%). A tale attività deve essere aggiunta quella erogata in forma indiretta dagli ambulatori privati non convenzionati ai quali si sono rivolte, ottenuto il nulla osta dal Distretto di riferimento, 298 persone (anno 2016 = 320 persone) per cure (59%), prestazioni di ortodonzia (26%) e di protesica (15%), per un valore complessivo di 124.502,07 euro (nel 2016 il valore era stato di 143.945,34 euro).

In sintesi, si è evidenziato:

- 31.818 persone hanno beneficiato dell'assistenza odontoiatrica complessivamente erogata dagli ambulatori aziendali, da quelli convenzionati e da quelli privati (nell'anno 2016 sono stati 30.092).
- è aumentato il numero complessivo di prestazioni erogate rispetto al 2016 (+0,7%), aumento determinato dall'attività delle strutture pubbliche (+4,1%);
- prevalgono le prestazioni ricomprese nella voce cure (chirurgia orale, conservativa, endodonzia, parodontologia, pedodonzia...) rispetto alle prestazioni complessivamente erogate e si registra un maggior impegno delle strutture convenzionate rispetto a quelle pubbliche nelle attività di protesica e di ortodonzia

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 assegnate e appropriatezza delle attività programmate.

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.

In particolare nel programma di attività 2017 sono individuati come obiettivi prioritari:

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

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 2016 un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 152,8 per 1.000 residenti nel 2016 a **147,4** nel 2017).

Cala in particolare il tasso di ospedalizzazione per DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza, per quanto secondo la valutazione effettuata dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa resti più elevato 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 regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2017, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (3,05).

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 ■ 147,35

C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso ■ 104,24

C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 28,51

C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso ■ 9,16

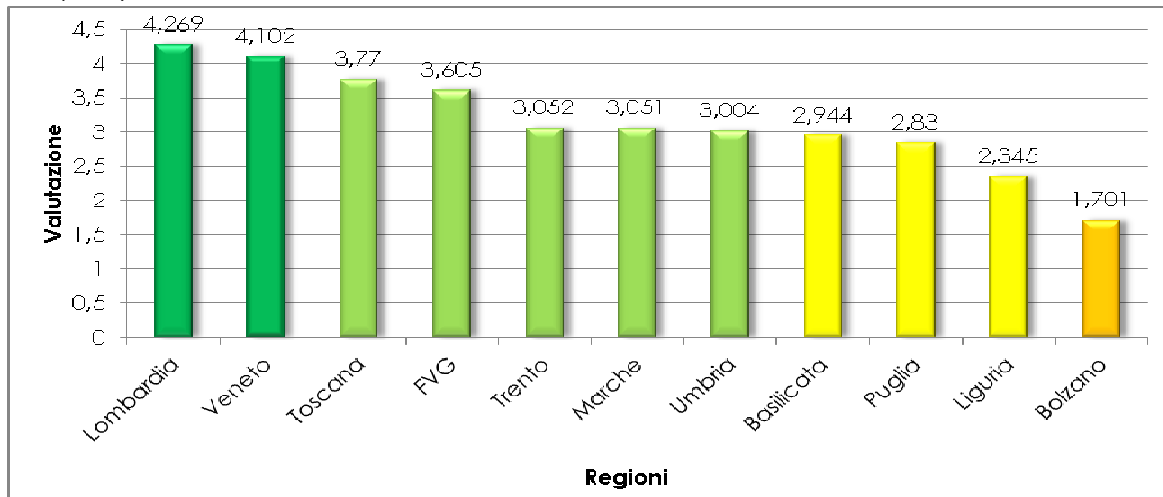
C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso 11,70

C1.3 Posti letto per 1.000 residenti 3,90

C1.5 Indice di case mix 0,96 -

C1.6 Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA) 36,81 %

Figura 43: Capacità di governo della domanda: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2017)



Avvio del modello di cure intermedie nella città di 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 rinviiati 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) leggermente 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 mese di luglio 2017 è stata quindi avviata presso l'APSP Beato de Tschiderer la sperimentazione del nuovo setting "cure intermedie" con una dotazione di 20 posti letto a valenza assistenziale e riabilitativa, a bassa intensità di cura, gestita dai servizi territoriali e a prevalente gestione infermieristica.

Questa sperimentazione si inserisce nel più ampio processo di revisione dei percorsi post-acuti e ha come obiettivo il recupero della stabilità clinico-assistenziale e della maggiore autonomia possibile, lo sviluppo delle capacità di autocura del paziente e della rete familiare e la predisposizione del domicilio.

Vengono presi in carico pazienti con bisogno di sorveglianza infermieristica nelle 24 ore con una chiara prospettiva di possibilità di rientro a domicilio.

Nella tabella seguente è riportato il numero di pazienti in entrata dall'ospedale S. Chiara e il reparto di provenienza per i primi 6 mesi di attività della struttura di cure intermedie. L'età media dei pazienti è di circa 80 anni con il 44% di sesso maschile e il 56% di sesso femminile.

Tabella 48: nr pazienti provenienti dall'ospedale S.Chiara nei primi 6 mesi di attività

Unità operativa di provenienza	N. pazienti	%
U.O. Medicina Interna	126	66%
U.O. Geriatria	49	26%
Altre U.O.	16	8%
Totale	191	100%

APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA

Nell'ambito della rete ospedaliera, la definizione esplicita di mandati operativi specifici per ciascuna struttura è stata oggetto negli anni recenti di studio e di sperimentazione al fine di perseguire il miglioramento dell'efficienza delle attività chirurgiche attraverso una ridistribuzione 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. In effetti 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 2017 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 complessivamente in calo in APSS ma andando a considerare singolarmente gli ospedali, emergono delle differenze: si evidenzia un incremento degli interventi per gli ospedali di Cles, di Cavalese e di Arco che permette a queste strutture di avvicinarsi ulteriormente ai valori soglia predeterminati. Calano invece gli interventi di ernia effettuati a Tione a Rovereto e in Chirurgia 1 dell'ospedale S. Chiara.

Anche gli interventi di colecistectomia, come illustrato nella figura 45, risultano complessivamente in calo rispetto al 2016 ma in questo caso con delle differenze per i singoli ospedali; nello specifico risultano in aumento gli interventi effettuati a Tione che rimane comunque con una numerosità inferiore alla soglia minima stabilita, e gli interventi effettuati a Cavalese che raggiunge invece un numero di interventi pari alla soglia minima.

Per quanto riguarda gli interventi sul colon (vedi figura 46) si evidenzia un aumento complessivo degli interventi e il mantenimento del trend positivo di adeguamento alle disposizioni aziendali in ambito dei mandati specifici, che identifica Trento Rovereto e Cles quali centri dove svolgere questa attività chirurgica. Arco è in linea con il mandato (nessun intervento) mentre rimangono ancora attivi con attività minimale Cavalese Borgo e Tione con complessivamente 8 interventi nel 2017.

Figura 44

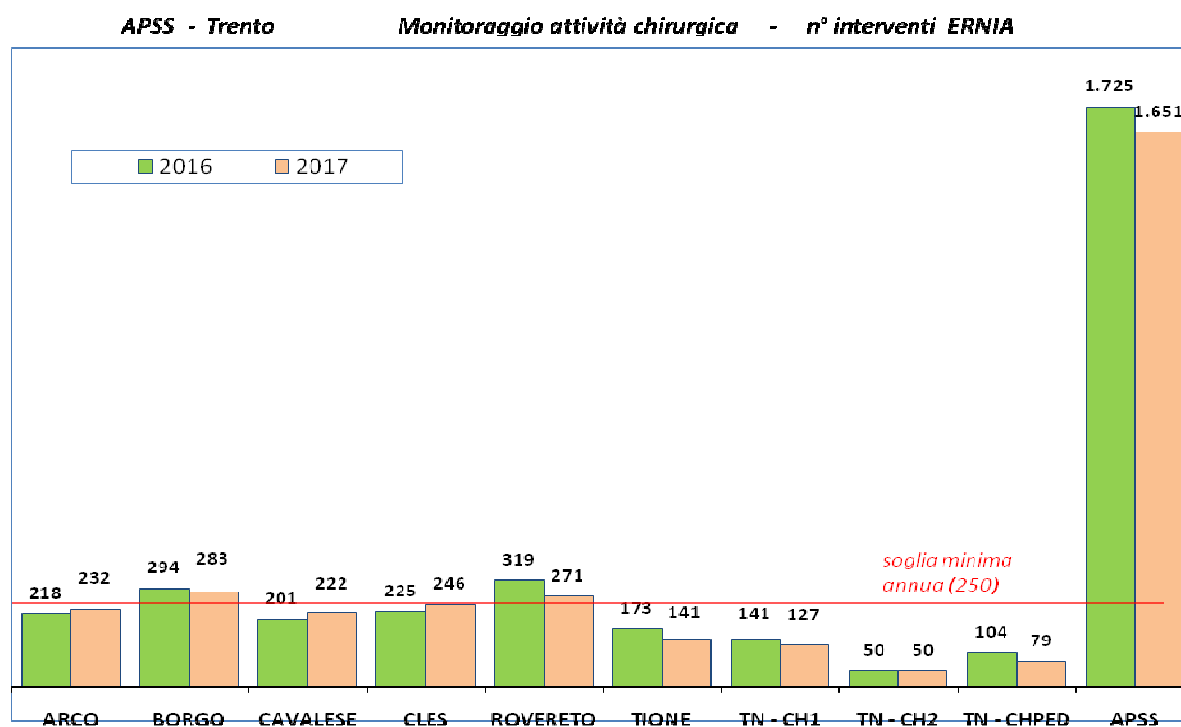


Figura 45

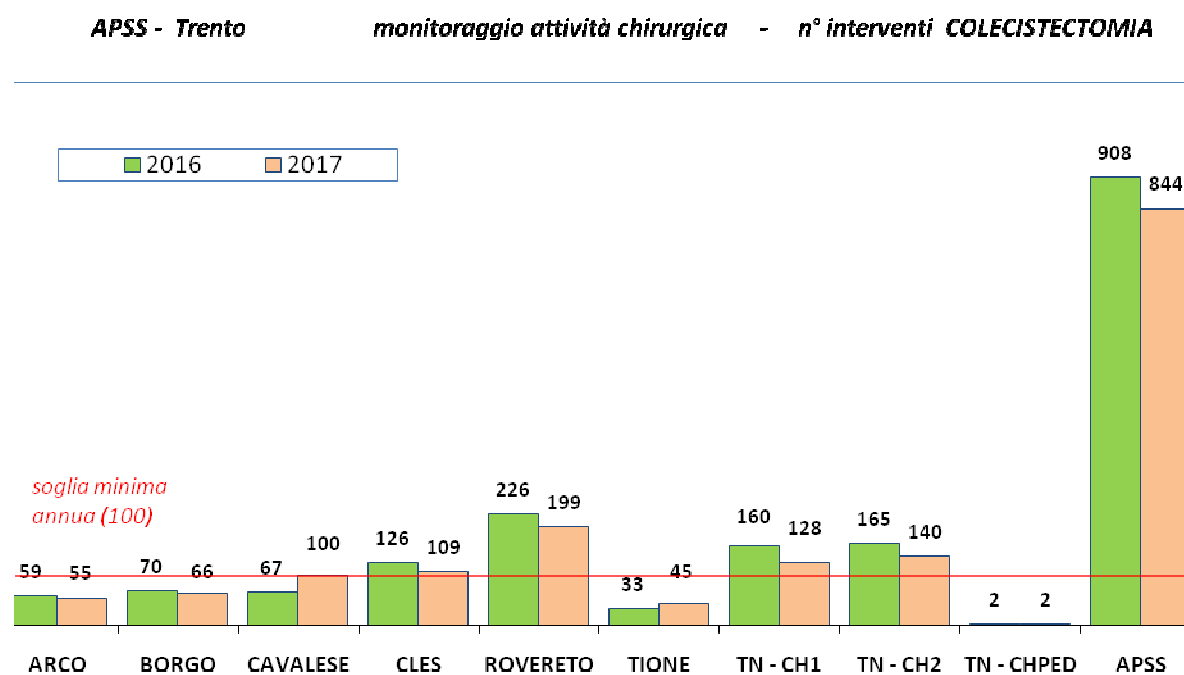
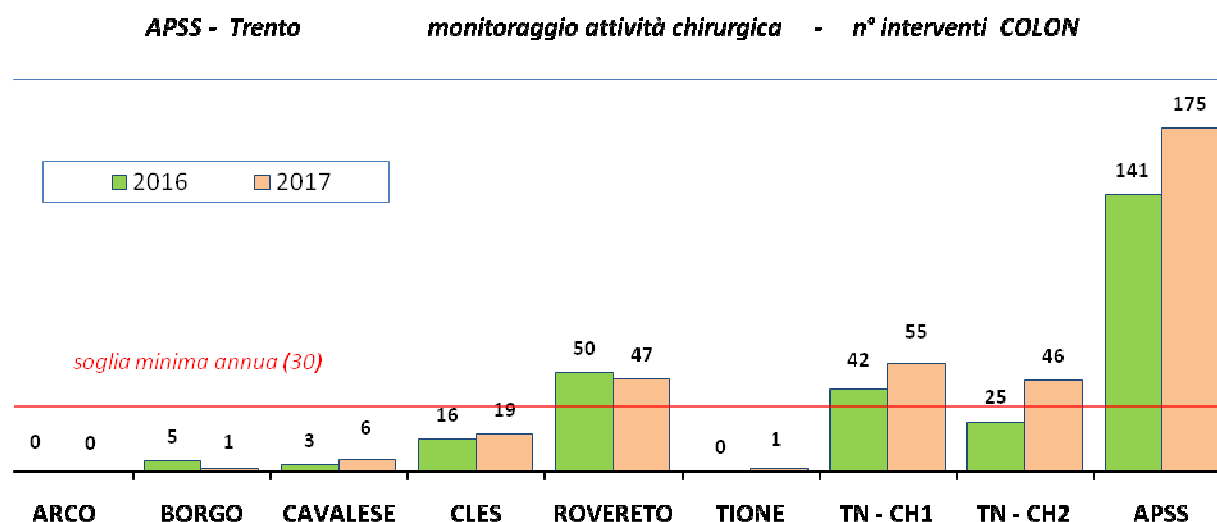


Figura 46



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 la numerosità degli interventi di protesi dell'anca (parziale e totale) risulta complessivamente in aumento in APSS mentre quella di protesi di ginocchio è 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 2017 Trento e Rovereto superano la soglia abbondantemente, Tione e Cles presentano un aumento significativo di attività che permette loro di superare la soglia con un buon margine, Cavalese passa la soglia con un discreto margine mantenendosi stabile nei volumi rispetto al 2016 ma Borgo presenta un trend in calo allontanandosi in maggior misura dalla soglia, che non aveva comunque raggiunto neanche nel 2016.

Figura 47

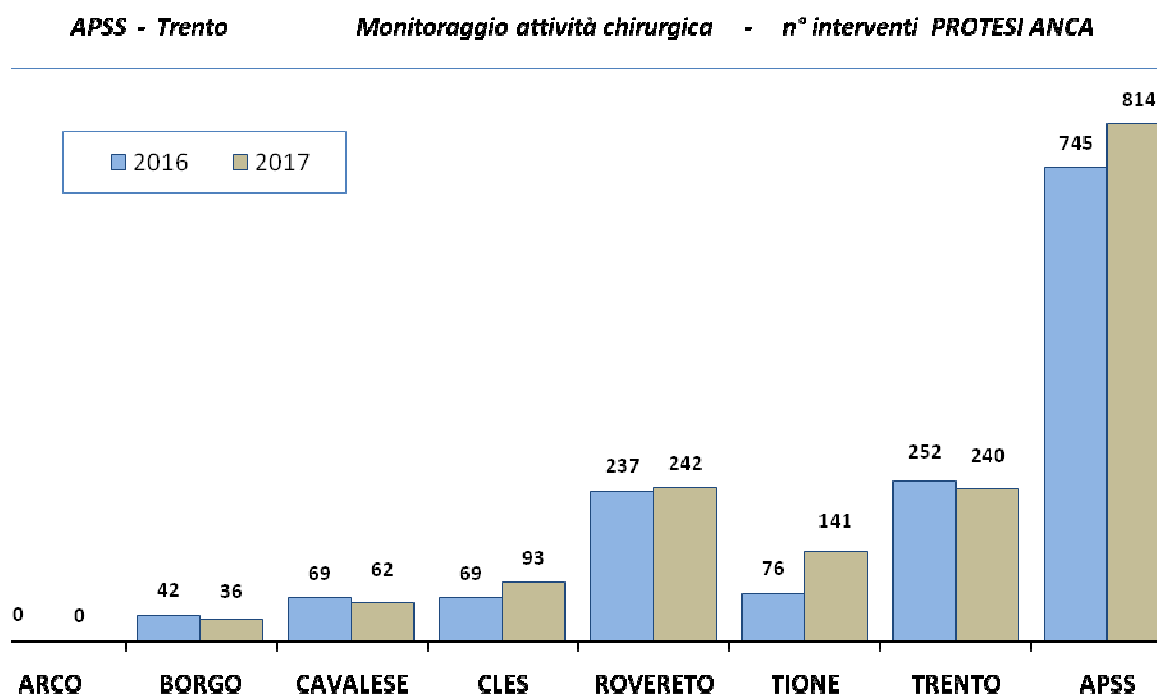
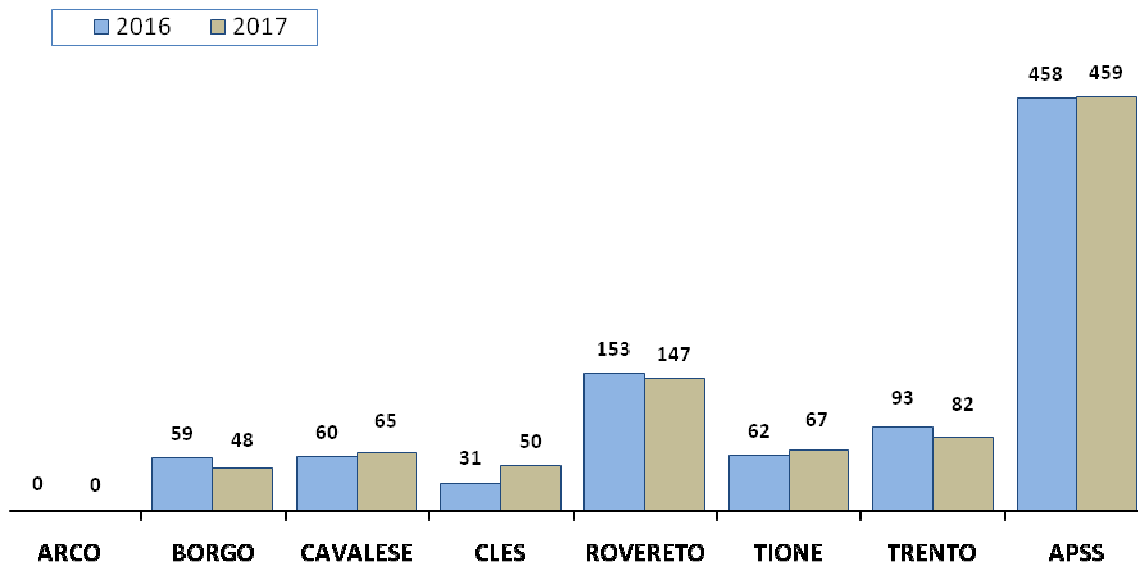


Figura 48

APSS - Trento monitoraggio attività ortopedica - traumatologica - n° interventi PROTESI GINOCCHIO



INDICATORE: Appropriatazza chirurgica

Si parla di appropriatazza 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'appropriatazza 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 regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2017, l'APSS ottiene una valutazione di 1,91 inferiore alla media del Network ma in miglioramento rispetto al dato APSS 2016 (1,32).

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

C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) 0,21%

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici 17,82 %

C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari 19,03 %

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o RO 0-1 gg 38,54 %

C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) 49,66 %

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti 63,01

Sviluppo di nuove procedure chirurgiche

Awake surgery e mapping cerebrale

La chirurgia delle lesioni cerebrali in area critica, tumorali e non, ha subito un notevole cambiamento nel corso dell'ultimo decennio. Parte di questo rinnovamento tecnico è sicuramente legato all'avanzamento tecnologico, che consente l'applicazione delle tecniche di mappaggio elettrico diretto cortico-sottocorticale e dell'imaging avanzato [in particolare, risonanza magnetica funzionale (fMRI) e tracciatografia] in modo

sostanzialmente routinario nei Centri specializzati, con una migliore definizione delle cosiddette strutture "eloquenti" sia corticali che sottocorticali.

Un altro ruolo essenziale in questo cambio di approccio è strettamente connesso al notevole avanzamento concettuale, da parte della comunità medica e chirurgica impegnata nel settore delle neuroscienze, nella concezione della organizzazione delle funzioni cerebrali e nell'avvio dell'applicazione di questi nuovi "modelli funzionali" a procedure diagnostiche e terapeutiche. Questo miglioramento tecnologico e culturale ha consentito di sviluppare tecniche chirurgiche più integrate e sicure per il paziente, ed ormai imprescindibili per quei Centri che si occupano di neuro-oncologia. Infine, l'aggressione di lesioni per lungo tempo considerate non approccio chirurgicamente ha garantito anche un miglioramento, nel caso della patologia oncologica e più in particolare dei gliomi di basso grado, della sopravvivenza complessiva dei pazienti.

Presso l'U.O. di Neurochirurgia dell'Ospedale S. Chiara, grazie ad una ormai consolidata collaborazione con i colleghi della U.O. di Anestesia e Rianimazione I, è stato possibile avviare e consolidare il trattamento chirurgico in condizioni di veglia con monitoraggio clinico e neuropsicologico e mappaggio elettrico diretto (DES) cortico-sottocorticale.

Inoltre, grazie alla collaborazione con la U.O. di Radiologia è stato possibile avviare e consolidare l'utilizzo, per pianificazione chirurgica e follow-up dei pazienti con lesioni in area critica, l'acquisizione e la elaborazione delle sequenze di trattografia e fMRI a riposo, che forniscono dati utili riguardo, rispettivamente, i fasci di connessione sottocorticale e le aree funzionali eloquenti. Questo tipo di *imaging* avanzato, che costituisce al momento quanto di più avanzato a disposizione, è routinariamente utilizzato non solo per tutti gli interventi in condizioni di veglia ma anche come supporto per tutti i pazienti non candidabili a questa procedura (ad esempio: *assessment* clinico-neurologico o profilo neuropsicologico, o fisico, non adeguati).

Complessivamente sono stati eseguiti 45 interventi di chirurgia in condizioni di veglia (24M, 21F) per patologia oncologica o vascolare (5/45). In 43/45 casi la procedura si è svolta ed è stata conclusa senza alcuna problematica tecnica. In 2/45 casi si sono verificate problematiche tecniche prima dell'inizio dell'intervento (rispettivamente, edema della glottide e reflusso gastrico), che sono state superate nel corso della seconda procedura, riprogrammata a distanza e svoltesi regolarmente in ambo i casi. Per quanto riguarda l'*outcome* clinico-neurologico e la tolleranza: in 45/45 interventi non sono stati riportati deficit neurologici permanenti; tutti i pazienti hanno riferito un buon grado di soddisfazione e tolleranza, e nessuna procedura è stata interrotta per mancanza di collaborazione del paziente o per scarsa tolleranza della stessa.

Nel caso della patologia neuro-oncologica, lo standard di riferimento per l'indicazione chirurgica, lo studio neuropsicologico, la testistica intra-operatoria ed il follow-up clinico oncologico e radiologico si riferiscono alle linee guida della European Association of Neuro-oncology (EANO) ed alle survey pubblicate dal European Low-Grade Glioma Network (ELGGN). Per la patologia vascolare non vi sono al momento studi che definiscano la chirurgia in condizioni di veglia come standard of care chirurgico, quantomeno non con un elevato livello di evidenza, sebbene siano ormai pubblicate diverse serie riguardanti asportazione di angiomi cavernosi in area critica ed il nostro Centro abbia aderito nel 2016 ad uno studio multicentrico europeo promosso dal ELGGN, in via di pubblicazione, sull'*outcome* clinico dei pazienti sottoposti ad asportazione di angioma cavernoso in area critica.

Chiusura toracoscopia dell'Auricola sinistra

L'U.O. di Cardiocirurgia dell'Ospedale di Trento ha implementato, in collaborazione con la Cardiologia, un programma clinico per la chiusura dell'auricola sinistra per via totalmente toracoscopica unico in Italia.

Con tale intervento, viene esclusa dalla circolazione l'auricola sinistra, una estroflessione dell'atrio sinistro, sede preferenziale, in corso di fibrillazione atriale, della formazione di trombi che possono embolizzare nella circolazione sistemica ed essere quindi importante causa di ictus cerebri.

Con questo intervento è possibile sospendere la terapia anticoagulante orale in quei pazienti che per gravi complicazioni emorragiche non la possono utilizzare.

Nel corso del 2017 sono stati eseguiti 9 interventi di chiusura toracoscopia dell'Auricola sinistra tutti andati a buon fine.

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.

La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma tra le più elevate (**79,4%**). 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 del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza: solo il 55% 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 2017, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (**3,51**), risultando 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 **3,40 %**

C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) ■ **79,37%**

C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali ■ **95,11 %**

C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate ■ **93,75 %**

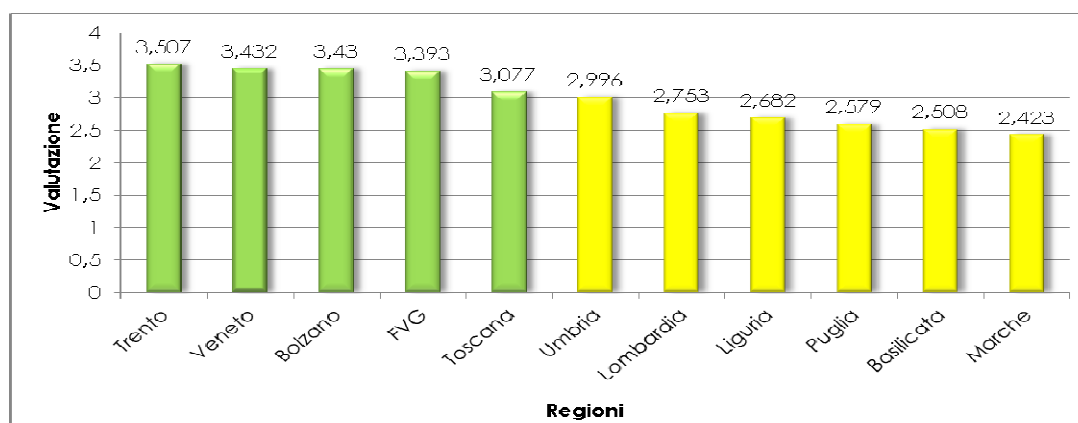
C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti **1,72 Giorni**

C5.20 Percentuale trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico **11,73 %**

C16.7 Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione ■ **54,95 %**

C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore ■ **97,12%**

Figura 49: Qualità di processo: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2017)



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 2017 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: 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 2017, l'APSS ottiene una valutazione di performance buona (■ **3,126**), risultando 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 ■ 4,62

C17.1 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella ■ 4,73

C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella ■ 97,29 %

C17.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella ■ 3,95
Indice

C17.5 Volumi interventi per tumore maligno alla prostata ■ 4,51

C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata ■ 93,04 %

C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata ■ 2,92

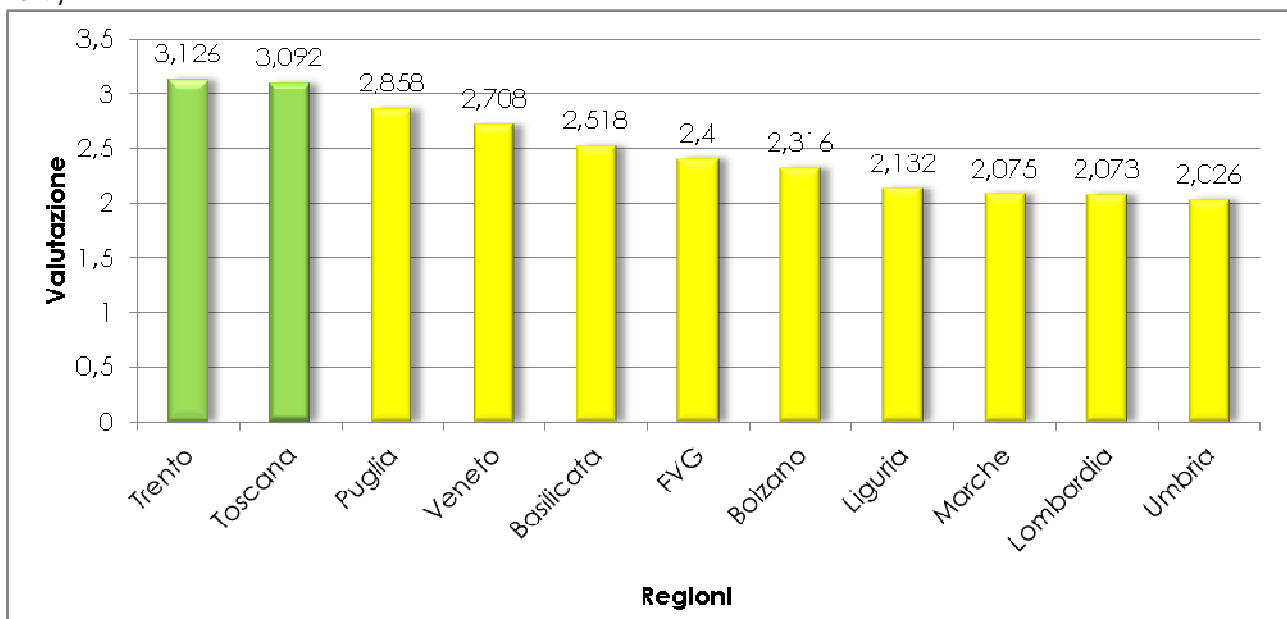
C10.2 Tumore alla mammella ■ 2,52

C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno ■ 72,59%

C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari 25,46 %

C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (3anni) ■ 4,69%

Figura 50: Trattamenti oncologici: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2017)



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 49 sono riportati il numero dei parti nei diversi punti nascita della APSS per il 2016 e il 2017 specificando che il punto nascita di Cavalese è stato chiuso il 10 marzo 2017.

Tabella n 49: numero parti per punto nascita

Punti Nascita	N° Parti		Media parti/die	
	2016	2017	2016	2017
Trento	2403	2501	6,6	6,9
Rovereto	1211	1135	3,3	3
Cles	460	432	1,3	1,2
Cavalese (chiuso 10 marzo 2017)	79	17	0,22	0,24
<i>Arco (chiuso 1 agosto 2016)</i>	46	-	0,13	-
<i>Tione (chiuso 23 maggio 2016)</i>	7	-	0,02	-
Totale	4206	4153		

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, comprende tutta la gamma di servizi offerti per tutelare il benessere della mamma, del neonato e della famiglia.

I professionisti coinvolti sono l'ostetrica come "case manager" (ossia come figura di riferimento/dedicata che prende in carico i bisogni della donna), il ginecologo, il medico di medicina generale, il pediatra e eventuali altri professionisti in relazioni ai bisogni sanitari, sociali o psicologici della donna/coppia.

Il percorso 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 per tutto il percorso nascita. Inoltre, verifica l'adesione della donna alle cure proposte e raccoglie i dati richiesti e ne verifica la completezza.

Anche in caso di deviazione dalla fisiologia l'ostetrica resta la "case manager" del percorso, favorendo la continuità, 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.

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

Tabella n.50

	dal 1/1/2016 al 31/12/2016	dal 1/1/2017 al 31/12/2017
Distretto centro sud (Vallagarina)		
Popolazione di riferimento	786	763
Numero primi colloqui	123	280
Numero visite in amb ostetrica	215	701
Percentuale di reclutamento	15,6%	36,7%
Distretto est		
Popolazione di riferimento	926	899
Numero primi colloqui	730	725
Numero visite in amb ostetrica	2048	3534
Percentuale di reclutamento	78,8%	80,6%
Distretto centro nord		
Popolazione di riferimento	1051	1020
Numero primi colloqui	314	403
Numero visite in amb ostetrica	1060	1351
Percentuale di reclutamento	29,8%	39,5%
Territorio Giudicarie		

Tabella n.50

	dal 1/1/2016 al 31/12/2016	dal 1/1/2017 al 31/12/2017
Popolazione di riferimento	287	279
Numero primi colloqui	158	186
Numero visite in amb ostetrica	816	964
Percentuale di reclutamento	61,4 %	66,6 %
Territorio Garda e Ledro		
Popolazione di riferimento	403	391
Numero primi colloqui	159	274
Numero visite in amb ostetrica	525	1250
Percentuale di reclutamento	39,4 %	70 %
Distretto ovest		
Popolazione di riferimento	848	823
Numero primi colloqui	0	11
Numero visite in amb ostetrica	0	0
Percentuale di reclutamento	Servizio non ancora attivato	1,5% Servizio attivato dal 15 dicembre

I controlli in gravidanza (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati: il numero di madri con meno di quattro visite è sempre più basso: 6,7% nel 2017 rispetto al 7,1% del 2016, (era pari al 12,2% nel 2007). La proporzione di madri con meno di due ecografie è dello 0,8%. 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 4,5). Questo differenziale italiane/straniere tende a mantenersi inalterato nel tempo. La prevalenza di *fumatrici in gravidanza* sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2017 è pari al 5,8% (6,1% nel 2016, 6,5% nel 2015 e 6,1% nel 2014). La proporzione di donne fumatrici che smette di fumare in gravidanza è pari al 6,1%.

Il 73,8% 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 e 2016, la proporzione di parti cesarei nel 2017 fa registrare un 22,3%, mantenendo quell'allineamento tendenziale verso gli standard auspicati dall'OMS (era pari al 20,3% nel 2016). Nel 2017 i nati morti sono stati 16,14 dei quali da donne residenti in provincia di Trento. Il *tasso di natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pertanto pari a 3,7 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: 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 0,26% dei casi e solo il 4,9% dei nati vivi viene sottoposto a *procedure di rianimazione* (di cui lo 0,6% con intubazione).

L'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda la quasi totalità dei nati vivi (98,1%). I valori complessivi restano positivi e nel 2017 viene allattato in modo esclusivo o predominante l'87,1% dei nati vivi.

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 2017, APSS ottiene una valutazione di performance buona (■ 3,94).

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

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■ 13,69 %

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■ 14,94%

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■ 6,57%

C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum 0,49 Per 1.000

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva 31,52 %

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4 25,41%

C8a.3 Tasso concepimento per minorenni 1,43 - Tasso per 1.000

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 depurata" 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. Per questo indicatore la performance di APSS è valutata ottima (vedi figura)

Figura 51: Valutazione di performance clinica del percorso nascita – Network – S. Anna di Pisa (anno 2017)

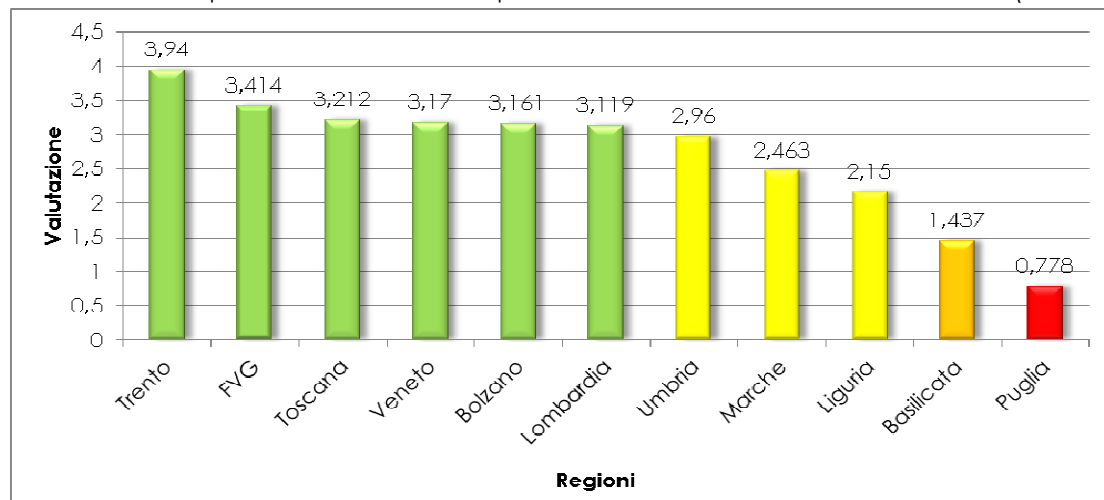
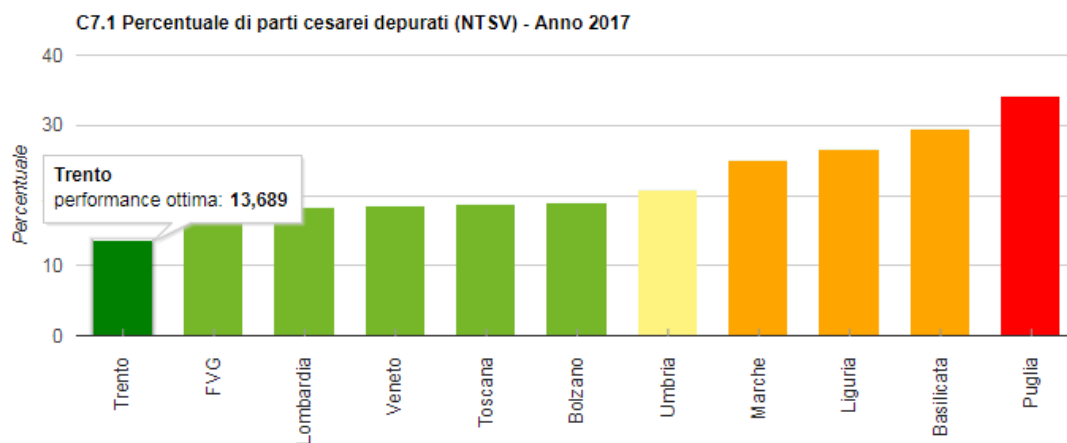


Figura 52



Progetto Baby Friendly Hospital & Community (BFHC)

Nel corso del 2017 è stata programmata la visita di Rivalutazione per i giorni 29 e 30 novembre e 1 dicembre per la Ricertificazione dell'Ospedale S. Chiara "Amico dei Bambini" 2017 che ha avuto esito positivo con un riscontro informale del superamento del percorso di certificazione anticipato ai professionisti coinvolti nel progetto a conclusione della visita e la formalizzazione della qualifica/riconferma di "Ospedale amico dei bambini" il 17 marzo 2018 con la consegna da parte di UNICEF della Pergamena che sancisce il pieno raggiungimento dei requisiti BFH prescritti da UNICEF e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

E' stato inoltre avviato un progetto specifico "Baby Friendly Hospital & Community" unico a livello provinciale, che ha visto coinvolti tutti i gruppi di lavoro locali delle strutture e del territorio nella definizione delle linee guida, dei protocolli e delle procedure a valenza aziendale.

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

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

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

Nella tabella seguente sono riportati i tassi formazione degli operatori dedicati con raggiungimento dei target di formazione previsti.

Tabella 51

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

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: ginecologici, andrologi, biologi, psicologi, genetisti, infermieri ed ostetriche. Il Centro offre le seguenti forme di terapia:

- I livello: inseminazioni intrauterine con induzione farmacologica dell'ovulazione.
- II 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 sempre nel corso del 2016 è stato avviato un processo di riorganizzazione, con l'obiettivo di potenziare il Centro Provinciale di PMA e in particolare di realizzare l'ampliamento graduale del servizio PMA fino a 1000 cicli di 2° Livello/anno, l'offerta del servizio di PMA eterologa, l'offerta del servizio di diagnosi pre-impianto, l'offerta del servizio di crioconservazione di ovociti e tessuto ovarico nel caso in cui donne debbano affrontare terapie lesive della loro fertilità e il servizio del "social-freezing".

I lavori per l'ampliamento del Centro sono stati progettati a partire dall'agosto 2016, approvati dalla direzione dell'APSS e dall'Assessorato provinciale nel dicembre 2016 e pianificati all'inizio del 2017. L'ampliamento / ristrutturazione del laboratorio PMA era anche diventata necessaria per soddisfare le nuove norme di accreditamento definite da parte del Centro Nazionale Trapianti.

Il progetto ha visto la trasformazione del reparto di Ginecologia ed Ostetricia (3° Piano) in zona ricovero day-surgery per la PMA e la Ginecologia e la creazione di nuovi spazi ambulatoriali per la PMA con uffici, segreteria, sala d'attesa e archivio PMA e l'ampliamento del laboratorio PMA con l'utilizzo della zona ex sala parto. Sono state acquistate anche nuove attrezzature per il laboratorio PMA, necessarie per poter affrontare adeguatamente le nuove attività.

Per permettere la realizzazione dei lavori edilizi, le attività cliniche di PMA sono state sospese dal settembre 2017 al gennaio 2018. Durante la ristrutturazione non si sono comunque mai interrotte le attività cliniche in ginecologia e l'accettazione delle coppie con problemi di infertilità e le loro indagini diagnostiche. Il centro ha ripreso l'attività nel febbraio 2018.

Grazie alla realizzazione, nel 2017, del progetto di ristrutturazione con il rinnovo degli spazi e della strumentazione, nel 2018 è stato possibile avviare le attività di diagnosi pre-impianto, crioconservazione dei gameti, fecondazione eterologa e potranno essere gradualmente garantiti mille cicli di PMA all'anno con le modalità descritte nella DGP 417/2018.

Di seguito sono riportati i dati delle terapie di PMA con i relativi risultati di attività per il 2017 riferiti al periodo di attività prima della ristrutturazione (gennaio - agosto 2017).

Tabella 52: numero di pazienti trattati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2017

Forma di terapia	Numero pazienti trattati (di cui residenti in Trentino)
I livello (inseminazione semplice)	84 (72)
II e III livello (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione)	311 (261)
Totale	395 (333)

Tabella 53: numero di cicli iniziati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2017

Forma di terapia	Numero cicli iniziati
I (inseminazione semplice)	168
II e III (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione)	406
Da FIVET	7
Da ICSI	399
Totale	574

19 cicli di I livello e 63 di II e III livello sono stati sospesi.

INDICATORE: percentuale di gravidanze ottenute su numero delle coppie e dei cicli

Tabella 54: numero di gravidanze ottenute nell'anno 2017

	Nr coppie	Nr cicli	Nr gravidanze ottenute	% gravidanze/coppie	% gravidanze/cicli
I livello	84	168	10	11,9%	5,95%
II e III livello	311	406	94 (di cui 11 gemellari)	30,2%	23,6%

Tabella 55: numero di gravidanze per tecnica utilizzata e genere (singola o plurima). Anno 2017

Forma di terapia	Singola	Gemellare	Trigemine	Totale
I livello (inseminazione semplice)	10	0	0	10
II e III livello (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione)	83	11	0	94
Da FIVET	2	1	0	8
Da ICSI	74	9	0	120
Altro	7	1	0	6
Totale	93	11	0	104

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA

Trentino Emergenza 118

Il 2017 rappresenta un anno "storico" per il Trentino Emergenza 118 per l'attivazione a partire dal 7 giugno del "Numero Unico di Emergenza 112, NUE 112, gestito dalla nuova Centrale Urgenza Emergenza "CUE 112".

Tipologia delle richieste

L'attivazione del NUE ha portato un significativo miglioramento rispetto al 2016 in termini quantitativi e qualitativi delle richieste di soccorso, come dimostrato dai dati di monitoraggio di utilizzo e accesso del sistema Trentino Emergenza 118. In particolare il NUE 112 ha influito molto positivamente sulla percentuale di attività della Centrale Operativa 118 in risposta alle semplici "informazioni" (vedi tabella).

Tabella 56: Tipologia delle richieste 2017-2016

Tipologia delle richieste	2017	2016	Var.	Var.%
Soccorso Primario	46.181	43.392	2.789	6,4
Trasporto Secondario Urgente	5.498	5.676	-178	-3,1
Trasporto Programmato	76.512	69.219	7.293	10,5
Informazioni	25.396	48.778	-23.382	-47,9
Guardia Medica	9.703	9.223	480	5,2
Ricerca posti letto	6	8	-2	-25,0
Intervento in corso	9.657	9.378	279	3,0
Altro	16.066	23.403	-7.337	-31,4
<i>Totale:</i>	<i>189.019</i>	<i>209.077</i>	<i>-20.058</i>	<i>-9,6</i>

Richieste di Soccorso primario

Nel 2017 si registra un ulteriore aumento degli eventi di soccorso primario. Tale trend in aumento 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 numero sempre maggiore di richieste.

Nel corso del 2014 si era assistito ad una riduzione dell'impiego del medico nel soccorso primario rispetto all'anno precedente. Questo dato è stato monitorato attentamente nel corso del 2015 mettendo in evidenza che il medico è stato utilizzato complessivamente 27 volte in meno rispetto il 2014. Tale dato non viene più confermato nel 2016, in cui si registra un aumento dell'utilizzo del solo medico. Nel 2017 si osserva un'ulteriore aumento dell'utilizzo del medico, configurando un trend in salita che sarà monitorato in futuro.

Richieste di Trasporto Secondario Urgente e di Trasporto Programmato

Nel 2017 il trasporto secondario urgente con 5.498 richieste registra una riduzione di 178 richieste rispetto il 2016.

Il trasporto programmato non influisce direttamente sull'attività di emergenza/urgenza della Centrale Operativa e solo alcune delle richieste occupano le linee dirette. Tuttavia essa richiede un enorme impiego di risorse umane per la sua gestione.

Nel corso del 2013 era stata documentata, per la prima volta dopo un continuo trend in salita, una flessione del programmato che comunque rimaneva complessivamente su volumi molto alti, rappresentando una quota consistente dello sforzo logistico del sistema.

Tale riduzione era confermata anche nel 2014 mentre nel 2015 si registrava un aumento. Nel 2016 il programmato torna ad aumentare ulteriormente, avvicinandosi alla soglia dei 70.000 eventi. Nel 2017 il programmato registra 76.152 richieste con un aumento significativo del 10,5%. Questo dato è verosimilmente risultato della nuova organizzazione della gestione dei trasporti programmati introdotta a pieno regime nel 2017, con l'aumento delle risorse umane dedicate. Tuttavia questo dato è da tenere sempre 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 2017 sono stati registrati 53.591 interventi di mezzi di soccorso, 3.245 in più rispetto l'anno precedente, aumento del 3,4%. In 51.781 interventi, il 96,6% del totale, è stato utilizzato un mezzo stradale, 3.247 interventi in più rispetto il 2016, aumento del 3,5%.

L'elicottero è intervenuto in 1.810 interventi, il 3,4% del totale, 2 interventi in meno rispetto l'anno precedente, riduzione del 1,2%. 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.

Tabella 57: Tipologia mezzi nei soccorsi primari 2017

Tipologia mezzi	Numero	Percentuale	Media quotidiana	Media oraria
Mezzi stradali	51.781	96,6%	141	5,9
Elicotteri	1.810	3,4%	4,9	0,2
Totale:	53.591			

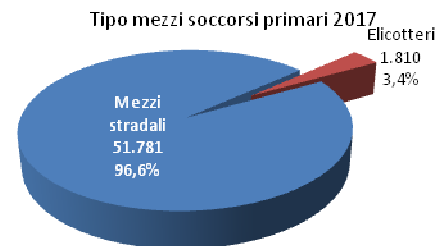
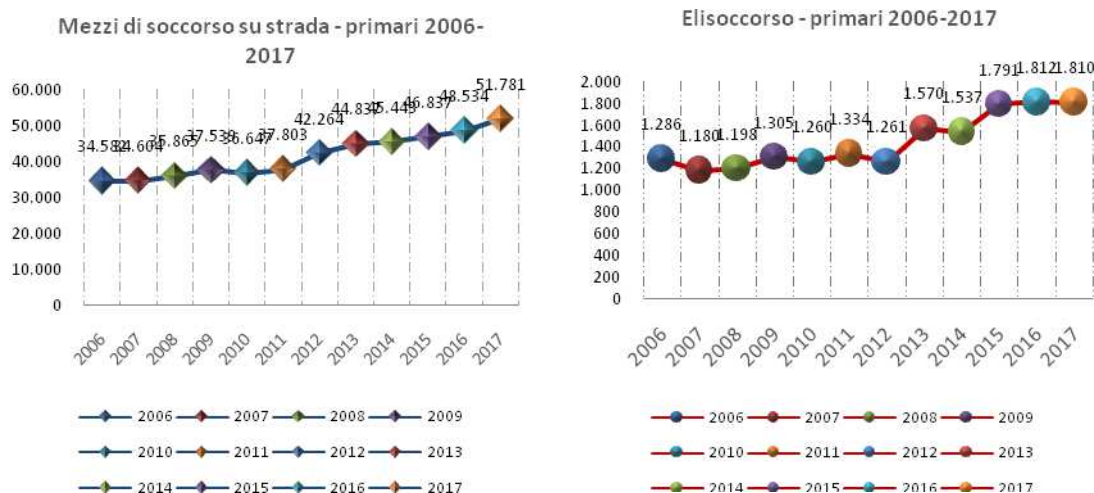


Tabella 58: Tipologia mezzi nei soccorsi primari 2006 - 2017

Tipologia mezzi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mezzi Stradali	34.582 (96,4 %)	34.604 (96,7 %)	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 %)
Elicotteri	1.286 (3,6%)	1.180 (3,3%)	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%)
Totale:	35.868	35.784	37.063	38.844	37.907	39.137	43.525	46.409	46.980	48.628	50.346	53.591

Figura 53



Tipologia dei mezzi nei trasporti secondari urgenti

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 rispetto l'anno precedente, riduzione dello 0,6%. L'elicottero è stato utilizzato 745 volte per i trasporti secondari, 26 volte in meno rispetto il 2016, con una riduzione del 3,5%. Le tabelle seguenti forniscono i valori assoluti e percentuali, le medie orarie e quotidiane e il confronto con gli anni precedenti per i trasporti secondari urgenti.

Tabella 59: Tipologia mezzi nei trasporti secondari urgenti 2017

Tipologia	Numero	Percentuale	Media quotidiana	Media oraria
Mezzi stradali	5.162	87,4%	14	0,6
Elicotteri	745	12,6%	2,0	0,1
Totale:	5.907	100%		

Tipo mezzi - trasporti secondari 2017

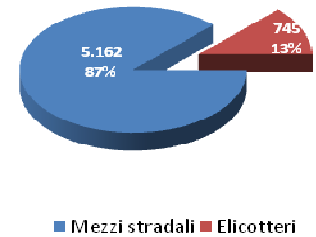
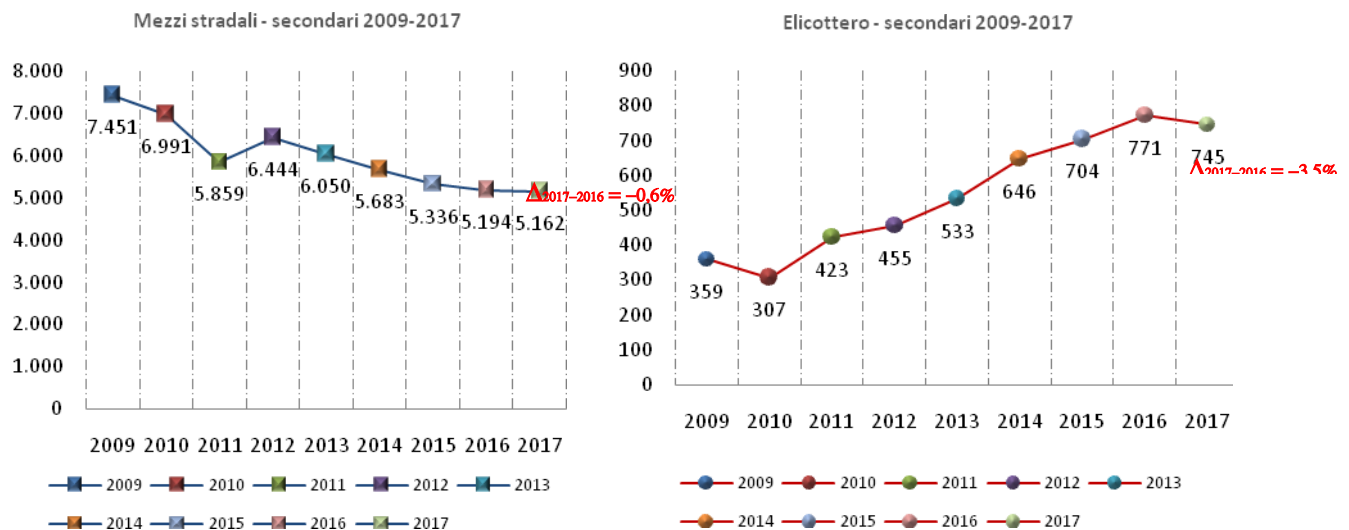


Tabella 60: Tipologia mezzi nei trasporti secondari urgenti 2009 – 2017

Tipologia mezzi	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mezzi Stradali	7.451 (95,4%)	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%)
Elicotteri	359 (4,6%)	307 (4,2%)	423 (6,7%)	455 (6,6%)	533 (8,1%)	646 (10,2%)	704 (11,7%)	771 (12,9%)	745 (12,6%)
Totale:	7.810	7.298	6.282	6.899	6.583	6.329	6.040	5.965	5.907

Figura 54



Tipologia di equipaggio utilizzato nelle missioni

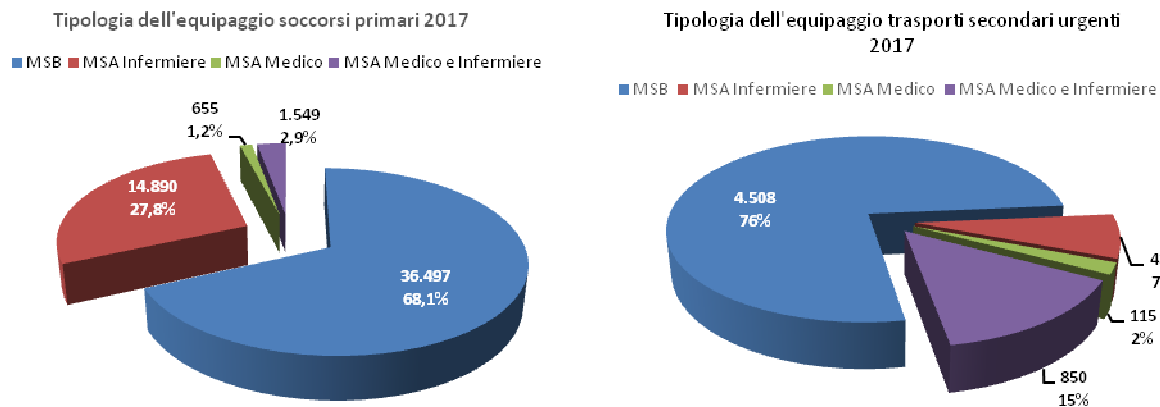
I mezzi utilizzati per gli interventi o missioni dei soccorsi primari si distinguono in mezzi di soccorso di base (MSB) e in mezzi di soccorso avanzato (MSA), in base alla tipologia dell'equipaggio. Nei mezzi di tipo MSB dell'azienda sanitaria di Trento, l'equipaggio è formato da due soccorritori tecnici 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 da 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 2017 sono state registrate 53.591 missioni, 3.246 missioni in più rispetto al 2016, aumento del 6,4%. Il mezzo di soccorso di base è stato inviato in 36.497 interventi, il 68,1% del totale, 2.671 missioni in più, aumento del 7,9%. Il mezzo di soccorso avanzato è stato utilizzato 17.095 volte, 575 missioni in più, aumento del 3,5%. Nel 2017 osserviamo un aumento complessivo degli interventi con equipaggi avanzati rispetto al 2016.

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 2017 sono state registrate 5.907 missioni, 58 missioni in meno rispetto all'anno precedente, riduzione del 1,0%. Il mezzo di soccorso di base è stato utilizzato in 4.508 interventi, il 76,0% del totale, 256 missioni in meno, riduzione del 5,6%. Il mezzo di soccorso avanzato è stato utilizzato 1.399 volte, 208 missioni in più, aumento del 17,5%. Nel 2017 osserviamo un aumento complessivo degli interventi con equipaggi avanzati rispetto al 2016. (Vedi figure).

Figura 55: tipologia di equipaggio nei soccorsi primari e secondari



Pronto Soccorso

Per quanto riguarda gli accessi di Pronto Soccorso, nel 2017 si evidenzia un aumento della numerosità come riportato nella figura 56 e nella figura 57. Nella figura 57 sono riportati gli accessi in Pronto soccorso suddivisi per codice di accesso. Si osserva che, rispetto agli altri codici, il codice bianco è quello che non mostra un trend in aumento, come era invece stato rilevato per il 2016.

Figura 56: n. accessi al Pronto Soccorso APSS

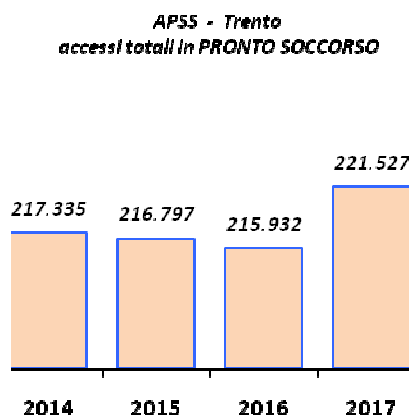


Figura 57: codifica Triage. Anni 2014-2017

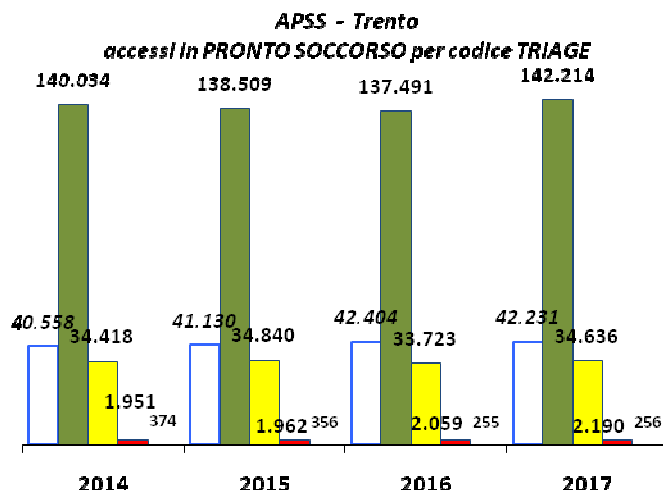
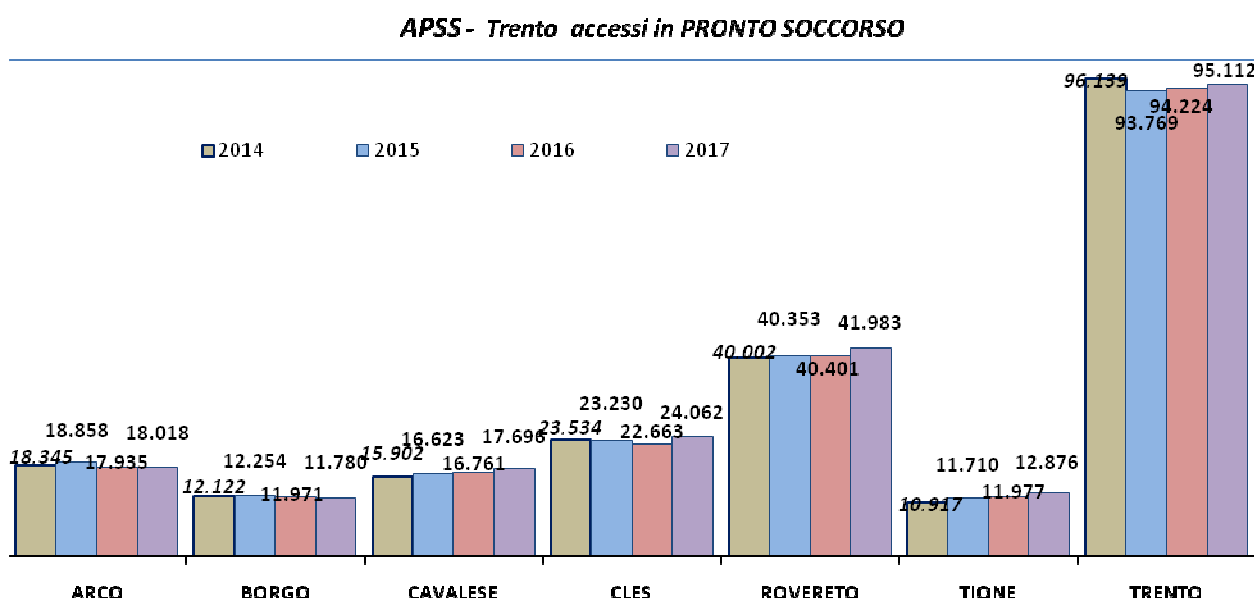


Figura 58: n. accessi al Pronto Soccorso nei singoli ospedali



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 2017, Trento ottiene una performance media (■ **2,90**), risultando la migliore del Network.

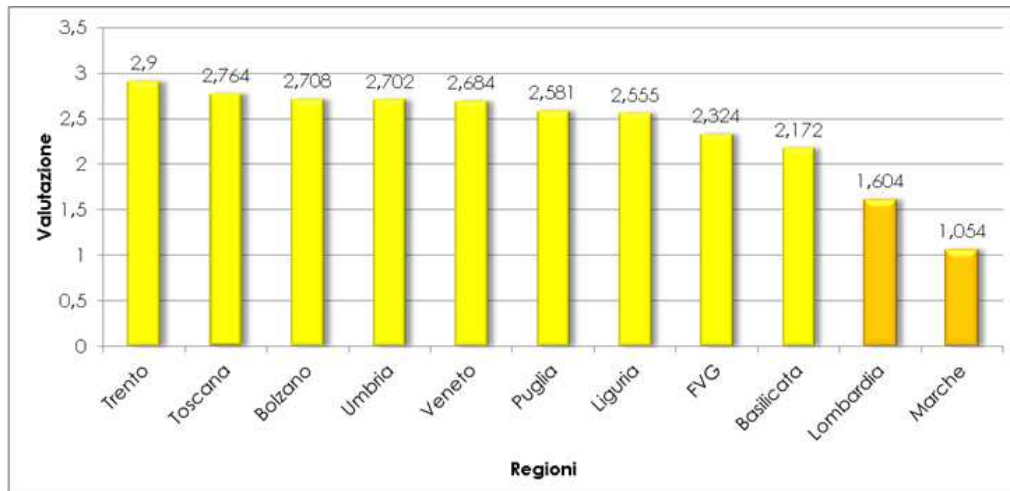
Emerge però che nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è la più elevata del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (4,76%).

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 ■ **93,14**

C16.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora ■ **71,71**

C16.3 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore ■ **81,08**



DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

La carenza di organi rispetto alle necessità dei pazienti in attesa è stata individuata quale problema centrale delle attività di trapianto in molti paesi europei. È di fatto l'intera società, nel vero senso della parola, a essere destinataria di un'attività che ha come obiettivo finale rendere disponibile una risorsa preziosa, ma limitata, come gli organi o i tessuti per trapianto.

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.

I soggetti sottoposti a manovre rianimatorie sono quindi riconosciuti dalla legge come potenziali donatori, al fine di rendere disponibile un pool di organi destinato a dare risposta alle liste d'attesa italiane.

Nella tabella che segue sono riportati i dati riferiti all'attività di donazione complessiva dal 2014 al 2017.

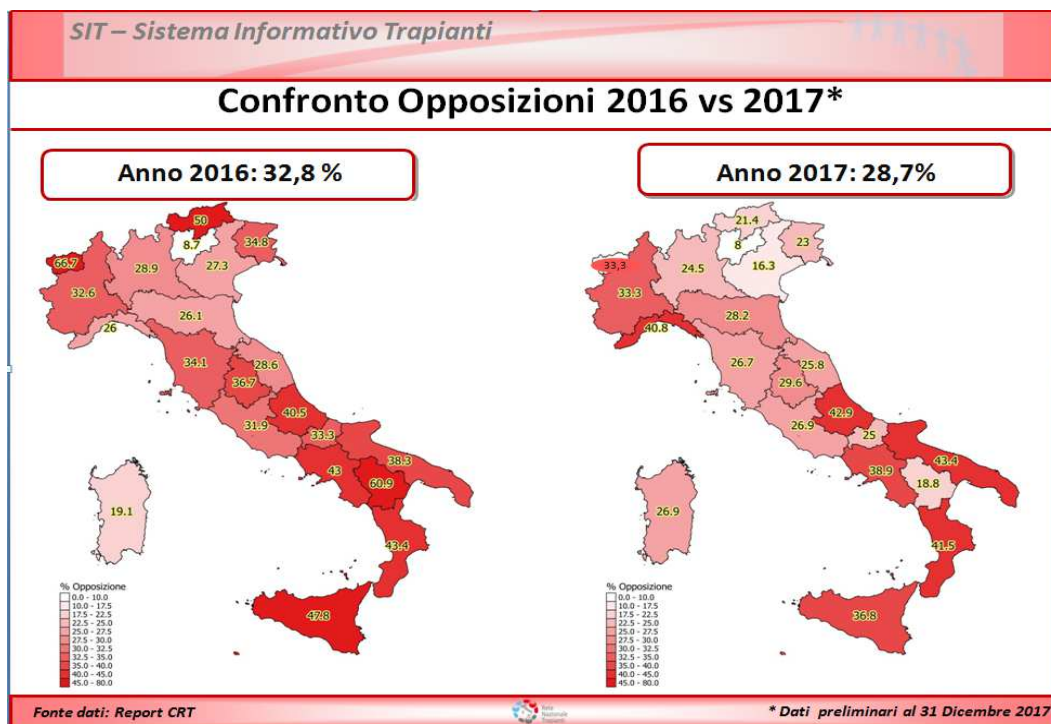
Tabella 61

	2014	2015	2016	2017
Donatori	16	10	19	21
Accertamenti di morte	21	12	22	25
Opposizioni	3	2	2	2
Non idoneo	2	0	1	2
% di donatori procurati	76,1 %	83,3 %	86%	84%

Nel 2017 è stato registrato un incremento del 9% dell'attività donativa rispetto al 2016 e considerando gli ultimi 5 anni (2013-2017) si evidenzia un deciso trend in ascesa (29%).

Su questo scenario positivo influisce anche il dato sulle opposizioni alla donazione, pari nel 2017 al 28,7% contro il 32,8% dell'anno precedente (vedi figura sotto).

Figura 59



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

Tabella 62: organi disponibili a scopo di trapianto. Anno 2017

Cuore	Polmoni	Reni	Fegato	Pancreas	Pancreas per insule
7	4	36	18 (19 riceventi)	2	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 63: tessuti prelevati. Anno 2017

Cuore valvole per	Cornee	Cute	Vasi	Osso
2	25	2	6	6

Considerando che circa il 30% della popolazione sembra non conoscere sufficientemente o non condividere il valore biologico del trapianto, oppure pare non sia correttamente informato sulla sicurezza dei criteri di accertamento della morte, il percorso di attivazione nei Comuni italiani del servizio di registrazione della dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti in occasione del rilascio/rinnovo della carta d'identità ben si inserisce nel processo di miglioramento dell'attività donativa. Infatti, prevede da un lato una grossa azione di sensibilizzazione della cittadinanza e dall'altro rappresenta un vero passo innovativo, che depotenzia il momento decisionale tardivo e "acuto" degli aventi diritto a favore della autodeterminazione dell'individuo. Il numero dei cittadini che sono andati nei comuni a dichiarare la propria scelta anticipata ha superato i 24.000 e nell'85% dei casi si tratta di un consenso. Anche presso gli sportelli APSS sono in costante aumento le dichiarazioni, con percentuali di consenso dell'81%. A queste due modalità vanno aggiunte le dichiarazioni rilasciate presso l'AIDO, che ovviamente sono tutte favorevoli alla donazione.

È innegabile comunque che è soprattutto grazie alla sensibilità della popolazione che si sono ottenuti i risultati sopra illustrati.

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 ■ **3,37**

B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica ■ **0,81%**

B6.1.9 Opposizione alla donazione **8,00**

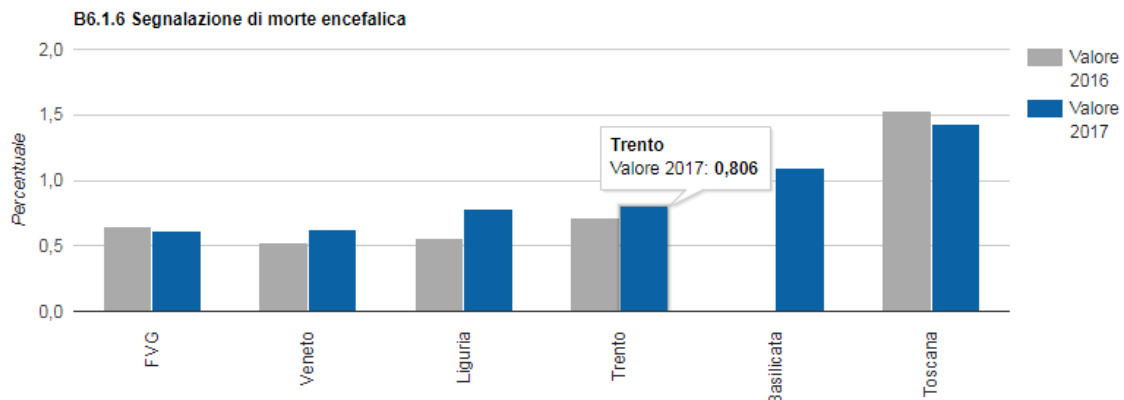
B6.1.2 Percentuale donatori procurati ■ **84,00 %**

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 60

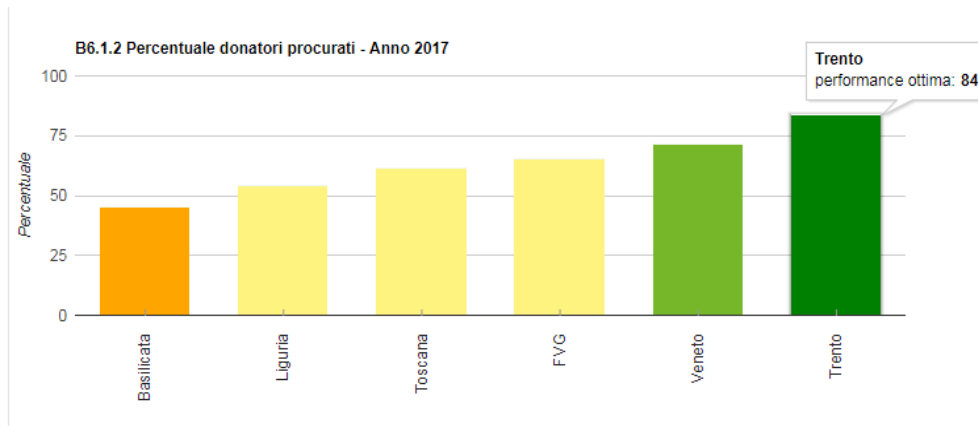


INDICATORE: Donazione di organi da soggetti sottoposti a manovre rianimatorie - Percentuale di donatori procurati sugli accertamenti di morte

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 sotto è riportata la performance di APSS per l'indicatore B6.1.2, che risulta essere ottima ed è la migliore del Network.

Figura 61



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 (25330 emazie concentrate, 1517 unità di plasma da aferesi, 1656 unità di piastrine, l'irradiazione di oltre 2900 emocomponenti),
- l'invio al frazionamento industriale del plasma destinato alla produzione degli emoderivati (7320 kg),
- la gestione dell'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti in regime programmato e di urgenza/emergenza (i pazienti trasfusi sono stati 4641),
- la diagnostica immunoematologica (eseguiti più di 50.000 gruppi sanguigni, più di 30.000 tra Test di Coombs e prove di compatibilità crociate e più di 1000 identificazioni e titolazioni anticorpali),
- l'ambulatorio di ematologia per trasfusioni, salassi terapeutici e terapia marziale (eseguiti più di 1100 trasfusioni di emocomponenti, 480 salassi terapeutici, 70 somministrazioni di ferro endovena),
- 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 120.000 esami sierologici e 27.000 analisi molecolari),
- il laboratorio e l'ambulatorio per le terapie con emocomponenti a uso topico (eseguiti 200 prelievi autologhi per produzione di emocomponenti a uso topico, 45 trattamenti su ulcere, 320 infiltrazioni endoarticolari),
- 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 18250 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 (1140 tipizzazioni HLA di cui 230 per IBMDR).

Il contributo di APSS all'autosufficienza nazionale di emocomponenti è consistito nella cessione di 6911 emazie concentrate a fronte del raggiungimento dell'autosufficienza Provinciale con 17943 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 dove è evidente un trend in crescita per la mobilità attiva anche per il 2017 (vedi tabella 64).

Tabella 64: attività di cessione emocomponenti labili

	2014	2015	2016	2017
Mobilità attiva	616.828	994.753	1.021.644	1.250.891
Mobilità passiva	1.349	-	1.429	1.810
SALDO	615.479	994.753	1.020.215	1.249.081

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.

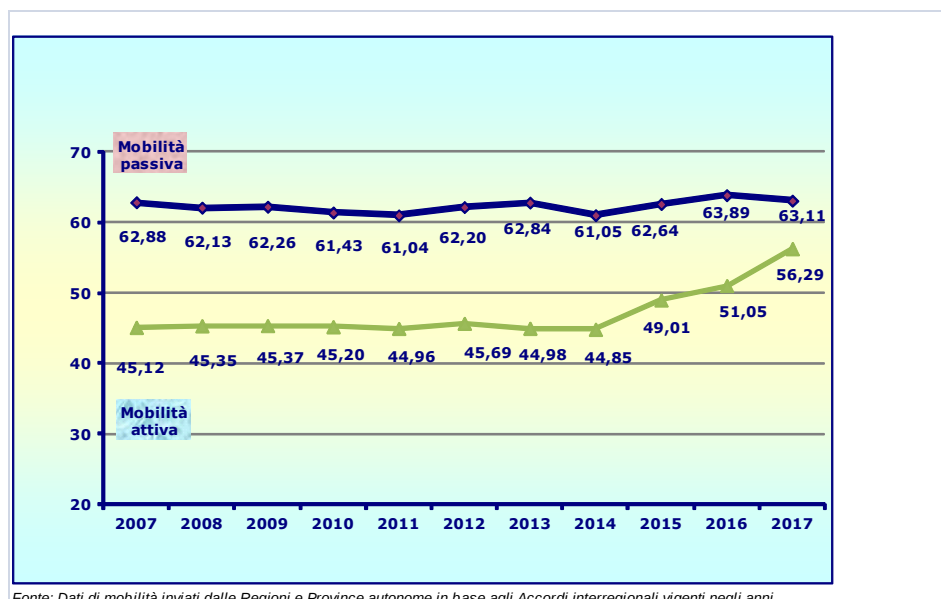
FLUSSI STANDARD

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 2017 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 62: andamento dei totali di mobilità attiva e passiva degli ultimi dieci anni (importi espressi in milioni di euro)



Si rappresentano i dati di mobilità attiva e passiva relativi agli anni 2017 suddivisi per tipologia di attività. I dati rappresentati sono quelli inviati originariamente dalle Regioni e non tengono conto dell'esito di eventuali contestazioni avanzate dalle Regioni debentrici.

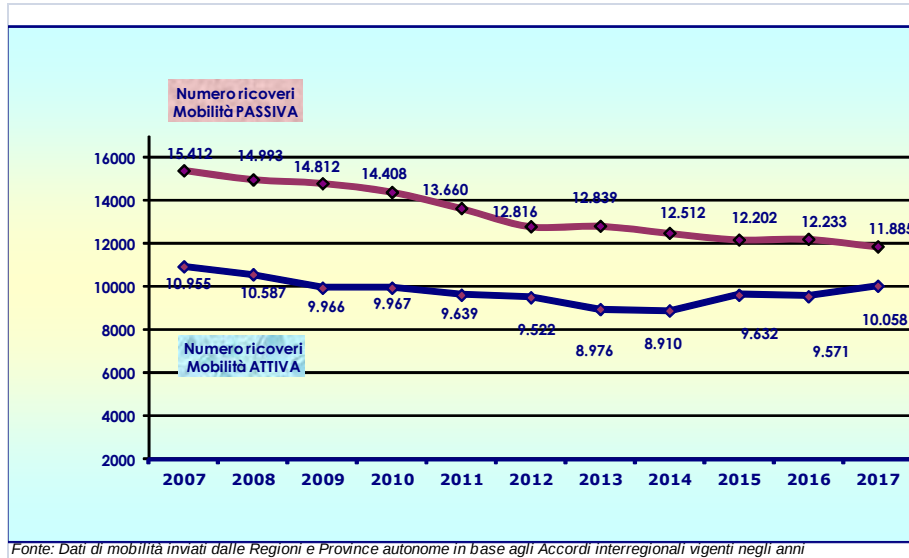
Tabella 65: MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA **anno 2017** - per tipologia di attività

ATTIVITA'	RICOVERI	MED.BASE	SPECIAL. AMB.	FARMAC.	TERME	SOMM. FARM.	TRASPORTI	TOTALE
Mobilità ATTIVA	41.064.452	200.216	7.062.854	727.348	1.807.895	1.494.004	3.939.379	56.296.148
Mobilità PASSIVA	47.127.711	234.407	8.291.077	499.196	663.103	5.392.518	905.783	63.113.795
SALDO	-6.063.259	-34.191	-1.228.223	228.152	1.144.792	-3.898.513	3.033.596	-6.817.647

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.05.2018

Il grafico che segue illustra il numero di ricoveri registrati in mobilità attiva e passiva dal 2007 al 2017.

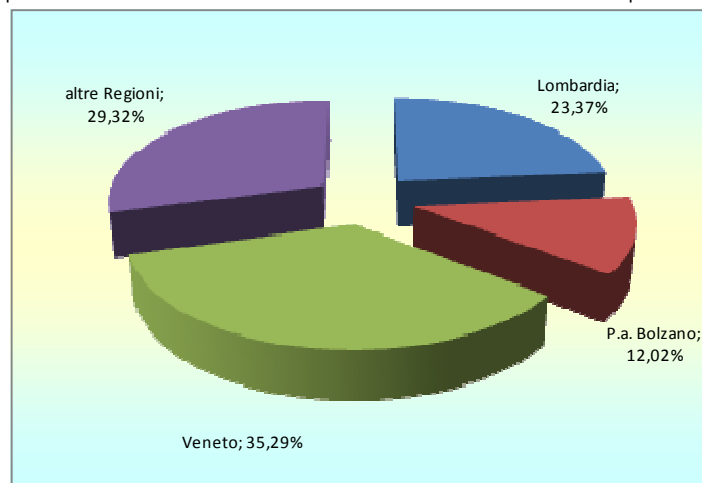
Figura 63: numero di ricoveri registrati in mobilità attiva e passiva negli ultimi dieci anni



Mobilità sanitaria interregionale attiva

Con il sottostante grafico si rappresenta come gran parte del valore delle prestazioni erogate dalle strutture SSP (pubbliche e private) sia a favore assistiti provenienti dalle Regioni limitrofe; oltre il 70% del valore complessivo della mobilità attiva è addebitato a Veneto, Lombardia e Provincia autonoma di Bolzano.

Figura 64: composizione percentuale della mobilità sanitaria attiva anno 2017 per Regione di provenienza



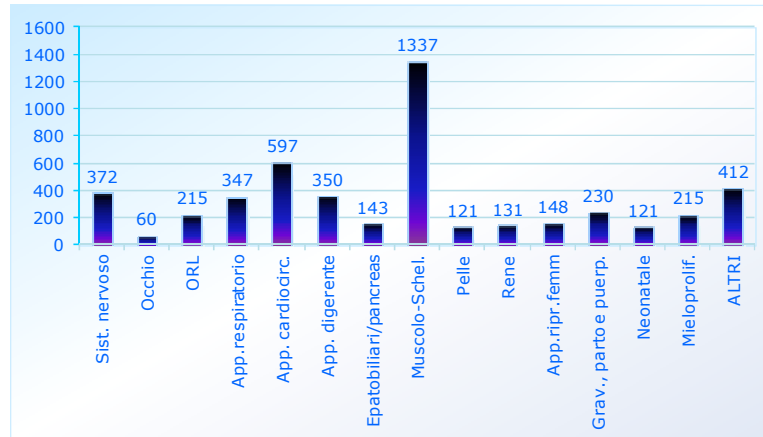
Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome in data 15.05.2018.

Relativamente all'attività di degenza, si precisa che poco meno della metà delle dimissioni è riferita a strutture APSS (47,7% del numero dei ricoveri – pari a n. 4.799) mentre le strutture private accreditate rappresentano il

restante 52,2% del numero di ricoveri (n. 5.259). Percentuali simili si registrano anche riguardo il valore delle degenze.

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

Figura 65: Mobilità attiva 2017 – strutture pubbliche – numero ricoveri suddivisi per MDC



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome in data 15.05.2018.

Relativamente all'attività di specialistica ambulatoriale si precisa che le prestazioni erogate dalle UU.OO. delle strutture APSS rappresentano oltre il 60% del valore complessivo di mobilità attiva anno 2017 (pari a € 4,3 milioni rispetto ai 7 milioni complessivi).

Di seguito si rappresenta l'attività complessivamente erogata nel 2017 dalle strutture APSS, il dettaglio delle prestazioni erogate a pazienti extra provinciali e nello specifico i valori riferiti alle prestazioni effettuate dalle UU.OO. di pronto soccorso.

Tabella: Specialistica ambulatoriale. Numero prestazioni e importo al lordo del ticket. Strutture pubbliche anno 2017

ATTIVITA' - anno 2017 prestazioni erogate da strutture pubbliche ad esterni		MOBILITA' ATTIVA - anno 2017			MOBILITA' ATTIVA di PRONTO SOCCORSO anno 2017		
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
9.242.732	114.734.101	294.151	5.013.964	3,18%	155.530	2.000.947	52,87%

Fonti: Controllo di Gestione - Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.05.2018

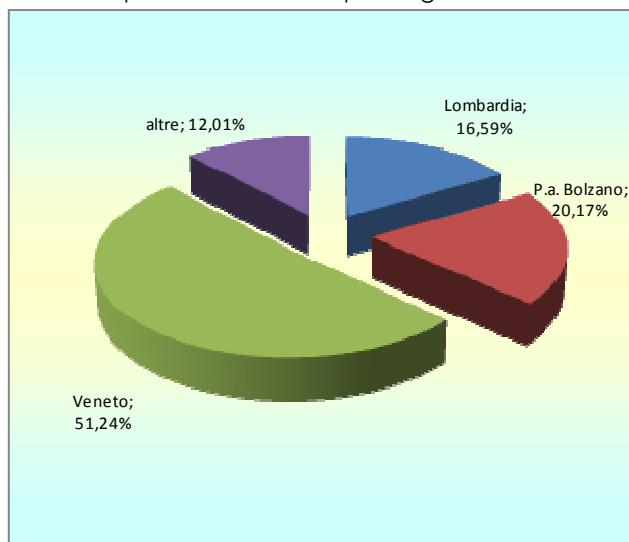
Con riferimento all'attività erogata dall'**U.O. di Protonterapia** dell'ospedale di Trento si precisa che nel 2017 sono state imputati in mobilità 151 mila euro ai quali vanno aggiunti 2,3 milioni di euro addebitati con fatturazione diretta.

Infatti, le prestazioni di protonterapia pur essendo state introdotte nel LEA nazionali, non risultano valorizzate con apposita tariffa, pertanto la regolamentazione degli addebiti è determinata secondo modalità concordate tra Regioni.

Mobilità sanitaria interregionale passiva

Dal sottostante grafico si evince che oltre l'80% del valore delle prestazioni fruite dagli assistiti del SSP nel 2017 sono erogate da strutture ubicate in Veneto, Lombardia e nella Provincia autonoma di Bolzano.

Figura 66: Mobilità passiva 2017 – composizione addebiti per Regione



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome in data 15.05.2018.

L'attività finanziariamente più rilevante sono i ricoveri che con i 47,1 milioni di euro rappresentano il 74% del totale complessivo di mobilità passiva anno 2017, seguono le prestazioni di specialistica ambulatoriale, che ammontano a 8,2 milioni di euro (pari al 13%) e la somministrazione diretta di farmaci che si assesta a 5,3 milioni di euro (pari all'8%).

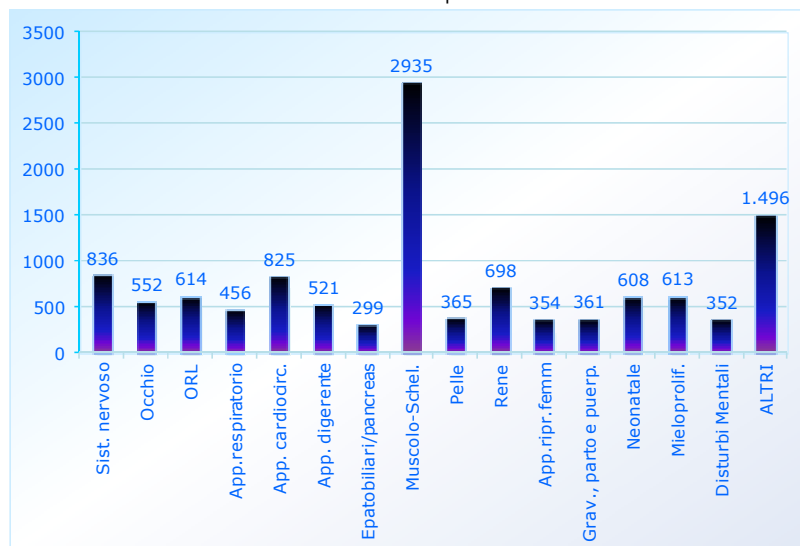
Significativa è la 'mobilità necessitata' derivante da:

* 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 per MDC Major Diagnostic Categories anno 2017 di mobilità passiva.

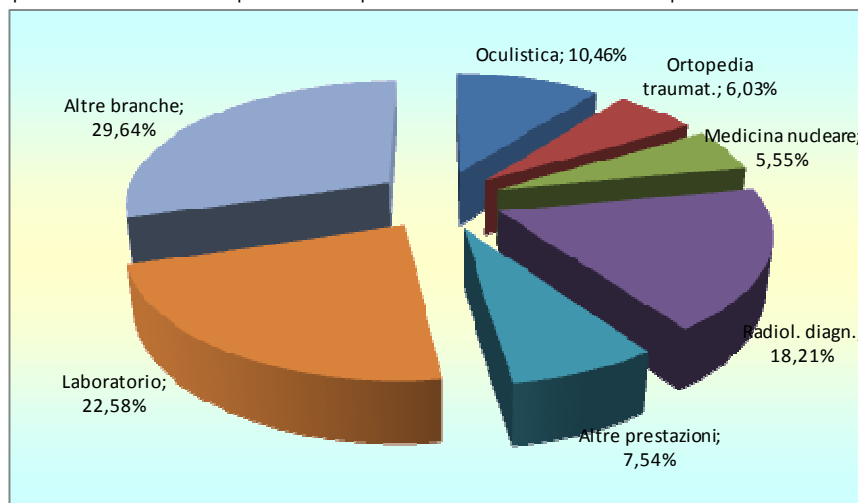
Figura 67: Mobilità passiva 2017 – numero ricoveri suddivisi per MDC



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome in data 15.05.2018.

Relativamente all'attività di specialistica ambulatoria – mobilità passiva 2017 - si propone la composizione degli addebiti per branca di riferimento.

Figura 68: Mobilità passiva 2017 – composizione specialistica ambulatoriale per BRANCA



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome in data 15.05.2018.

L'attività di somministrazione diretta farmaci addebitata attraverso il flusso 'F' per il 2017 dalle Regioni Lombardia, Veneto e P.a. di Bolzano è pari a circa 5 milioni di euro e rappresenta oltre il 90% dell'importo complessivo.

Le erogazioni riferite al gruppo terapeutico 'Farmaci antineoplastici e immunomodulatori' sono pari a € 3,8 milioni di euro e rappresentano la voce finanziariamente più rilevante (oltre il 73% del totale addebitato).

Oltre alle voci dei flussi standard (ricoveri, medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta farmaci e trasporti con ambulanza ed elisoccorso), sono regolamentate attraverso l'istituto della mobilità sanitaria anche le voci riepilogate nella sottostante tabella riferita alle matrici dei saldi della Provincia autonoma di Trento, anno 2017.

Tabella 67: sintesi voci regolamentate con istituto della mobilità sanitaria per la Provincia autonoma di Trento. Anno 2017

Voci	Importo
Flussi standard	-6.817.647
Ricerca e reperimento cellule staminali	-363.952
Plasmaderivazione*	115.436
Cessione emocomponenti	1.250.891
Residui manicomiali	0
TOTALE	-5.815.272

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome nel mese di maggio 2018.

Per la voce 'Plasmaderivazione' è stato riportato il valore anno 2016 in quanto è l'ultimo anno disponibile al momento della redazione del presente documento.

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.

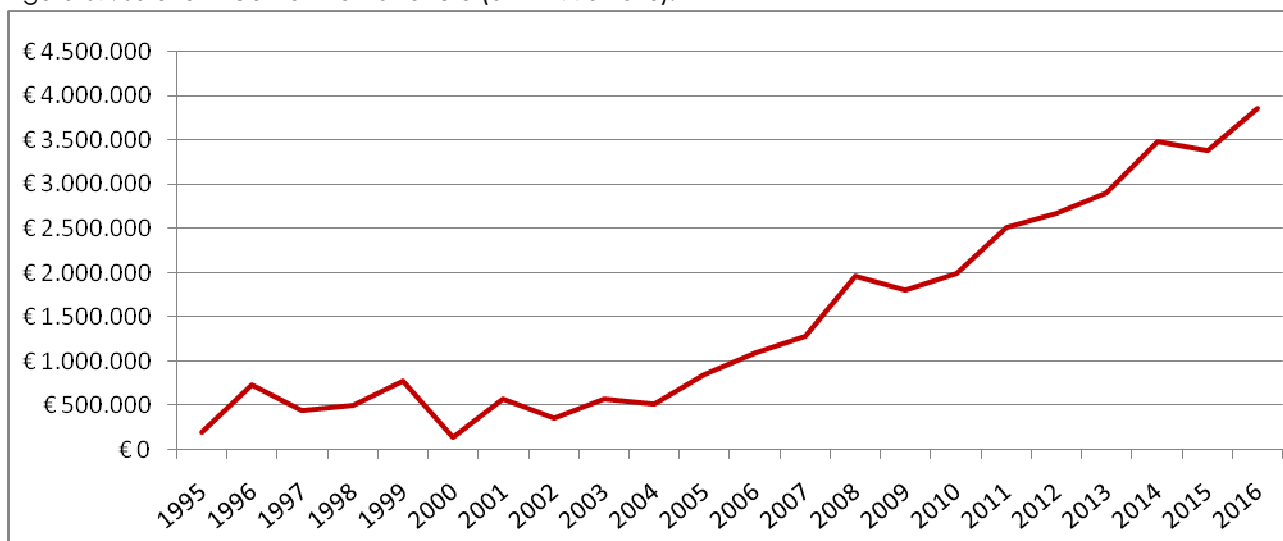
Solo la direttiva 2011/24/UE del 9.03.2011 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, recepita dall'Italia con Decreto Legislativo n. 38/2014, ha formalizzato il diritto dei pazienti – già sancito dalla giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea - a recarsi in uno Stato membro diverso 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 beneficino 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.

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 **2016 (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 **3.862.416 euro** nel 2016.

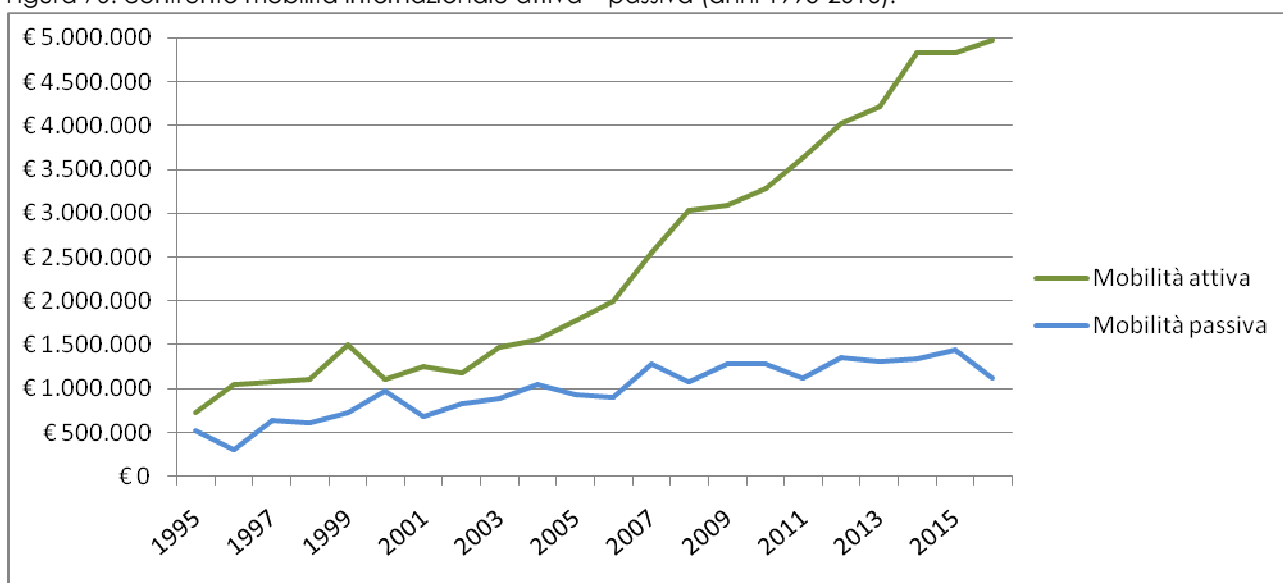
Figura 69: saldi di mobilità internazionale (anni 1995-2016):



Fonte: Applicativo N.S.I.S. – estrazione dati 27.08.2018.

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 70: confronto mobilità internazionale attiva – passiva (anni 1995-2016):



Fonte: Applicativo N.S.I.S. – estrazione dati 27.08.2018.

Nel 2016 si è registrato un lieve aumento della mobilità attiva (+3%) a fronte di un calo significativo della mobilità passiva (-22%), con il conseguente incremento del 14% del saldo (positivo) di mobilità internazionale. Per interpretare correttamente il dato, tuttavia, va tenuto presente che i valori di mobilità internazionale sono dinamici e pertanto in continua evoluzione, soprattutto con riferimento alla mobilità passiva.

All'aumento della mobilità attiva corrisponde il progressivo incremento degli arrivi in Provincia Autonoma di Trento di cittadini provenienti da Paesi dell'Unione Europea (+6% nel 2016 rispetto al 2015).

Tabella 68: Arrivi stranieri

Stati esteri di provenienza	1995	2000	2005	2010	2014	2015	2016
Germania	300.629	376.621	351.329	349.396	430.634	444.908	471.466
Polonia	-	-	8.332	70.940	81.424	77.598	81.358
Regno Unito	53.048	78.043	82.835	62.153	63.740	67.620	70.378
Austria	36.096	48.439	43.207	60.012	60.428	63.273	64.411
Repubblica Ceca	-	-	8.170	55.292	58.617	60.690	64.050
Altri stati Unione Europea (UE)	83.985	112.073	119.170	183.955	204.028	219.822	239.258
Totale Unione Europea (UE)	473.758	615.176	613.043	781.748	898.871	933.911	990.921

Fonte: ISPAT - Arrivi e presenze negli esercizi alberghieri per stato estero di provenienza (1995-2016).

Di seguito vengono rappresentati, per ciascuna **categoria di assistiti**, gli importi a credito (mobilità attiva) e a debito (mobilità passiva) relativi all'anno 2016.

Tabella 69: MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA 2016 – importi per CATEGORIA DI ASSISTITI

Categoria assistiti	Temporaneo Soggiorno	Trasferimenti per cure	Iscritti a carico di istituzioni estere	Altro	TOTALE
Mobilità ATTIVA	3.810.780	61.299	1.081.922	26.867	4.980.868
Mobilità PASSIVA	690.021	67.825	360.606	0	1.118.452
SALDO	3.120.759	-6.526	721.316	26.867	3.862.416

Fonte: applicativo N.S.I.S. – estrazione dati 27.08.2018.

In analogia con gli anni precedenti, si osserva che la **mobilità attiva** è costituita in maniera preponderante 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 ("temporaneo soggiorno").

Nella tabella sottostante si propone, per le stesse categorie, il confronto con l'anno precedente. Con riferimento all'anno 2015 si espongono i dati aggiornati al 27.08.2018, che differiscono leggermente da quelli indicati nell'ultimo Bilancio di Missione per i motivi evidenziati in precedenza.

Tabella 70: CONFRONTO 2015/2016 – importi per CATEGORIA di ASSISTITI

Tipologi a assistiti	Temporaneo Soggiorno		Trasferimenti per cure		Iscritti a carico di istituzioni estere		Altro		TOTALE	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Mobilità ATTIVA	3.787.329	3.810.780	13.061	61.299	1.021.973	1.081.922	4.073	26.867	4.826.436	4.980.868
Mobilità PASSIVA	877.547	690.021	206.618	67.825	340.412	360.606	21.941	0	1.446.518	1.118.452
SALDO	2.909.782	3.120.759	-193.557	-6.526	681.561	721.316	-17.868	26.867	3.379.918	3.862.416

Fonte: applicativo N.S.I.S. – estrazione dati 27.08.2018.

Con riferimento alla mobilità attiva, lo scostamento più significativo rispetto all'anno precedente riguarda i trasferimenti per cure: l'aumento degli importi addebitati nel 2016 è imputabile all'attività erogata dal Centro di Protonterapia di Trento (nel 2016 infatti, sono stati registrati 5 casi - rispetto ad un solo caso nel 2015 - di assicurati esteri muniti di modello S2 che hanno fruito di trattamenti di protonterapia). A tal riguardo va precisato che la Romania, pur aderendo ai Regolamenti comunitari di sicurezza sociale, non emette il formulario S2 per questa tipologia di cure ma ne sostiene ugualmente i costi tramite il canale della fatturazione diretta (nel 2016 APSS ha emesso fatture per euro 32.535).

Per la mobilità passiva, invece, si registra – ad oggi - una riduzione del 20% degli addebiti per prestazioni erogate ad assistiti del Servizio Sanitario Provinciale nel corso di un temporaneo soggiorno in Paesi convenzionati con l'Italia. Risultano in netta flessione (- 67%) anche gli importi addebitati per prestazioni programmate fruiti all'estero da assistiti del Servizio Sanitario Provinciale: tale calo, tuttavia, è imputabile in buona parte ad un ritardo nella trasmissione degli addebiti da parte degli Stati Esteri (in particolare la Germania) e non ad un'effettiva riduzione delle persone autorizzate a fruire di cure di alta specializzazione all'estero.

RELAZIONE CON I CITTADINI

COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ

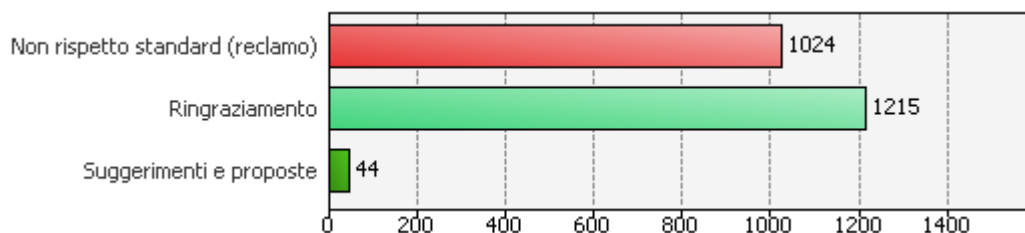
La comunicazione efficace con gli utenti si avvale in APSS di una serie di strumenti informativi ormai consolidati: dall'attività informativa allo sportello e telefonica (numero unico telefonico Prontosanità), agli incontri con le associazioni dei cittadini, alle iniziative editoriali aziendali, all'aggiornamento 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 2017, suddivise tra reclami, ringraziamenti e suggerimenti/proposte.

Figura 71 : Segnalazioni distinte per tipologia (anno 2017)



Ringraziamenti: le 1215 segnalazioni positive pervenute nel 2017 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 53,22% di tutte le segnalazioni pervenute.

Reclami: Complessivamente un aumento dei reclami pervenuti rispetto al 2016 (+28,5%). Le segnalazioni di disservizio in percentuale più numerose 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 un aumento dei reclami sugli aspetti della cortesia e dell'umanizzazione e una diminuzione dei reclami riguardanti i tempi di attesa per prenotare una prestazione.

I principali ambiti di insoddisfazione da parte dei cittadini sono stati:

- Servizio di continuità assistenziale (guardia medica): qualità prestazioni e disponibilità;
- Ticket al Pronto soccorso: contestazione in particolare per l'accesso in seguito a urgenze post intervento;
- Tempi di attesa per diverse prestazioni specialistiche e agende non disponibili su diverse specialità con disagi per i cittadini che devono continuare periodicamente a telefonare al CUP;
- Visite di controllo non prenotate direttamente al momento della prima visita;
- Non rispetto degli orari dell'appuntamento;
- 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
- Contestazione del servizio di prenotazione prelievi da parte di anziani (e viceversa numerosi elogi per lo stesso servizio da parte di altri utenti)
- Difficoltà di contatto telefonico con alcuni servizi (numeri sempre occupati).

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:

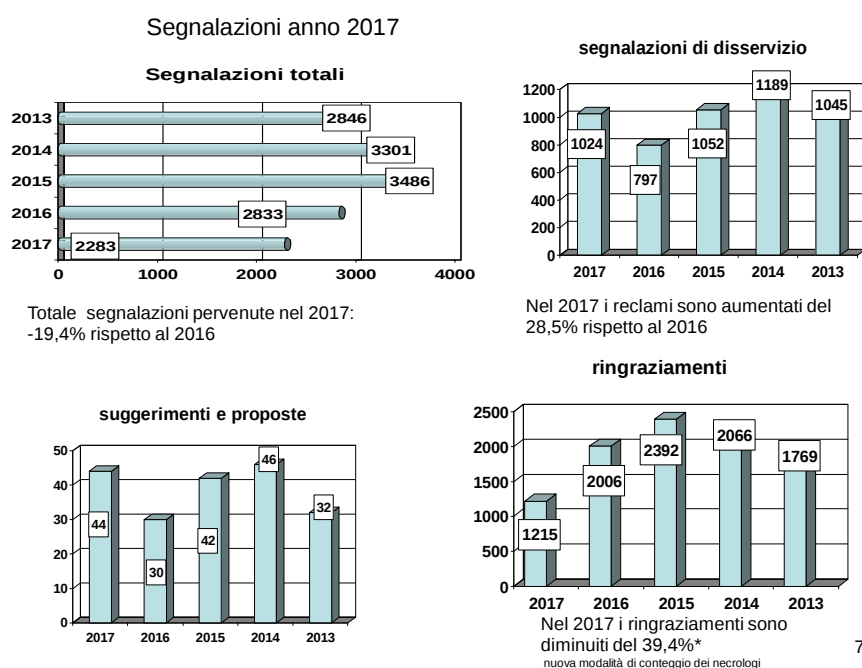
- a livello micro: in ogni U.O./Servizio si possono utilizzare le segnalazioni pervenute per riflettere su quanto il cittadino ha segnalato e, se il caso, adottare le opportune azioni finalizzate al miglioramento della qualità;
- a livello macro: si possono utilizzare i dati per individuare "criticità di sistema" o trasversali.

Per quanto riguarda i tempi di risposta, come sotto evidenziato, nel 2017 i tempi medi di risposta sono stati in media di 21,4 giorni rispetto ai 19,2 giorni dell'anno precedente.

Tabella 71: segnalazioni di disservizio: tempi di risposta in giorni (2013-2015)

	2015	2016	2017
Tempi di risposta (giorni)	18,5	19,2	21,4

Figura 72: trend delle segnalazioni distinte per tipologia dal 2013 al 2017



L'esame dell'andamento delle segnalazioni evidenzia un aumento generale delle segnalazioni di disservizio, a cui corrisponde una diminuzione dei ringraziamenti (dovuta in particolare alla diminuzione del numero di ringraziamenti contenuti nei necrologi).

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAI CITTADINI

INDICATORE: Abbandoni da Pronto Soccorso

L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale.

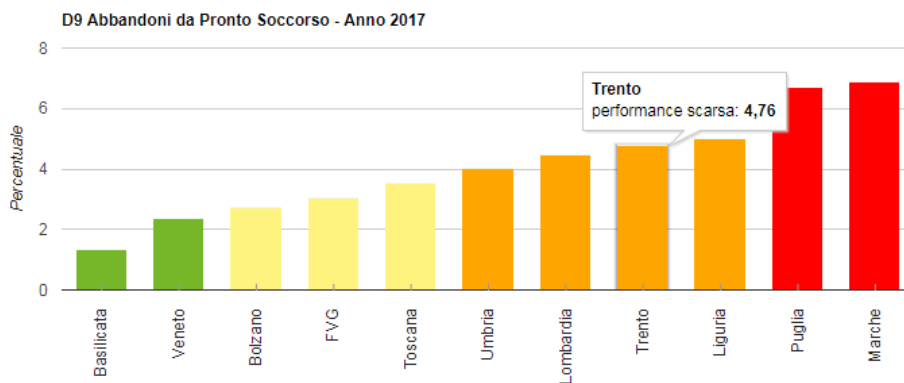
L'indicatore fornisce indicazioni sull'attivazione di una "sorveglianza" da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione,

affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia rispetto agli accessi in Pronto Soccorso.

Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura del verbale di PS.

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, per il 2017 APSS ottiene una valutazione di performance scarsa (4,47), che presenta ampi margini di miglioramento (vedi figura sotto)

Figura 73: Abbandoni da pronto soccorso: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (2017)



INDICATORE: Percentuale di dimissioni volontarie

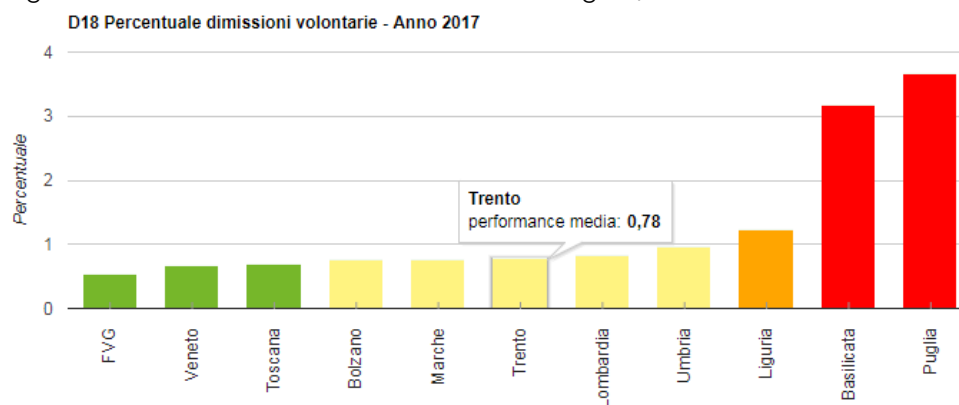
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario 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 2017 APSS ottiene una valutazione di performance media (0,78), in linea con la media del Network.

Figura 74: Dimissioni volontarie: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (2017)



QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL DELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO

L'accreditamento Joint Commission International (JCI) è un processo di accreditamento volontario attraverso il quale tutto il personale dell'ospedale Santa Chiara accetta di mettersi in gioco uscendo dalla propria autoreferenzialità per farsi valutare da un ente terzo, indipendente e non governativo, che certifica e garantisce che un'organizzazione sanitaria sia conforme a specifici standard di qualità e sicurezza delle cure validati internazionalmente.

L'accreditamento JCI non valuta le diverse componenti di una struttura e i risultati che queste ottengono singolarmente, ma valuta l'organizzazione 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 generale dell'organizzazione che dei comportamenti dei singoli professionisti facendo diventare il miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti parte integrante della pratica quotidiana.

Anche per il 2017 il metodo di lavoro adottato per il mantenimento dei livelli raggiunti ha previsto l'implementazione di numerosi programmi di lavoro quali ad esempio il piano per il miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, il piano per la prevenzione e controllo delle infezioni, i programmi per la gestione dei rischi delle infrastrutture, che si sviluppano in modo integrato e coerente con gli strumenti di governo dell'APSS quali la programmazione sanitaria e il processo di budget.

Tradurre quanto sopra in numeri vuol dire impegnarsi per dimostrare la conformità a 287 standard e oltre 1.500 elementi misurabili che toccano tutti gli aspetti che riguardano il processo di cura del paziente (accesso alle cure e continuità assistenziale, diritti dei pazienti e dei familiari, valutazione dei pazienti, cura dei pazienti, procedure anestesilogiche e chirurgiche, gestione dei farmaci, educazione del paziente e dei familiari), l'organizzazione della struttura sanitaria (miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, prevenzione e controllo delle infezioni, governo, leadership e direzione, gestione della sicurezza degli ambienti ed edifici, qualificazione e formazione del personale, gestione della comunicazione e delle informazioni) e sei obiettivi internazionali di sicurezza del paziente (corretta identificazione del paziente, comunicazione efficace, gestione dei farmaci ad alto rischio, garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta, riduzione del rischio per le infezioni correlate alle pratiche assistenziali e riduzione del danno conseguente alla caduta del paziente).

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.

Possono essere segnalati sia i quasi eventi, che gli eventi avversi con e senza danno. Alla luce dell'esperienza maturata negli anni passati, che ha portato allo sviluppo di sistemi diversificati per i differenti ambiti assistenziali (ospedaliero e territoriale), nel 2017 è stato avviato un lavoro di omogeneizzazione delle schede di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, che ha tenuto comunque conto delle specificità dei contesti ospedaliero, territoriale e di Trentino Emergenza 118.

INDICATORE: Numero di segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi mediante schede di incident reporting ospedaliero

Figura 75: N. segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi con scheda di incident reporting ospedaliero (triennio 2015 – 2017). Si segnala che nel corso del 2017, le cadute accidentali sono state tolte dall'incident reporting, in quanto è stata introdotta una specifica scheda di segnalazione cadute

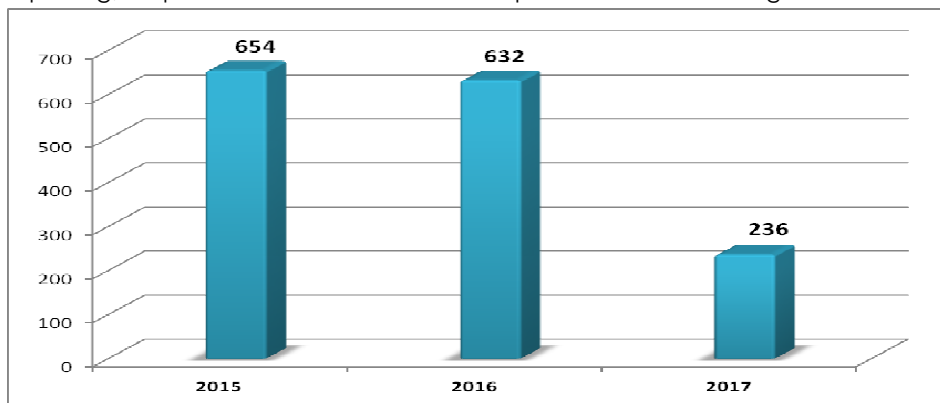


Tabella 72: Tipologie di eventi segnalati con le schede di incident reporting ospedaliero nel triennio 2015 – 2017 [sono segnalabili 5 tipologie di eventi (cadute accidentali, errore uso farmaci, ulcere da pressione, corpi estranei, incidente trasfusionale)].

Tipologia	2015	2016	2017
	N. casi	N. casi	N. casi
Cadute accidentali	412	443	105 (*)
Errore uso farmaci	202	158	117
Ulcere da pressione	36	29	13
Corpi estranei	0	1	0
Incidente trasfusionale	4	1	1
Totale	654	632	236

Legenda:(*) Nel corso del 2017 le cadute accidentali sono state tolte dall'incident reporting, in quanto è stata introdotta una specifica scheda di segnalazione cadute.

INDICATORE: Numero di segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi mediante schede di incident reporting territoriale

Ai fini della corretta interpretazione dei dati sottoposti, è necessario tenere presente che nel contesto territoriale, soprattutto per le cure domiciliari e le cure palliative, è determinante il ruolo svolto dai pazienti e/o dai caregiver nell'evento avverso, in quanto sono loro i principali "coordinatori" dei propri percorsi di cura e delle conseguenti prestazioni assistenziali. A differenza del contesto ospedaliero, gli operatori sanitari intervengono solo in momenti definiti; ne consegue che molti degli eventi segnalati non vedono un loro diretto coinvolgimento. Nondimeno, è importante che tali eventi vengano comunque portati all'attenzione (per esempio, cadute accidentali, errori di terapia ed altri eventi ancora che vengono riferiti dal paziente/caregiver), al fine di poter rilevare le "condizioni predisponenti" il loro verificarsi e cogliere le eventuali criticità, in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Figura 76: Numero di segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi mediante scheda di incident reporting territoriale (triennio 2015 – 2017)

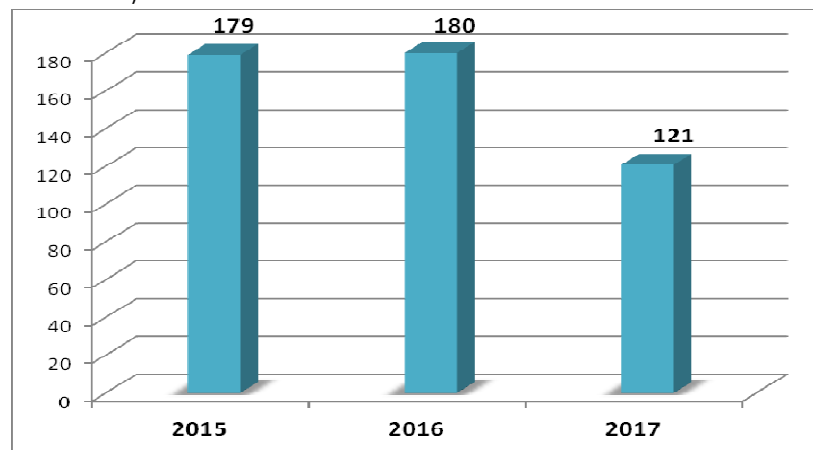


Tabella 73: Tipologie di eventi segnalati mediante le schede di incident reporting territoriali (triennio 2015 – 2017)

Tipologia di evento	2015	2016	2017
	N. casi	N. casi	N. casi
Gestione farmaco	65	67	49
Caduta (*)	30	49	15
Procedura diagnostica no adeguata	16	5	2
Identificazione paziente/lato/sede	10	13	4
Ulcere da pressione / Lesione cutanea	6	3	2
Eteroaggressività	26	13	33
Gestione dispositivi/ausili/apparecchi.	9	10	2
Prestazione assistenziale no adeguata	4	2	6
Procedura amministrativa no adeguata	0	5	5
Procedura chirurg./terapeutica no	2	1	2
Procedura diagnostica ritardata	2	0	1
Procedura chirurg./terapeutica ritardata	0	1	0
Procedura diagnostica omessa	1	0	0
Prestazione assistenziale omessa	2	2	0
Prestazione assistenziale ritardata	3	1	0
Gestione sangue	0	2	0
Altro	3	1	0
Totale	179	175	121

Legenda: (*): le cadute comprendono sia quelle che hanno coinvolto pazienti assistiti nella struttura Hospice, sia quelle avvenute al domicilio di pazienti in carico alle Cure Domiciliari e riferite agli operatori dallo stesso paziente/caregiver.

Sulla base delle segnalazioni pervenute, sono state realizzate e/o avviate le seguenti progettualità:

- progetto di miglioramento per la gestione dei vaccini Look Alike / Sound Alike (LASA), che ha portato alla stesura di una specifica procedura;
- messa in atto di iniziative per la prevenzione e gestione degli agiti aggressivi nei confronti degli operatori in aree a rischio (Servizio Dipendenze e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), quali la stesura di procedure per la prevenzione e gestione dell'aggressività, una serie di lavori di ristrutturazione degli spazi fisici al fine di aumentare la sicurezza dei lavoratori, interventi formativi specifici;
- conduzione di significant event audit (analisi delle cause determinanti e/o dei fattori contribuenti il verificarsi dell'evento) su singole segnalazioni che non hanno avuto conseguenze significative sul paziente operatore, ma potenzialmente in grado di provocare un danno anche grave.

Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale

Nel corso del 2016, si è lavorato alla elaborazione della "Procedura aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute in Ospedale". L'esigenza di lavorare a tale documento era emersa dall'analisi delle schede di incident reporting pervenute dalle quali risultava che le cadute erano uno degli eventi avversi più frequenti.

Il 2017 è stato, pertanto, dedicato alla messa a sistema della procedura attraverso la realizzazione di una specifica attività formativa rivolta agli operatori dei 7 ospedali di APSS. Per favorire la loro partecipazione sono stati effettuati 10 incontri nelle diverse sedi ospedaliere.

È stato importante diffondere i contenuti del documento date le importanti innovazioni introdotte dallo stesso, di seguito riportate:

- definizione di due livelli di rischio caduta dei pazienti (rischio minimo e rischio maggiore) e delle tempistiche per la valutazione iniziale e le successive rivalutazioni;
- introduzione di una scheda di valutazione del rischio caduta dei pazienti unica a livello aziendale (Scala ReTos per gli adulti e Scala Humpty Dumpty per i pazienti in età pediatrica);
- adozione di una apposita scheda di pianificazione delle misure preventive da mettere in atto sul paziente a seconda del livello di rischio rilevato, stampata sul retro della Scala di valutazione del rischio;
- predisposizione di una specifica scheda di segnalazione delle cadute cartacea unica a livello aziendale, che ha sostituito le precedenti modalità di notifica, che avvenivano attraverso il sistema di incident reporting e/o il modulo di denuncia di evento lesivo accidentale.

In aggiunta a quanto sopra, nel corso del 2017, si è reso necessario organizzare una serie di incontri per specifici ambiti operativi (Day Surgery; Day Hospital; Servizi di Endoscopia), al fine di contestualizzare alcune indicazioni contenute nella procedura e renderle più facilmente applicabili.

L'uso di un unico strumento di segnalazione consentirà di creare uno specifico database aziendale.

In prospettiva, si lavorerà per l'informatizzazione delle schede introdotte con la Procedura.

COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI

Comitato aziendale per il controllo e sorveglianza infezioni correlate ai processi assistenziali (CIPASS) è un organismo tecnico-scientifico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. E' 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.

A tale proposito il Servizio ospedaliero provinciale ha istituito nel 2017, su proposta del CIPASS, dei Gruppi Operativi specifici composti da professionisti esperti.

Due Gruppi Operativi denominati "Antimicrobial Stewardship" affrontano la problematica particolarmente rilevante, sia sul versante ospedaliero che su quello territoriale, dei microrganismi patogeni resistenti agli antibiotici, attuando delle strategie idonee per migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli antibiotici, ad esempio attraverso l'aggiornamento delle linee guide aziendali inerenti l'Antibiotico profilassi in chirurgia dell'adulto e l'Antibiotico terapia empirica e il monitoraggio sul corretto timing della somministrazione dell'antibiotico profilassi nell'adulto.

Inoltre il **Gruppo Operativo Gestione dei Disinfettanti e degli Antisettici** è finalizzato alla scelta appropriata dei prodotti ad azione antisettica e disinfettante e al loro corretto utilizzo, fattore importante per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza. Il Gruppo ha l'obiettivo di selezionare i prodotti più efficaci, definire standard operativi uniformi di utilizzo e fornire supporto informativo e consulenza agli operatori aziendali, promuovendo anche eventuali interventi di formazione e aggiornamento in materia.

Infine il **Gruppo Operativo Processi di Sterilizzazione**, costituito al fine di governare in modo omogeneo il processo di ricondizionamento dei Dispositivi Medici (DM) sterili all'interno dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in particolare per quanto attiene le metodiche di sterilizzazione a vapore e a perossido d'idrogeno, attraverso la creazione di una rete di referenti nelle varie strutture

Nel 2017, su iniziativa del CIPASS, è stata inoltre adottata la nuova "Procedura aziendale per la gestione dell'esposizione dei dipendenti di ditte gestori di servizi appaltati ad incidenti a rischio biologico e a TBC".

Una delle principali attività del CIPASS è quella di promuovere le attività di **sorveglianza delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICA)** che sono essenziali per la realizzazione di programmi indirizzati a promuovere la qualità dell'assistenza e a ridurre il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari.

Il sistema di sorveglianza delle ICA negli ospedali aziendali si basa sui dati dei due Laboratori di Microbiologia di Trento e di Rovereto. E' un sistema di sorveglianza continuo che prevede anche l'intervento di personale specializzato per verificare i singoli casi segnalati.

Attraverso un software dedicato (*Mercurio*) sono generati e inviati per mail di posta elettronica ad una lista di persone selezionate (es. primario, caposala, direzione medica..) degli avvisi d'isolamento di microrganismi *alert* individuati su campioni biologici di pazienti, con relativo antibiogramma e informazioni specifiche di isolamento/precauzioni standard con avviso di una possibile infezione ospedaliera in relazione al periodo di ricovero.

La segnalazione rapida di alert organism e cluster epidemici da Laboratorio, permette di attivare e predisporre le misure necessarie di isolamento e prevenzione per i singoli casi, evitando la diffusione intra ospedaliera. Infatti un irrinunciabile passo per il controllo delle ICA riguarda l'applicazione delle misure di isolamento dei pazienti con infezioni o colonizzazioni da microrganismi specifici, generalmente multiresistenti, quali ad esempio *Stafilococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), Enterobatteri ESBL e *Clostridium difficile*.

Oltre al tasso delle infezioni correlate all'assistenza, il sistema permette di rilevare un altro importante dato, consistente nelle informazioni sui **profili di resistenza batterica (antibiotico resistenza)**.

COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE

Nel 2017 il Comitato Ospedale Territorio senza dolore (COTSD):

- ha lavorato avvalendosi di uno specifico gruppo di lavoro all'aggiornamento del documento "Linee di indirizzo aziendali per la gestione del dolore" e alla redazione di un opuscolo informativo per il paziente caregiver;
- in occasione della "Giornata Nazionale del Solievo ha promosso e coordinato lo svolgimento di una indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore in tutte le strutture del servizio ospedaliero provinciale e nelle strutture private convenzionate, avvalendosi della collaborazione del Polo Universitario per le Professioni Sanitarie.

Nella stessa giornata sono state condotte indagini conoscitive sul tema del dolore sia sulla popolazione generale che sulle persone che si sono recate in farmacia.

Sono state così complessivamente raccolti oltre 1.300 questionari; i risultati sono stati presentati ai professionisti del SOP in due specifiche iniziative;

- ha assicurato la partecipazione attiva ai lavori del neo costituito organismo provinciale di Coordinamento della rete per le cure palliative, della rete per la terapia del dolore e della rete per la terapia del dolore e cure palliative pediatriche.

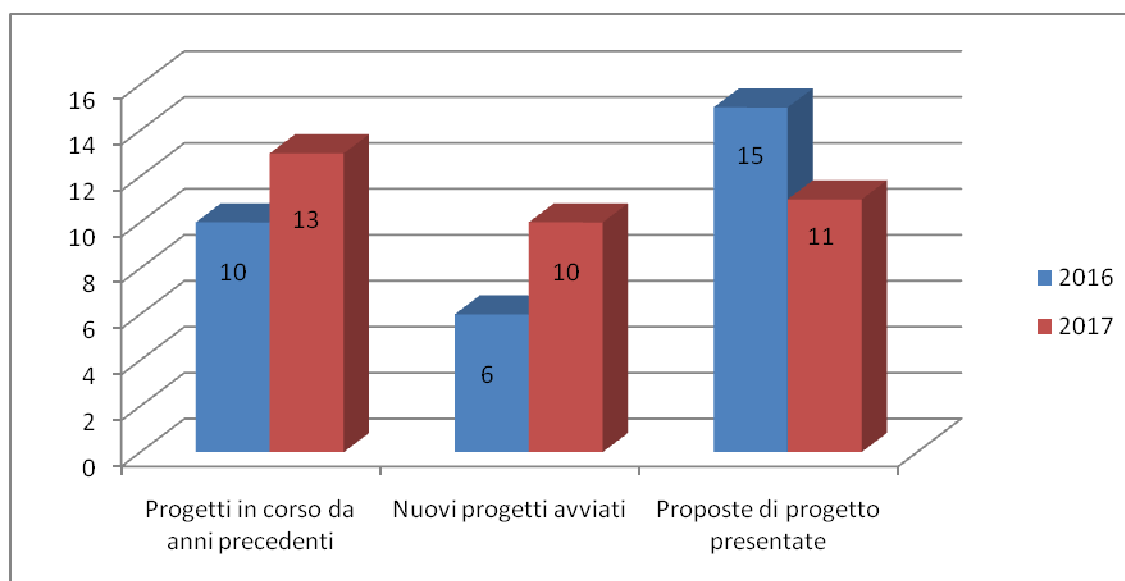
RICERCA E INNOVAZIONE

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 2017, 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 77: Progetti di ricerca finanziati in APSS (anni 2016 - 2017)



SOSTENIBILITA' ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO

LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

Il finanziamento della spesa sanitaria provinciale avviene attraverso il fondo sanitario provinciale, il fondo per l'assistenza integrata, la compartecipazione diretta dei cittadini, i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, anche a carattere territoriale, le tariffe.

Più specificatamente, 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. Per la parte degli investimenti le risorse sono messe a disposizione sul Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale di cui si dirà in un successivo paragrafo.

I sistemi di controllo interno della spesa per l'esercizio 2017 (**budget**, con periodici report relativamente al livello delle risorse consumate per singoli centri di responsabilità e **programmi periodici di spesa**, per il monitoraggio ed il controllo dell'utilizzo delle risorse da parte dei Servizi ordinatori di spesa al fine di garantire costantemente l'equilibrio economico-finanziario aziendale) sono coerenti con le direttive dettate dalla Giunta provinciale per l'esercizio 2017 emanate con deliberazione di G.P. n. 2.413 di data 20/12/2016, poi aggiornate in via definitiva con successivo provvedimento dell'esecutivo provinciale n. 2.346 di data 28/12/2017.

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario provinciale di parte corrente è stato assestato, da ultimo, con integrazione ex deliberazione di Giunta Provinciale n. 2.346 di data 28/12/2017 in € 1.159.073.049,25=, precisando che con nota PAT prot. n. 214834 di data 11/04/2018, l'Assessorato alla Salute e Politiche sociali ha specificato la necessità di contabilizzazione delle voci di provento da pay back per € 4.939.009,61=, con storno dalla voce dei contributi indistinti da Provincia Autonoma di Trento per quota del Fondo Sanitario Provinciale.

Nei finanziamenti a destinazione vincolata è ricompresa la quota per la copertura del canone per il funzionamento del Centro di Protonterapia; la parte relativa all'anno successivo 2018 è stata scontata per un importo pari a 9,3 milioni, come previsto dalla deliberazione di Giunta Provinciale n. 2398/2015.

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 55,22 milioni di euro), i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket, per 21,05 milioni di euro), i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione sanitaria (per 11,14 milioni), le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (per € 9,29 milioni di euro), i concorsi, recuperi e rimborsi (per € 8,63, compresa la contabilizzazione del Pay back), gli altri ricavi e proventi (per € 4,64 milioni) e le prestazioni erogate ad assistiti extra PAT nella REMS e nelle strutture dell'ex OP (pari, nel complesso, ad € 1,40 milioni), **per un totale complessivo di ricavi propri pari a 111,37 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. 16/10, dalla Giunta Provinciale in coerenza con le risorse disponibili nell'ambito del Bilancio annuale e pluriennale provinciale. Nell'esercizio 2017 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 190/2014 e così come declinati per il settore sanitario nel provvedimento della Giunta Provinciale n. 2.413/2016 attraverso specifiche direttive in materia di razionalizzazione della spesa per l'anno 2017.

Sul versante dei vincoli di spesa, la Giunta Provinciale, con la citata deliberazione n. 2.413/2016, ha definito i tetti sui principali aggregati funzionali di spesa per APSS per l'esercizio 2017, che risultano nel complesso rispettati, come indicato nel provvedimento provinciale di approvazione del bilancio di esercizio (deliberazione di G.P. n. 1.103 di data 22.06.2018), **registrando un margine complessivo di oltre 16 milioni di euro.**

Nel corso dell'anno 2017 l'Azienda ha mantenuto ed in taluni ambiti potenziato (es. la Protonterapia), 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 87,4 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.

Come si è detto la gran parte delle risorse a disposizione dell'Azienda deriva dalle quote di finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per cui anche l'equilibrio finanziario è in prevalenza determinato dalla regolarità con cui vengono trasferite le erogazioni provinciali.

Trimestralmente l'Azienda provvede a formulare alla Provincia il fabbisogno di cassa 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.

Nel corso del 2017 il Servizio Bancario ha effettivamente utilizzato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di € 1.171,27 milioni, con un incremento di circa € 48 milioni rispetto all'anno precedente, anche in riferimento all'applicazione del rinnovo contrattuale.

Tabella 74: erogazioni provinciali di cassa (in milioni di euro)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.030	1.092	1.083	1.105	1.147	1.145	1.162	1.130	1.123	1.171

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 2017 è stato mediamente pari a **152 giorni** (rispetto al dato di riscossione a 156 giorni registrato nel 2016), tenuto conto del fatto che non sono però considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa.

Sul fronte dei pagamenti ai fornitori, parte interessata del sistema sanitario provinciale, si segnala che i medesimi sono stati assolti nei termini previsti dalle rispettive obbligazioni contrattuali. Al riguardo **"l'indicatore di tempestività dei pagamenti"** per l'esercizio 2017 è pari a **-7,23 giorni**, e quindi i fornitori sono mediamente pagati sette giorni prima della scadenza.

Ulteriormente, l'Azienda Sanitaria nel corso dell'esercizio 2017 ha certificato, su istanza del creditore ed entro il termine previsto di 30 giorni dalla ricezione, 14 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 2016 le richieste di certificazione erano state 22 e quindi la significativa riduzione conferma la regolarità dell'Azienda nel pagamento dei fornitori.

Il **puntuale pagamento dei fornitori** 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 e, in via residuale, da risorse per progetti di sperimentazione/ricerca. I finanziamenti sono articolati e distinti per le attrezzature sanitarie, per le attrezzature tecnico economiche, per i presidi e per i 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 dettagliatamente le tipologie di immobilizzazioni e di lavori finanziati fatta eccezione per alcuni importi residuali destinati alle spese indistinte.

L'erogazione dei fondi avviene a consuntivo mediante rendicontazione delle spese sostenute nell'ambito di ciascun intervento finanziato con evidenza del fornitore, degli identificativi della fattura, dell'importo e del mandato di pagamento, attraverso apposita modulistica approvata dalla stessa Giunta provinciale.

Per quanto riguarda l'entità dei finanziamenti disposti dalla P.A.T., complessivamente i finanziamenti in conto capitale assegnati all'Azienda nell'anno 2017 sono stati quindi pari a € 19,14 milioni, così ripartiti:

- Attrezzature Economiche: € 2,52 milioni
- Attrezzature Sanitarie: € 7,69 milioni
- Presidi protesici: € 2,40 milioni
- Opere di edilizia sanitaria: € 6,53 milioni

Tabella 75: Finanziamenti PAT in conto investimento (in milioni di euro)

Voce	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Attrezzature sanitarie	10,2	13,1	12,01	6,13	7,6	-	2,03	6,96	2,00	7,69
Attrezzature economiche	6,2	6,0	3,2	5,01	4,8	1,6	1,84	2,81	2,50	2,52
Presidi protesici	3,0	3,0	2,07	3,0	3,0	2,9	2,9	2,5	2,50	2,40
Lavori	22,5	20,0	24,9	33,3	14,3	4,5	22,44	21,53	10,90	6,53
Totale APSS	41,9	42,1	42,2	47,5	29,7	9,0	29,21	33,80	17,90	19,14

LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO

Le risorse da autofinanziamento riguardano i ricavi della gestione caratteristica derivanti dall'attività istituzionale e nel 2017 sono pari a circa € 56,1 al netto dei ricavi della mobilità sanitaria interregionale.

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 64% 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 2017 i controlli sulle esenzioni per patologia hanno consentito di garantire su tutto il territorio provinciale il corretto riconoscimento delle prestazioni esenti in coerenza allo specifico profilo di esenzione e, quale ricaduta, incassare un ticket pari a circa 288 mila euro, mentre 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 0,73 mln di euro a titolo di ticket e di sanzione amministrativa.

LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI

Nell'esercizio 2017 l'Azienda ha partecipato attivamente a progetti di ricerca finanziati da Enti esterni o dalla Provincia stessa 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 una certa iniziativa e permette una puntuale rendicontazione di fine esercizio all'ente finanziatore, con la possibilità – in tempo reale - di reperire dati contabili e tecnici all'interno di un sistema integrato di contabilità generale (contabilità generale e contabilità analitica).

Tabella 76: Finanziamenti per contributi e progetti di ricerca (in migliaia di euro)

Descrizione	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Contributi finalizzati P.A.T.	821	674	255	105	128	323	416	0,21	149
Progetti finalizzati altri enti	523	870	800	697	587	1473	379	1078	364

Nel corso del 2017 è stato inoltre introitato l'importo complessivo di 292,6 mila euro per l'alimentazione del Fondo unico per il miglioramento della qualità dei servizi al cui interno si contabilizzano i proventi da donazioni (200 mila euro), i proventi da sponsorizzazione (81,6 mila euro), nonché le quote di iscrizione per eventi formativi (11 mila 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

APSS è una delle maggiori realtà economiche della provincia 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 78

I RISULTATI

Ricadute dirette e indirette sul territorio derivanti dalla gestione delle risorse finanziarie

