



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

BILANCIO DI MISSIONE 2019

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

INDICE

INTRODUZIONE	3
IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE VISTO DALL'ESTERNO: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SCUOLA SUPERIORE S. ANNA DI PISA	3
BILANCI E ASPETTATIVE: LA PROSPETTIVA DELLA CONSULTA DELLA SALUTE.....	9
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	11
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	18
COPERTURE VACCINALI	18
SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	19
SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA.....	20
SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI.....	21
SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING	22
ASSISTENZA TERRITORIALE	25
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	25
ASSISTENZA DI BASE	32
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	37
CURE DOMICILIARI	37
SERVIZI CONSULTORIALI	38
SALUTE MENTALE.....	40
ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	55
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	60
ASSISTENZA OSPEDALIERA	65
GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA	65
APPROPRIATEZZA DELL' ATTIVITÀ CHIRURGICA.....	67
PERCORSI ONCOLOGICI.....	72
PROTONTERAPIA	74
AREA MATERNO INFANTILE.....	74
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	77
AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA.....	78
DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI.....	83
ATTIVITA' DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE	85
MOBILITÀ SANITARIA	86
RELAZIONE CON I CITTADINI	93
COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ	93
QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	95
I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO	95
COMITATO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	97
COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI	99
COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE.....	102
RICERCA E INNOVAZIONE.....	103
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO	104
LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE.....	104
LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE	105
LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO	105
LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI	106
RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO.....	106

INTRODUZIONE

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

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

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

Le attività svolte nel 2019 - secondo gli obiettivi del Programma di attività 2019 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 2019-2021 - si sono orientate al mantenimento dei livelli di attività nei servizi aziendali e all'attuazione delle azioni programmate, in particolare nei seguenti ambiti: appropriatezza, qualità e sicurezza dei processi assistenziali, valutazione degli esiti di salute e di processo, promozione della salute e prevenzione, contenimento del consumo di risorse, integrazione socio-sanitaria e integrazione ospedale-territorio, digitalizzazione delle prescrizioni specialistiche, riordino della rete ospedaliera.

Il presente documento si compone di diverse sezioni, redatte grazie al contributo delle varie articolazioni organizzative aziendali ed in particolare - dopo la rappresentazione del contesto di riferimento - vengono rappresentati gli esiti dell'attività svolta nell'ambito della prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera. Seguono dei focus specifici nei seguenti ambiti: mobilità sanitaria, rapporti con i cittadini, qualità e sicurezza nelle cure, sostenibilità economica e ricadute sul territorio.

Al fine di dare anche una prospettiva terza rispetto all'operato aziendale, nei paragrafi che seguono è sintetizzata la performance rilevata dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa - che da anni confronta tramite indicatori specifici l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza nelle varie regioni italiane.

IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE VISTO DALL'ESTERNO: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SCUOLA SUPERIORE S. ANNA DI PISA

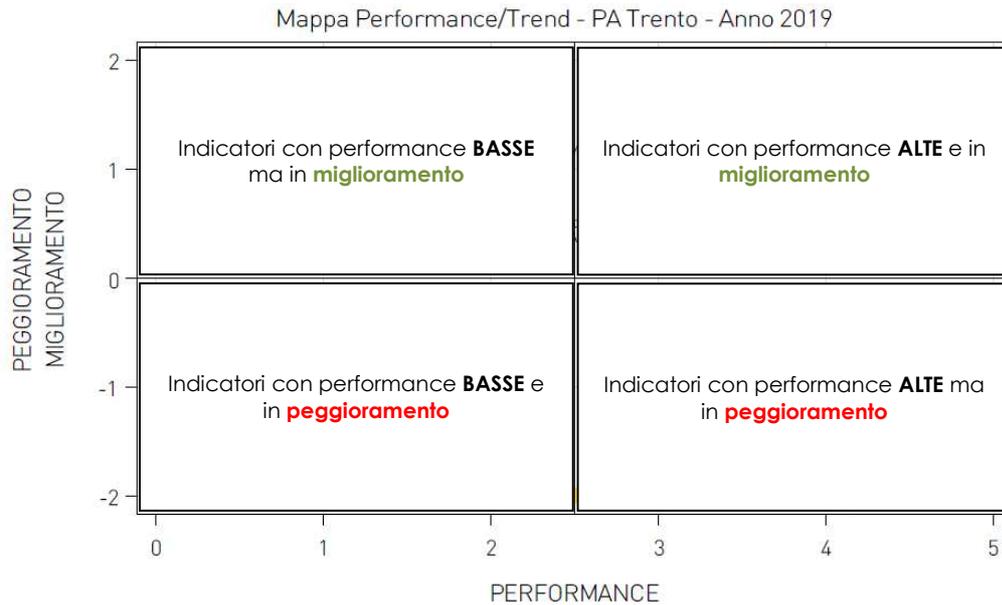
Uno dei principali strumenti per la valutazione degli esiti di salute e di processo è dato dal programma di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali del **Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**, che mette a confronto ogni anno i risultati delle attività di diverse regioni e province autonome italiane, che vi aderiscono su base volontaria.

Il programma valuta oltre 160 indicatori, concernenti diverse prospettive della performance dei sistemi sanitari, che sono raggruppati in indicatori di sintesi al fine di dare un quadro immediato e di facile lettura di ciascuna realtà

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

Gli indicatori di ogni realtà (regionale, provinciale o aziendale) sono poi rappresentati in uno schema "a bersaglio", in cui gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio e quelli con performance pessima si trovano sulla fascia rossa esterna. In aggiunta ai bersagli regionali e aziendali, il Laboratorio MeS fornisce anche delle rappresentazioni "a pentagramma" degli indicatori, che permettono di confrontare i sistemi sanitari regionali relativamente all'efficacia di presa in carico dei pazienti nei percorsi cronicità, oncologici, materno-infantile e emergenza-urgenza. Infine, il sistema permette di

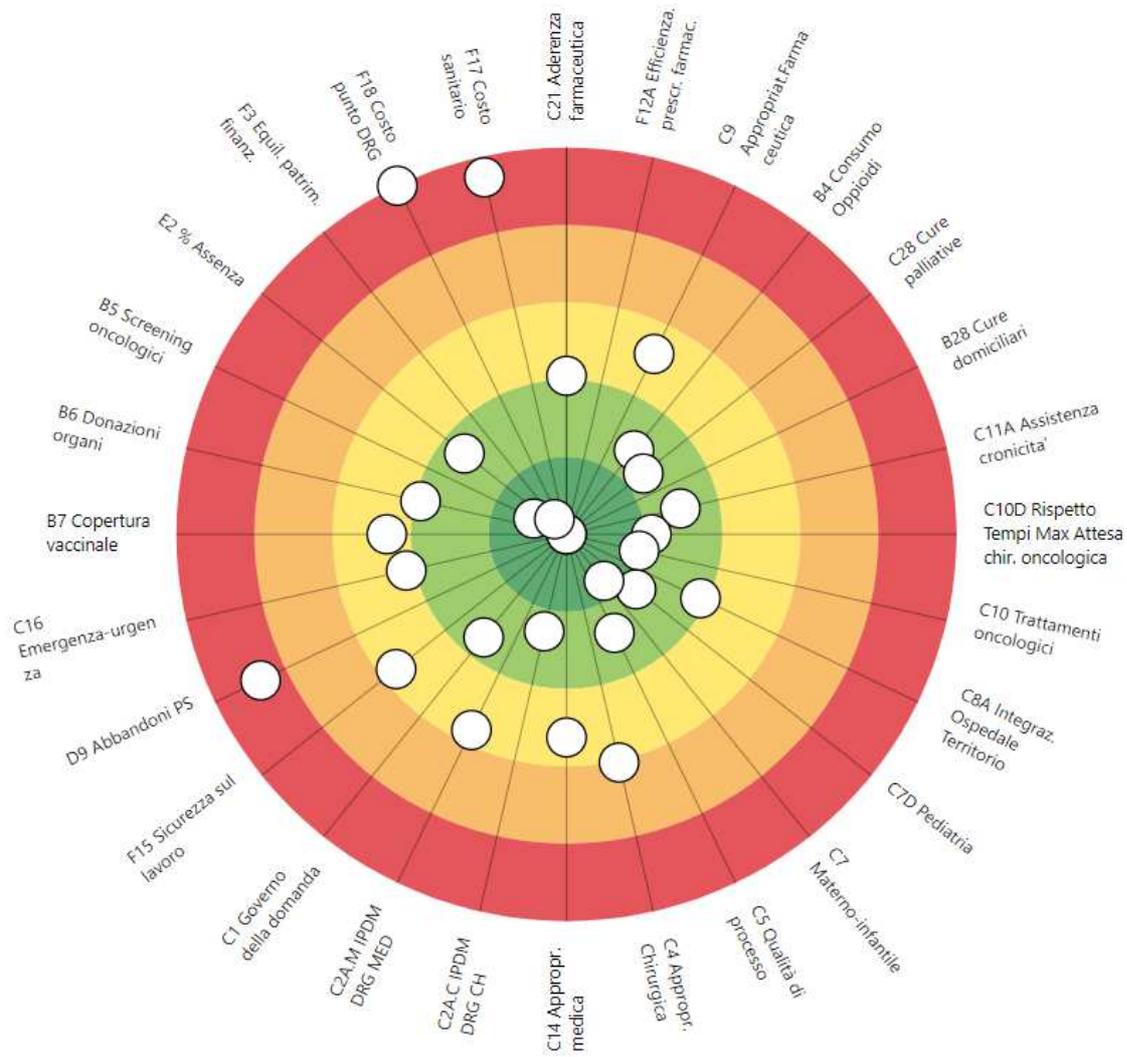
evidenziare gli indicatori migliorati e peggiorati rispetto all'anno precedente in un diagramma a matrice denominato "mappa di performance", da leggere come segue:



I risultati 2019 raggiunti dalla Provincia di Trento hanno ulteriormente confermato il buon livello raggiunto rispetto alla maggior parte degli indicatori. I migliori risultati riguardano il percorso oncologico, il settore materno infantile e pediatrico, gli screening oncologici. Buone performance hanno raggiunto anche l'assistenza alla cronicità e gli indicatori sulle cure palliative. In altri ambiti permangono delle performance scarse o basse: è il caso dell'elevata quota di abbandoni da PS, l'appropriatezza chirurgica, la sicurezza sul lavoro e gli indicatori sui costi, più alti 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).

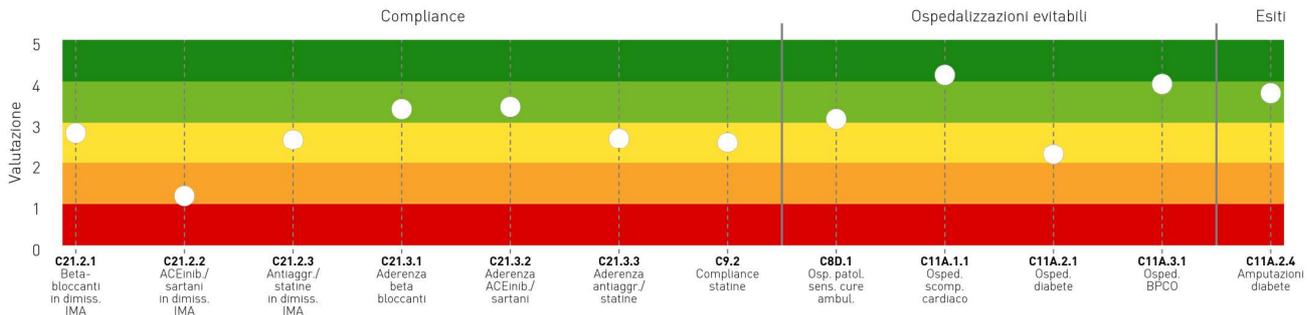
Di seguito il bersaglio e i pentagrammi 2019 e la mappa di performance della Provincia autonoma di Trento.

Bersaglio 2019 - Trento

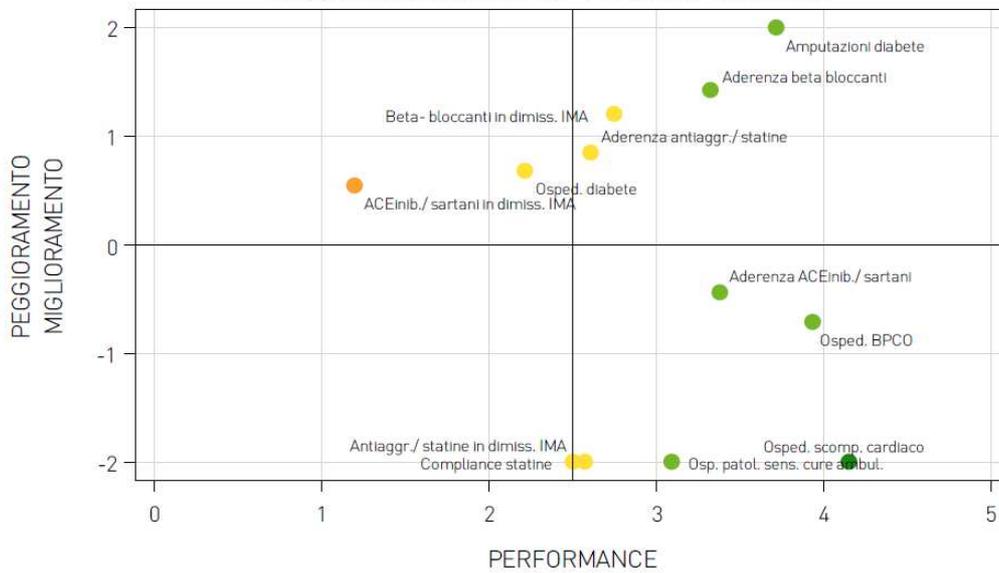


PERCORSO CRONICITA'

Percorso Cronicita' - PA Trento - Anno 2019

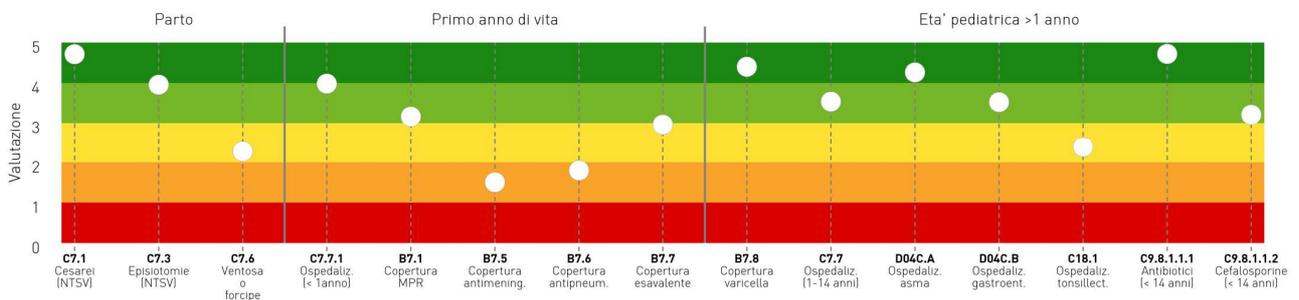


Percorso Cronicita'
Mappa Performance/Trend - PA Trento - Anno 2019



PERCORSO MATERNO-INFANTILE

Percorso Materno-Infantile - PA Trento - Anno 2019

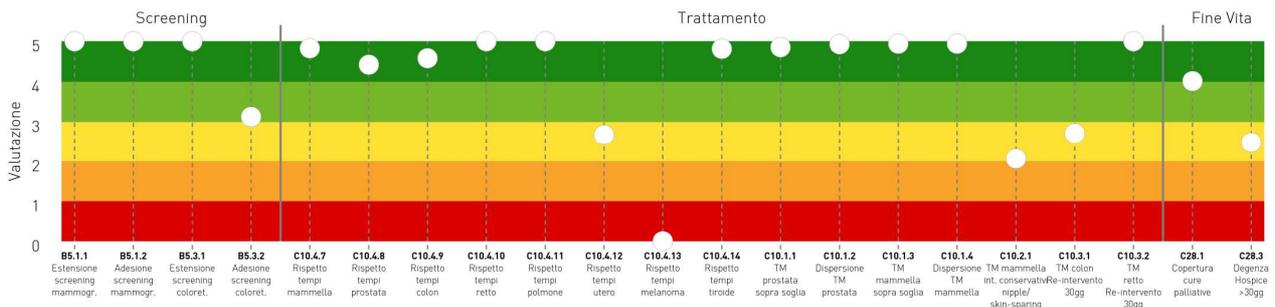


Percorso Materno-Infantile
Mappa Performance/Trend - PA Trento - Anno 2019

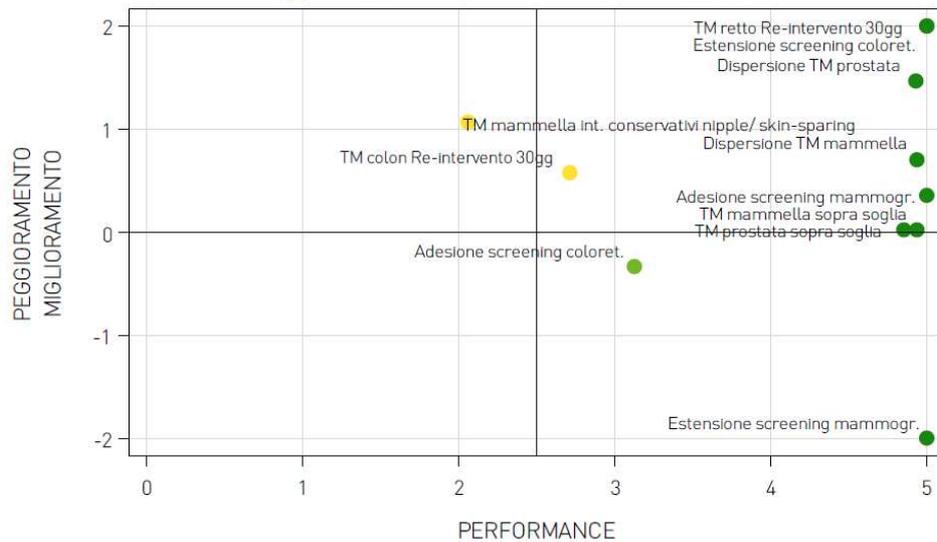


PERCORSO ONCOLOGIA

Percorso Oncologia - PA Trento - Anno 2019

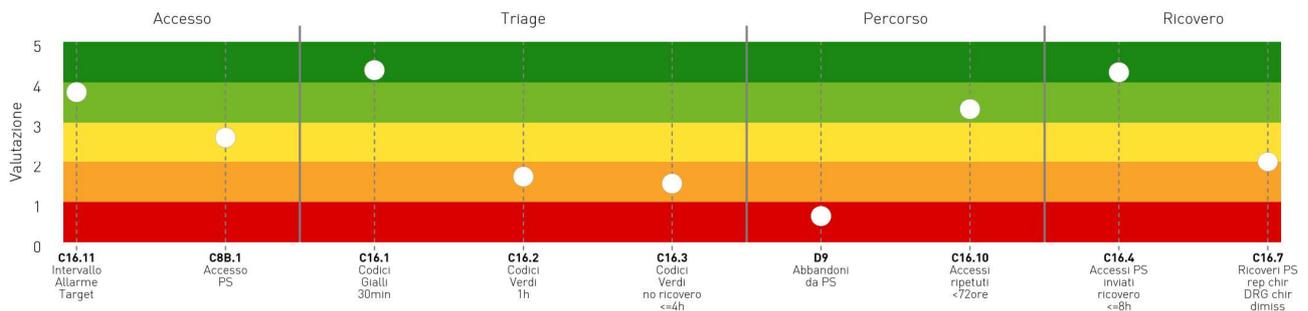


Percorso Oncologico
Mappa Performance/Trend - PA Trento - Anno 2019



PERCORSO EMERGENZA-URGENZA

Percorso Emergenza-Urgenza - PA Trento - Anno 2019



Percorso Emergenza Urgenza
Mappa Performance/Trend - PA Trento - Anno 2019



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

In particolare, il livello di salute della popolazione residente nella Provincia Autonoma di Trento è complessivamente buono, considerando i risultati relativi alla mortalità per tumori, a quella per malattie cardiovascolari e alla mortalità infantile, mentre la mortalità per suicidi risulta superiore alla media delle altre Regioni (dati 2015-2017). Con riferimento alla diffusione di stili di vita sani, l'indagine ministeriale PASSI rileva una situazione buona, benché il consumo di alcol resti elevato: così come nella provincia di Bolzano, la percentuale di bevitori "a rischio" (ovvero persone che dichiarano un consumo abituale elevato, episodico eccessivo o fuori pasto) è significativamente superiore alla media, per quanto in calo.

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

Con riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, si registra un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione (che passa da 142.4 per 1.000 residenti nel 2018 a 140,7 nel 2019). L'elevata percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani suggerisce una possibile difficoltà in fase di dimissione, che si traduce in una durata delle degenze (per ricoveri di tipo medico) superiore rispetto alle altre Regioni. La gestione della casistica chirurgica è complessivamente appropriata, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla day surgery, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma tra le più elevate. In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, si registra ancora una difficoltà relativamente alla capacità del pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza: rimane alta la quota di ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, che hanno un DRG chirurgico in fase di dimissione.

L'integrazione ospedale-territorio conferma risultati in linea rispetto alle altre Regioni. 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 con riferimento a singole molecole (l'incidenza del consumo di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina resta elevata). L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata attraverso il consumo di farmaci oppioidi, è complessivamente buona. Con riferimento alle donazioni d'organi, la percentuale di donatori procurati si conferma la più alta del network.

I processi di comunicazione, di coinvolgimento dell'utenza e di valorizzazione del proprio personale rappresentano sempre di più degli snodi chiave per garantire un servizio di alto livello: la percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero è in linea rispetto alle altre Regioni, mentre la percentuale di assenza del personale aziendale – proxy del clima interno aziendale – è più bassa rispetto alla media delle altre Regioni.

Riguardo agli aspetti economico-finanziari, la Provincia conferma una struttura dei costi elevata rispetto alle Regioni del network, sia per quanto concerne la spesa complessiva, sia in riferimento a quella esclusivamente ospedaliera. La qualità del percorso materno-infantile è complessivamente molto buona: in particolare si evidenzia che la percentuale di parti cesarei (NTSV) è la più contenuta tra le Regioni, in ulteriore calo rispetto al 2018. L'organizzazione del percorso oncologico si conferma complessivamente ottima, in tutte le fasi monitorate (screening, trattamento, fine vita), per quanto vi siano ulteriori margini di miglioramento relativi alla percentuale di interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi per tumore maligno alla mammella. In riferimento alla presa in carico delle patologie croniche, i tassi di ospedalizzazione relativamente contenuti testimoniano il buon livello assistenziale. Relativamente al percorso Emergenza-Urgenza, nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è tra le più elevate del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media e in ulteriore aumento.

Di seguito riportiamo una rappresentazione che evidenzia alcune informazioni di sintesi con riferimento alla Giornata Tipo in Azienda Sanitaria.

Una giornata in APSS

15.461	Persone che accedono alle strutture	1.050	Prestazioni di radiodiagnostica per esterni
614	Persone che accedono al PS	18.454	Prestazioni di laboratorio per esterni
7	Persone che accedono al pronto soccorso in pericolo di vita	7.420	Visite e altre prestazioni per esterni
470	Telefonate al 118	5.320	Ricette di specialistica
398	Missioni del 118	12.212	Ricette di farmaci
13.527	Km percorsi dagli automezzi del 118	3.657.944	Spesa giornaliera APSS
312	Chiamate di guardia medica	1.585.942	Pagamenti ai fornitori
1.225	Pazienti ricoverati	164.718	Pagamenti al privato accreditato
11	Nascite	75	Persone che donano sangue
4	Decessi	5.177	N. prenotazioni visite specialistiche a CUP

BILANCI E ASPETTATIVE: LA PROSPETTIVA DELLA CONSULTA DELLA SALUTE

La parola "missione" legata a quella di "bilancio" in un certo qual senso rappresenta una contraddizione nei termini: "missione" presuppone una visione, è una sorta di processo verso obiettivi e programmi futuri in un'ottica di progressivo

miglioramento e cambiamento, è un elemento "in movimento"; "bilancio" invece è un termine che richiama la rendicontazione di qualcosa di fatto, di già realizzato, l'analisi dei risultati e degli strumenti utilizzati per raggiungerli, è una fotografia e come tale "statica". Come Consulta, rappresentando tante realtà di volontariato che partecipano con non poche difficoltà ai percorsi vissuti dai cittadini rispetto al tema salute, è naturale sentirsi costantemente sospinti verso scelte che sottendono un progetto, una prospettiva ampia. In tal senso siamo "allergici" ad ogni rappresentazione che si limita alla autoreferenzialità. Percepire dove siamo, a che punto siamo arrivati non è mai fonte di esclusivo appagamento, ma costante stimolo per ricercare nuove e più avanzate soluzioni rispetto a bisogni a volte molto complessi. Un orizzonte che è ben sintetizzato dalla definizione di salute dell'OMS: "la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche e emotive". I singoli scatti delle fotografie che compongono il bilancio dei vari settori di attività di APSS devono in qualche modo costruire quindi "un film", una narrazione coerente nelle finalità e obiettivi (missione).

ALCUNE EVIDENZE

Il costante processo di invecchiamento della popolazione e la diminuzione dei componenti delle famiglie, in conseguenza di un calo significativo delle nascite, non garantiscono più il ricambio minimo generazionale. Questi due elementi faranno aumentare la fragilità complessiva della comunità sia dal punto di vista della salute, sia dal punto di vista della tenuta sociale della famiglia come luogo privilegiato di "cura" dei propri componenti e quindi del modello di welfare. Le statistiche confermano poi che l'invecchiamento porterà con sé un aumento delle fragilità e delle cronicità, a cui si sommeranno quelle già presenti come conseguenze di patologie specifiche in età giovanile e adulta.

Sulla base di questo trend, la prevenzione diviene una scelta di campo fondamentale e centrale in tema di salute pubblica, come strumento necessario per garantire qualità del vivere in salute anche nelle varie fasi: infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia. Prevenzione non solo tesa ad evitare la malattia, ma ancor prima indirizzata al mantenimento e a preservare il più lungo possibile la vita in buona salute. Prevenzione che educa, forma, rafforza tutti gli elementi, comportamenti, tendenze che stanno alla base degli stili di vita corretti. Alcune azioni sono presenti nell'attività di APSS, ma a nostro parere vanno ulteriormente sviluppate e generalizzate. Importante è che tale messaggio forte passi all'interno del mondo scolastico come materia di discussione costante, come percorso educativo obbligatorio e non come fatti episodici; stesso impegno va rivolto ai percorsi informativi e formativi sui luoghi di lavoro e poi nei circoli anziani e nell'associazionismo. E' un percorso culturale dalle grandi valenze sociali ancor prima che mediche. Prevenzione poi come approccio innovativo alla struttura della sanità, come passaggio obbligato da una sanità ospedale-centrica a quella di rete estesa sul territorio. Perché prevenzione e medicina del territorio sono due aspetti che si compenetrano.

In tale contesto, relativamente alla medicina del territorio c'è ancora molto da fare dal rafforzamento delle "strutture" di base, a partire dai MMG e dalle AFT, dall'infermiere di territorio o di famiglia, dalle equipe socio-sanitarie, dalle case della salute, dalla presenza di specialisti sul territorio, dall'assistenza domiciliare meglio qualificata e inserita nei percorsi di cura e continuità assistenziale dai rapporti ospedale - territorio, dalle dimissioni protette e ruolo nuovo delle RSA nella rete dei servizi. Va costruito un nuovo processo che consenta veramente un avvicinamento al cittadino e alle sue esigenze di presa in carico: un sistema di presidi sanitari e socio-sanitari fortemente integrati ove si opera con una medicina di iniziativa, ove l'approccio alla fragilità e alla malattia non può che essere multidisciplinare con valorizzazione del lavoro d'equipe, ove la continuità assistenziale non è una chimera, ma un'effettiva realtà. Vanno anche introdotti elementi di innovazione e ricerca quali la telemedicina, i telecontrolli migliorando l'approccio medico-paziente e superando lungaggini burocratiche e liste di attesa estenuanti.

Dentro questo nuovo contesto devono trovare risposte concrete fragilità e cronicità. Lo strumento del PDTA deve estendersi a tutte le patologie cronico-invalidanti oltre che come percorso di cura, come presa in carico del paziente e della sua famiglia. Particolare attenzione va poi rivolta alle malattie invalidanti sia fisiche che psichiche, ai percorsi di cura in atto che a volte dimenticano o sottovalutano le istanze e le esperienze vitali dell'utente/paziente. Una prospettiva di approfondimento per il futuro deve essere la presa in carico del disabile (cronico) inteso come disabile autonomo con patologia cronica a rischio di progressiva perdita della propria autosufficienza e autonomia (es. pazienti con esiti di polio, disabili per incidenti stradali, amputati in genere e per altre patologie croniche gravemente invalidanti).

Sempre in tema di patologie croniche non possiamo non dare il giusto peso a quelle dei piccoli e degli adolescenti che rappresentano comunque un mondo di difficoltà notevoli per loro stessi e per le loro famiglie. Per i caregiver potrebbe risultare importante l'intensificazione di corsi di informazione e formazione in accordo con le associazioni che seguono queste patologie croniche o che si stanno facendo carico di malattie rare sulle quali esistono poche indicazioni e percorsi di cura adeguati.

In conclusione, l'auspicio e la sollecitazione è che a questi tre settori (prevenzione, medicina del territorio e cronicità), strettamente collegati fra loro e che caratterizzeranno il prossimo futuro, siano dedicate adeguate risorse e focus di continuo sviluppo. In particolare ci preme evidenziare la necessità di rafforzamento nel settore oncologico (che continua ad essere, nonostante i risultati, ancora una delle patologie che mietono molte vittime tra i cittadini). Attraverso il progetto "Breast Unit" si sono ottenuti risultati significativi e importanti, il cui modello dovrebbe essere esteso progressivamente a tutte le tipologie di tumore, così come l'utilizzo dei percorsi terapeutici con medicinali di ultima generazione.

Se si vuole "riconoscere la centralità delle legittime esigenze e aspettative dei cittadini", nessuno di loro e soprattutto le persone fragili, possono essere lasciati soli nel tentativo di ottenere (magari a singhiozzo e in modo poco adeguato al progredire della patologia) prestazioni di riabilitazione e piani terapeutici programmati.

Confermiamo la nostra piena disponibilità a collaborare per un costante miglioramento e riorganizzazione del sistema sanitario trentino i cui risultati sin qui raggiunti sono oggettivamente di buon livello e merito indiscusso del grande impegno e professionalità garantito giorno dopo giorno dal personale sanitario presente.

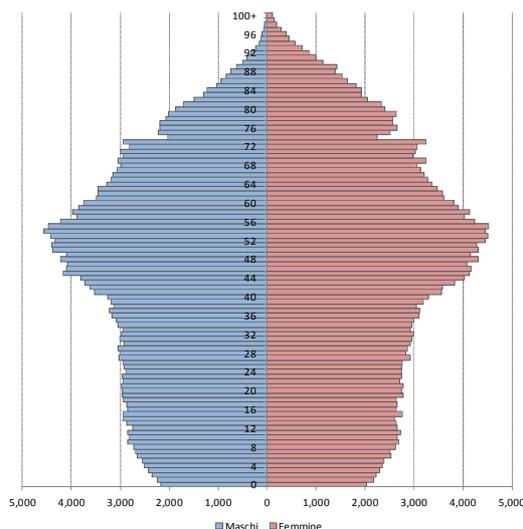
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2020 la **popolazione residente in Trentino** ammonta a 542.739 persone. Nel corso del 2019 i nati vivi residenti sono stati 4.239 e il conseguente tasso di natalità, pari a 8,1‰ abitanti, è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 7,0‰). Il numero **dei morti residenti è stato di 5.075 persone**, a cui corrisponde un tasso di mortalità del 9,3‰ abitanti, al di sotto della media nazionale pari al 10,5‰.

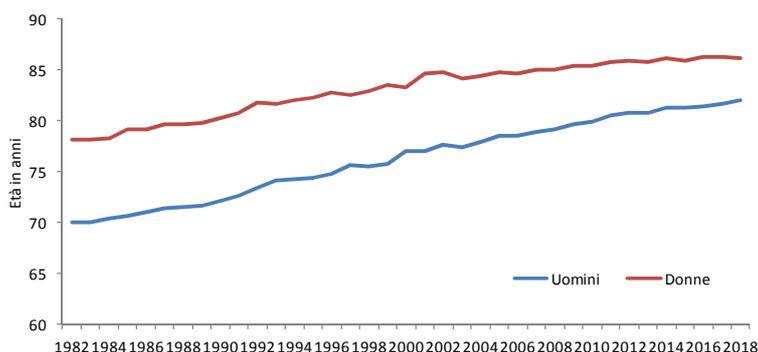
La struttura per età della popolazione, relativa al 2020¹, conferma un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata (figura 1). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 14,1% della popolazione totale, quelle di 65 anni e più rappresentano il 22,4% e le persone di 75 anni e più sono l'11,4%.

Figura 1. Struttura della popolazione trentina per genere e età. Demoistat 1.1.2020



La **struttura per età della popolazione** è il risultato congiunto delle seguenti componenti: natalità, mortalità e migratorietà. Il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere (speranza di vita alla nascita) è aumentato negli ultimi 36 anni di circa 12 anni per gli uomini (dai 70 anni nel 1982 agli 82,0 nel 2018) e di circa 8 per le donne (dai 78 anni del 1982 agli 86,2 del 2018), nel 2018 la speranza di vita delle donne, 86,2 anni, di poco inferiore all'anno precedente, 86,3 anni [figura 2]. L'indice di vecchiaia è pari a 158,6, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 159 persone sopra i 65 anni, la media italiana è pari a 178,4. Il numero medio di figli per donna è 1,4 in Trentino, valore tra i più alti in Italia e 1,29 in Italia.

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



¹ I dati e gli indicatori della popolazione al 1/1/2020 sono tratti dal sito <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 25/08/2020) e i dati sul movimento della popolazione sono tratti dal sito <http://www.statistica.provincia.tn.it> (ultimo accesso 25/08/2020)

² La speranza di vita 2018 è il dato più recente disponibile, <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 25/08/2020)

Gli **stranieri residenti** sul territorio provinciale al primo gennaio 2020 sono 47.880, 487 in più rispetto al 2019, mantenendo la ripresa dal 2018, dopo il calo registrato nel triennio 2015-2017. La popolazione straniera costituisce l'8,8% della popolazione totale, come la percentuale italiana. L'età degli stranieri è molto più giovane di quella della popolazione trentina, il 20% ha meno di 15 anni e solo il 6% ha 65 anni e oltre, i livelli di fecondità sono molto più elevati (tasso di natalità: 14,7‰ stranieri residenti rispetto a 7,4‰ dei residenti con cittadinanza italiana).

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2019, 4.041 bambini, a cui si aggiungono i 26 nati a domicilio, i 23 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 68 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale complessivo di 4.158 neonati, con un incremento di 12 nati rispetto all'anno precedente (+0,3%). I nati da donne residenti sono 3.994, di cui 3.981 nati vivi.

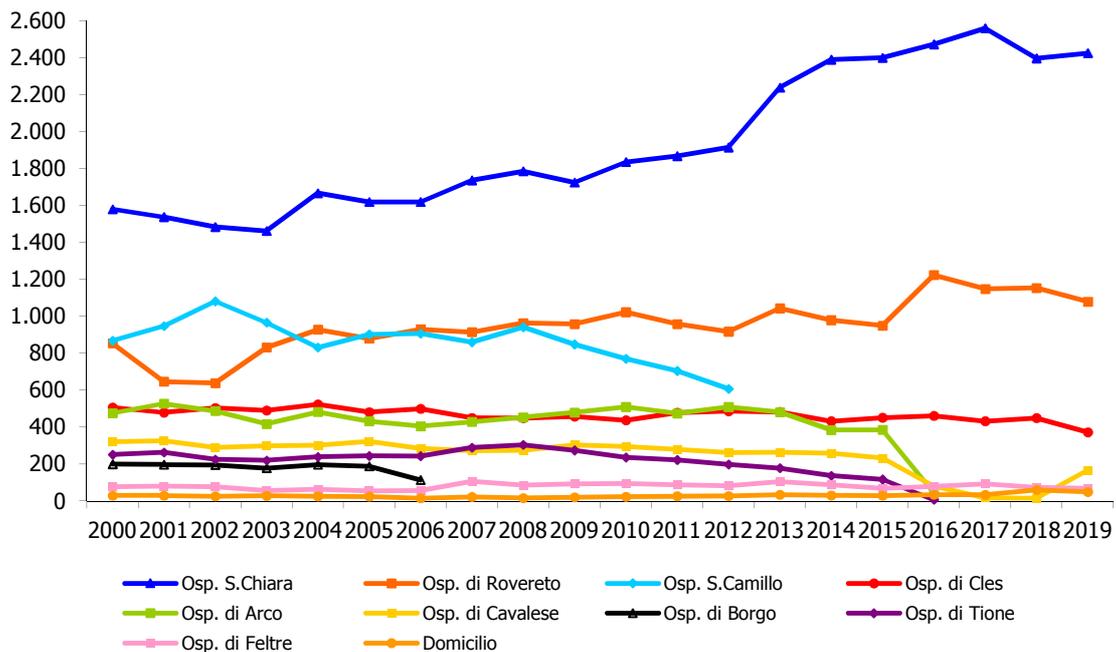
Nel 2019 il *tasso di natalità* provinciale (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 7,9‰ abitanti residenti (valore in costante diminuzione), mentre il tasso di fecondità totale è 1,43 figli per donna, valore in leggera diminuzione rispetto al 2018, e secondo solo all'Alto Adige (1,69) nel panorama nazionale.

Nel 2019 il 37,2% delle donne dichiara di essere stato seguito da un'ostetrica del Percorso Nascita, il 32,4% da un ginecologo privato, il 21,9% da un ginecologo di struttura pubblica, il 3,7% da un ginecologo del consultorio familiare e l'1,1% da un'ostetrica privata (quasi esclusivamente per i parti a domicilio).

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2019, l'84,3% della natalità trentina (l'85,6% nel 2018, l'86,3% nel 2017 e l'83,7% nel 2016). La proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali, nel 2019, registra un marcato decremento, con un valore pari al 5,8% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti (n=246). A seguito di un trend in aumento dal 2014 al 2016, ed una successiva stabilizzazione sul 9-10%, si registra il valore più basso dell'ultimo decennio. Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali del Primiero (14,9% senza contare la quota di nati nel punto nascita veneto di Feltre in quanto primario istituto di afferenza delle residenti del Primiero), Rotaliana-Paganella (14,6%) e val di Fassa (14,5%).

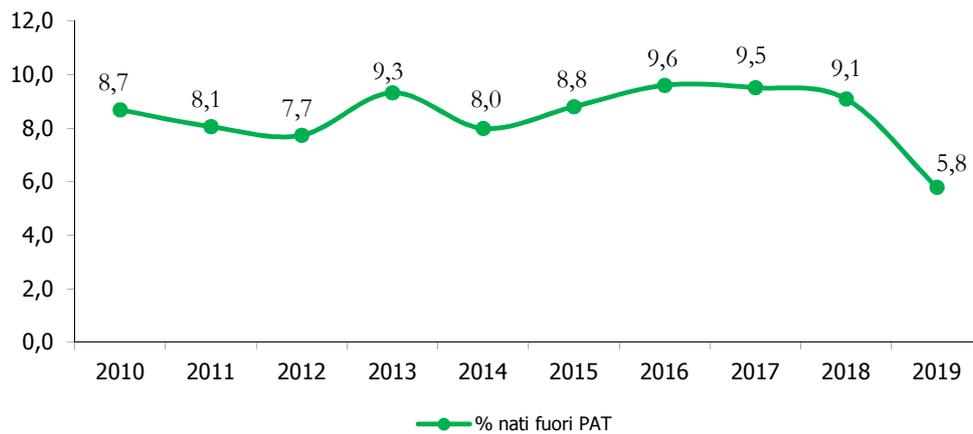
Nelle figure seguenti si illustrano gli andamenti dei nati per punto nascita e della percentuale di nati vivi di donne residenti in Provincia, partoriti in strutture extra-provinciali.

Figura 3. Provincia di Trento. Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2019 (*)



(*) Il 23 maggio 2016 è stato chiuso il punto nascita di Tione ed il 1° agosto 2016 quello di Arco. Inoltre l'11 marzo 2017 è stato sospeso il punto nascita di Cavalese che ha riaperto il 1° dicembre 2018

Figura 4. Proporzione di nati vivi di donne residenti, partoriti fuori provincia di Trento. Anni 2010-2019



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

La percentuale di madri con cittadinanza extra UE³ nel 2019 è pari al 24,9%. L'età media al parto è di 32,1 anni; per le italiane 32,7 anni, per le straniere 30,2 anni. Anche l'età media al primo figlio (complessivamente pari a 30,7 anni) differisce significativamente in base alla cittadinanza materna: 31,4 anni per le italiane rispetto ai 27,9 anni per le straniere.

Tra le partorienti del 2019, il 4,1% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 14,3% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,0% delle gravidanze "naturali").

I controlli in gravidanza (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati nel territorio: la proporzione di madri che effettua meno di 4 visite ostetriche è del 3,8%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La proporzione di madri con meno di due ecografie è dello 0,4%. La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le puerpere straniere eseguono mediamente 3,8 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,4). Per quanto riguarda le indagini prenatali in gravidanza, considerando l'insieme degli esami invasivi (villocentesi, amniocentesi e fetoscopia/funicolo centesi), 222 donne, pari al 5,4%, hanno effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva. Il dato è in decremento negli anni e questo aspetto è da mettere in relazione ad una crescente offerta di test di screening non invasivi: il test combinato è stato effettuato dal 74,9% delle madri (69,6% nel 2018 e 61,4% nel 2017), il prelievo del DNA fetale dal 4,0% (3,9% nel 2018 e 2,8% nel 2017).

La prevalenza di *fumatrici in gravidanza* sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2019 è pari al 5,9% (6,6% nel 2018, 5,8% nel 2017, 6,1% nel 2016 e 6,5% nel 2015). La proporzione di donne fumatrici che smette di fumare in gravidanza è pari al 6,5%.

L'80,9% delle nullipare residenti frequenta un corso di accompagnamento alla nascita, proporzione in costante crescita negli ultimi 15 anni, che ha visto proprio nel 2019 un aumento considerevole (era il 74,1% nel 2018).

Dopo i già ottimi risultati degli anni 2015-2018, la proporzione di *parti cesarei* nel 2019 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose (19,0%).

Nel 2019 i nati morti sono stati 13, tutti da madri residenti in provincia di Trento. Il *tasso di natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pari a 3,1 per mille nati. In Italia nel 2016 il tasso di natimortalità è stato 2,8‰.

I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute, anche se la percentuale di neonati ricoverati alla nascita rimane elevata: 15,1% nel 2019, 13,7% nel 2018 e 14,4% nel 2017 (rispetto all'11,1% del 2015 e all'8,4% del 2014). Un *Apgar inferiore a 4* è rilevato solamente nello 0,31% dei casi ed il 4,9% dei nati vivi viene sottoposto a *procedure di rianimazione* (di cui lo 0,7% con intubazione).

L'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda la quasi totalità dei nati vivi (97,1%), anche se si registra una flessione nel 2019, della proporzione di nati vivi allattati in modo esclusivo o predominante (81,8%, vs. l'84,7% del 2018 e l'87,1% del 2017).

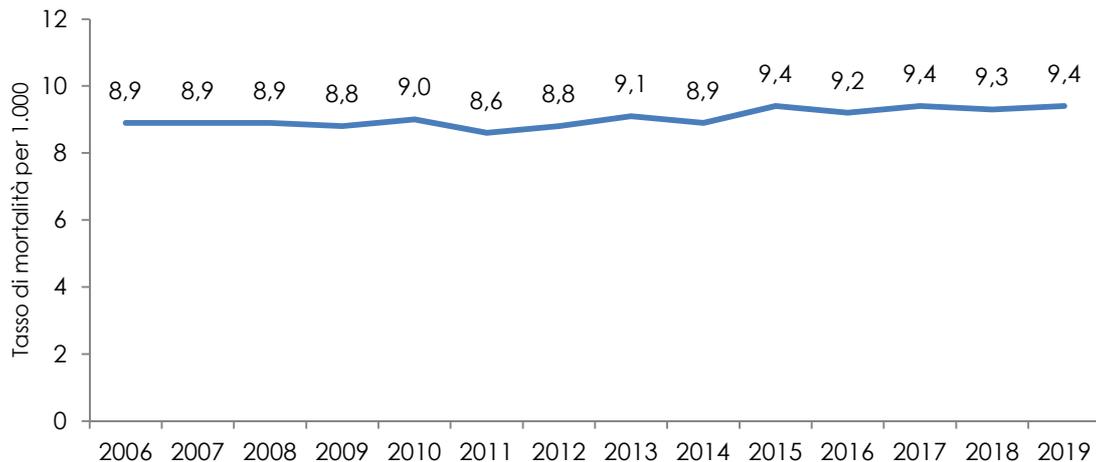
La mortalità generale

Nel 2019 sono decedute 5.075 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‰.

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

Figura 5. Tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Istat, 2006-2019



La mortalità infantile

Nel 2019, in provincia di Trento si sono registrati 8 decessi nel primo anno di vita in bambini residenti, di questi, 1 avvenuto fuori provincia (4 nel 2018). Nel 2019 si registra quindi una diminuzione di 7 casi rispetto al 2018. 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 2019

N. decessi per periodo di tempo	Freq.	Freq. cum.	%	% cum.
N. nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	4	4	50,0	50,0
N. nati vivi e deceduti tra il 2° giorno e la 1° settimana	1	5	12,5	62,5
N. nati vivi e deceduti tra l'8° ed il 1° mese	1	6	12,5	75,0
N. nati vivi e deceduti oltre il 1° mese - 12° mese	2	8	25,0	100,0
Totale	8	—	100,0	—

Un basso peso alla nascita (<2.500g) occorre in 5 casi/8 (62,5%), una condizione di prematurità (<37 settimane di gestazione) occorre in 3 casi/8 (37,5%), una condizione malformativa in 2 casi/8 (25%). Le caratteristiche alla nascita hanno grande influenza sulla mortalità nel primo anno di vita. Le diverse tipologie della mortalità infantile, nel 2019, 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 2015-2019

Anno	Mortalità perinatale	Mortalità neonatale precoce	Mortalità neonatale	mortalità infantile
2015	5,2	1,0	1,3	2,3
2016	3,8	1,9	3,0	3,4
2017	4,9	1,3	1,8	1,8
2018	3,6	2,0	2,8	3,8
2019	4,5	1,3	1,5	2,0

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 2016-2019

L'abitudine al fumo

L'impatto del fumo sulla salute delle persone è notevole: metà dei fumatori muore a causa di questa abitudine/dipendenza. In provincia di Trento circa la metà (55%) degli adulti (18-69 anni) non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (22%) e fumatori (23%; di cui 1% occasionali e 2% in astensione).

Fumare è un'abitudine più diffusa tra gli uomini tra cui il 26% è un fumatore rispetto al 19% tra le donne. Sia per le donne che per gli uomini l'abitudine al fumo è più diffusa tra i più giovani, tra le persone con difficoltà economiche, tra le persone con basso titolo di studio e tra i cittadini stranieri.

Il 2% dei trentini fuma la sigaretta elettronica; nella maggior parte dei casi con nicotina (64%). È usata soprattutto da fumatori in aggiunta alla sigaretta tradizionale (64%), quindi senza alcun beneficio per la salute.

Il 42% dei fumatori ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di smettere di fumare; il 44% dei fumatori ha tentato di smettere almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, non riuscendoci in quasi 8 casi su 10.

Il divieto di fumo è generalmente rispettato nei locali pubblici (96%) e in ambiente lavorativo (95%). Nella maggioranza delle case trentine non si fuma (90%), mentre in una percentuale contenuta, ma stabile nel tempo, si fuma in alcune stanze/ore/situazioni (8%) o addirittura sempre (2%), percentuali che scendono rispettivamente al 5% e all'1% in presenza di bambini.

Il consumo di alcol

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

Il 32% gli adulti trentini consuma alcol a maggior rischio perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (4%) o prevalentemente fuori pasto (21%) o perché è un bevitore binge (15%) oppure una combinazione delle tre modalità, il 35% lo consuma in maniera moderata e il 33% non consuma affatto alcol.

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, infatti solo un uomo su 5 non consuma alcol (20%), rispetto a quasi una donna su 2 (46%), e ben il 44% 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 (73% per i ragazzi e 57% per le ragazze), percentuali che scendono progressivamente all'aumentare dell'età. L'elevata istruzione è un fattore favorente il consumo di alcol a maggior rischio in particolare tra le donne: si osservano percentuali di consumatrici che aumentano al crescere del titolo di studio; mentre tra gli uomini il trend non è così lineare. L'effetto delle condizioni economiche sul consumo di alcol agisce in maniera opposta per uomini e donne; tra gli uomini l'aver difficoltà ne aumenta il consumo, tra le donne lo riduce. Infine, sia per gli uomini che per le donne il consumo di alcol è più diffuso tra i cittadini italiani.

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

Una delle cause di mortalità prematura sono gli incidenti sulla strada, spesso causati da guida in stato d'ebbrezza: il 7% 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 (35% e 44% rispettivamente), mentre il 21% è completamente sedentario. Le donne raggiungono più difficilmente degli uomini i livelli raccomandati di pratica dell'attività fisica: gli uomini sono attivi per il 39% rispetto al 31% delle donne e sono parzialmente attivi per il 42% rispetto al 47% delle donne.

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

L'attenzione degli operatori rispetto alla pratica dell'attività fisica è rivolta principalmente alle persone portatrici di qualche patologia o a rischio di svilupparne (il 38% di chi ha almeno una malattia cronica riceve il consiglio di praticare attività fisica), meno alla popolazione generale (27%).

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

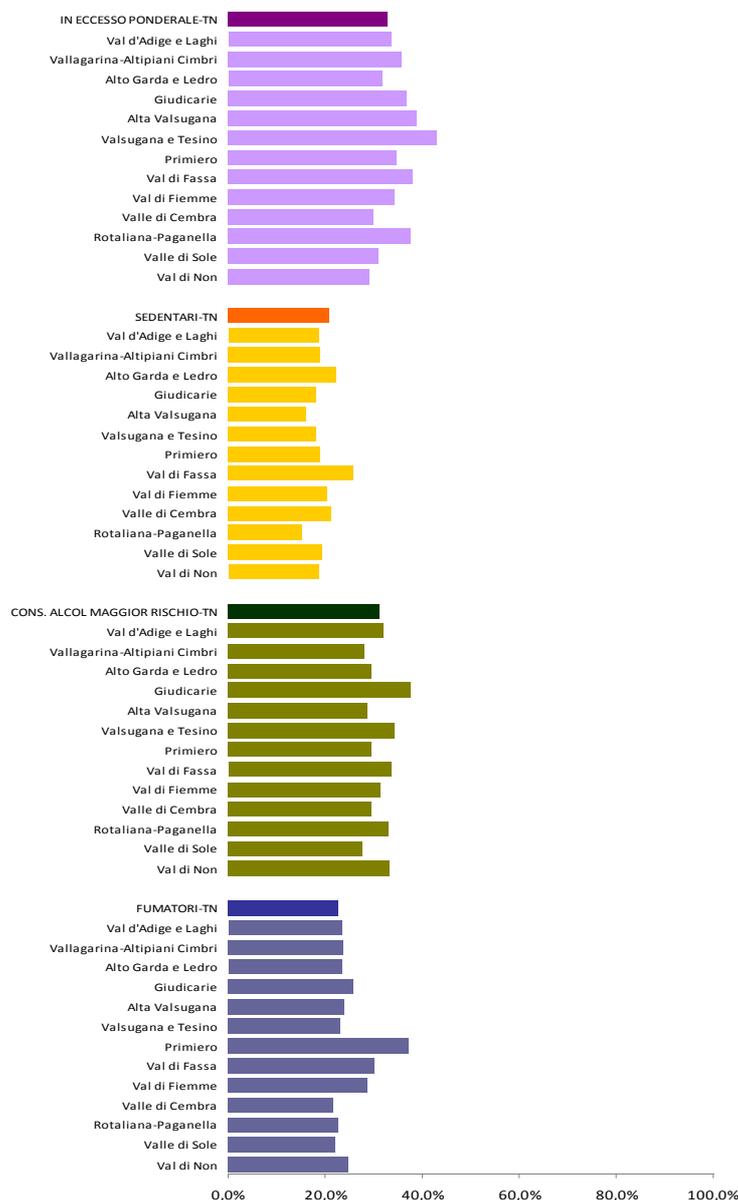
Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Alimentarsi con cibi molto calorici e poveri di nutrienti, ricchi di grassi saturi e idrogenati, sale e zuccheri rappresenta, assieme all'essere in sovrappeso o obeso, un fattore di rischio per gran parte delle malattie croniche. 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 (12%), che oltretutto non tende ad aumentare nel tempo. La buona abitudine a consumare le cinque porzioni quotidiane di vegetali è più diffusa tra le donne, al crescere dell'età, tra le persone con elevato titolo di studio e tra i cittadini italiani.

L'eccesso ponderale riguarda il 33% degli adulti (26% sovrappeso e il 7% obeso), con una differenza significativa tra uomini e donne legata principalmente alla condizione di sovrappeso che è quasi doppia negli uomini rispetto alle donne (33% vs 18%). Sia per uomini che per donne l'eccesso ponderale è più diffuso tra i cittadini stranieri, cresce all'aumentare dell'età, delle difficoltà economiche e al diminuire del titolo di studio.

Per favorire cambiamenti migliorativi nello stile di vita delle persone sono fondamentali i consigli degli operatori sanitari. Tra le persone in eccesso ponderale segue una dieta per perdere peso il 35% di chi ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto al 14% di chi non lo ha ricevuto. Per questo è importante che i consigli degli operatori sanitari siano diffusi e non concentrati solo sulle persone obese, come invece spesso accade (riceve il consiglio di perdere peso il 76% degli obesi e il 37% dei sovrappeso).

Figura 6: Fattori di rischio comportamentali. Prevalenze in provincia di Trento per rete professionale di residenza. PASSI, 2012-2019⁴



Disuguaglianze sociali ed effetti sulla salute

I fattori di rischio comportamentali, largamente responsabili delle principali malattie croniche, sono legati alle caratteristiche sociali delle persone, tanto da distribuirsi nella popolazione secondo un gradiente sociale: sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione più sfavoriti (a redditi e livelli d'istruzione bassi) e a ogni posizione nella scala sociale corrisponde un

⁴ a differenza dell'intero paragrafo in cui è stato considerato il periodo 2016-2019 in figura 5 è stato considerato il periodo 2012-2019 che permette di ottenere la numerosità campionaria sufficiente a garantire la precisione delle stime del dettaglio territoriale.

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 25.000 persone con problemi di peso (con una riduzione del 20%), 14.000 sedentari (-20%) e 13.000 fumatori (-13%).

INDICATORE: Stili di vita (PASSI) ■ 3,25

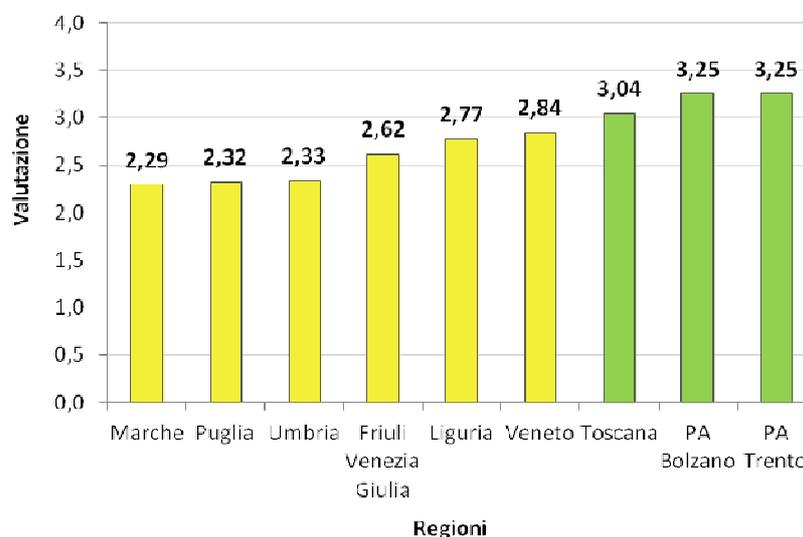
L'indicatore descrive lo stato di salute della popolazione attraverso il monitoraggio degli stili di vita e si muove lentamente nel tempo, pertanto, un miglioramento registrato oggi è determinato dalle scelte effettuate nel passato.

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

- A10.1.1 Percentuale di sedentari ■ 21.7%
- A10.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso ■ 32,05%
- A10.3.1 Percentuale di bevitori a rischio ■ 28.85%
- A10.4.1 Percentuale di fumatori ■ 21.72%.

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2019, la provincia di Trento ottiene un'ottima valutazione media (3,25), collocandosi al primo posto con la Provincia autonoma di Bolzano nel Network (figura 7.)

Figura 7. Stili di vita: confronto tra le regioni/province autonome aderenti al Network – S. Anna di Pisa 2019



INDICATORE: Promozione stili di vita sani (PASSI 2016-2019)

Il valore dei singoli indicatori è disponibile dalla rilevazione PASSI dell'Istituto superiore di sanità (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso 25/8/2020), invece a partire dal 2017 l'indicatore complessivo "Promozione stili di vita sani PASSI" non è più pubblicato da Network – S. Anna di Pisa:

- % persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica ■ 27.1%
- % persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanit. di perdere o mantenere peso ■ 46.3%
- % persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica ■ 36.2%
- % bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno ■ 4.5%
- % fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare ■ 42.0%

Valutazione PASSI:

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

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

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

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

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

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

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

COPERTURE VACCINALI

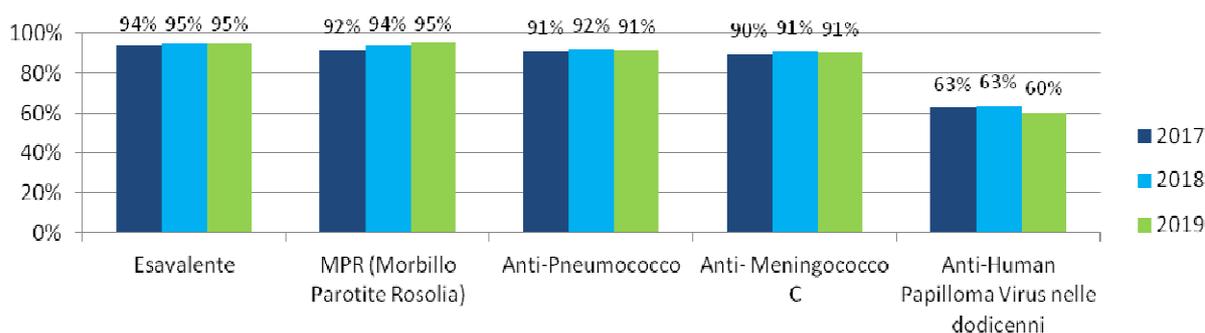
Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica. Grazie ad esse è possibile prevenire in modo efficace e sicuro malattie gravi, alcune delle quali possono causare importanti complicanze, sequele invalidanti e morte. Si stima che ogni anno nel mondo le vaccinazioni prevenivano 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 preservano 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 epidemica 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.

Figura 8. Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal calendario provinciale dell'età pediatrica



INDICATORE: B7 Valutazione di performance della copertura vaccinale 2.70

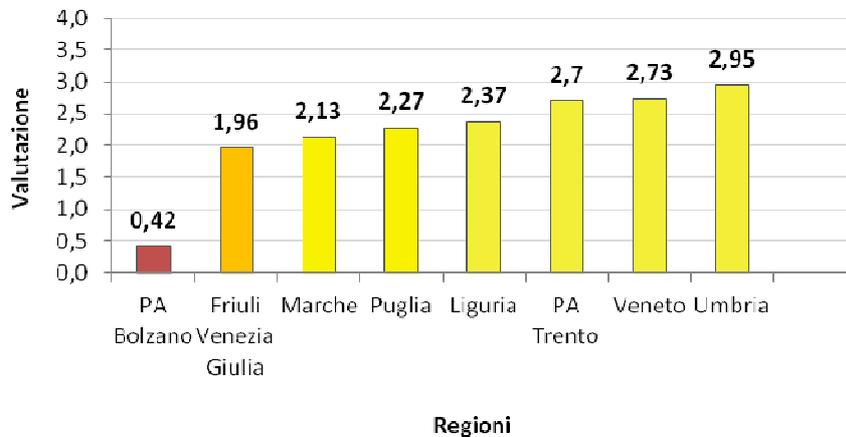
Tale indicatore assume una valutazione pari alla media dei seguenti sottoindicatori:

- B7.1 Copertura vaccinale MPR **95.48%**
- B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani **55.19%**
- B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) **60.45%**
- B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari **37.88%**
- B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico **90.5%**
- B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico **91.39%**
- B7.7 Copertura vaccinale esavalente **94.87%**
- B7.8 Copertura vaccinale varicella **90.97%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2019 la PAT ottiene una valutazione di performance media (2,70), in miglioramento rispetto al 2018 (anno 2017). La performance è migliorata in tutti gli ambiti analizzati e in

particolare è da sottolineare il deciso miglioramento sulla copertura vaccinale della varicella (74.33% nel 2018 vs 90.97% nel 2019).

Figura 9: Copertura vaccinale: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2019



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

Per il complessivo ambito della prevenzione, la domanda in tema di salute e sicurezza sul lavoro è in buona parte "inespressa" e quella rilevabile è prevalentemente correlata al sistema di tutela dei vari soggetti interessati, peraltro governato da precise norme e leggi. La quota "visibile" della domanda si esplica – da una parte – attraverso richieste di informazione o di supporto da parte di lavoratori, rappresentanti per la sicurezza, imprenditori, consulenti, sia singoli che associati e, dall'altra, sotto forma in richieste di intervento ispettivo di vigilanza, di segnalazione di altri enti o nelle attività di polizia giudiziaria delegate dalla magistratura.

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

Se si osserva il fenomeno degli infortuni denunciati dal 2015 al 2019, nonostante l'introduzione, a partire da ottobre 2017, della comunicazione obbligatoria (ai solo fini statistici e informativi) da parte dei datori di lavoro degli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento, che possono mediamente incidere per il 2-3% della quota, i casi denunciati non hanno subito un incremento ma bensì una contrazione nel 2019 del 4% rispetto al 2015. Il trend degli infortuni positivi in occasione di lavoro (esclusi colf e gli infortuni in itinere) nello stesso periodo è stato tendenzialmente stabile attestandosi tra i 4.389 casi del 2019 e i 4.583 casi del 2016 con una leggera contrazione del 2,3% nel confronto 2019 vs 2015. Nella gestione INAIL "Industria e Servizi" gli infortuni positivi in occasione di lavoro nel 2019 sono stati 3.235 casi. Tra questi, i settori lavorativi con i più elevati indici di infortunio, secondo i codici Ateco 2007, sono i Servizi di Alloggio e Ristorazione (11,9), le Costruzioni (9%) Il Commercio e la Riparazione di veicoli (8,3%), la Sanità e l'Assistenza sociale (8,1) ed i Trasporti e il Magazzinaggio (7,7%).

I tassi di infortunio rimangono 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).

Le malattie professionali denunciate nel 2019 sono state 411 vs 363 nel 2015 con un aumento del 13%

Nel quinquennio 2015-2019, nel 70% dei casi, le malattie sono rappresentate, secondo la classificazione ICD-10 da patologie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Tra il 70 e l'80% delle malattie segnalate sono a carico del genere maschile.

Il 46% delle segnalazioni sono attribuite all'Agricoltura e la restante quota all'Industria e ai Servizi.

Si rimarca ancora una volta che esiste sicuramente una sottostima delle reali malattie professionali, in quanto l'approccio alla denuncia risulta ancora disomogeneo e non soddisfacente. In Trentino risulta una quota di malattie professionali denunciate in agricoltura che è largamente 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, di un probabile deficit di denuncia in altri settori di interesse e per altre categorie di lavoratori. Anche se di più difficile inquadramento eziologico, rimane probabilmente anche una sottostima di alcune patologie, quali le neoplasie legate al lavoro.

In complesso, le condizioni di sicurezza sul lavoro in Trentino appaiono migliorate nel tempo e il grado di adempimento delle normative è in Trentino da considerare soddisfacente, anche grazie alla – pur lenta - crescita di una cultura della sicurezza nelle imprese e nei lavoratori, all'implementazione di sistemi di gestione della sicurezza nelle imprese, allo sviluppo di competenze nei soggetti interessati. A tal fine potranno giovare ulteriormente i nuovi approcci di controllo basati su modelli partecipativi (Piani Mirati di Prevenzione) e di analisi degli infortuni basate su modelli standardizzati di descrizione delle dinamiche infortunistiche (vedi INFORMO) che sul nostro territorio hanno già trovato positivo riscontro, per il primo aspetto in ambito forestale e, per il secondo, in alcuni ambiti aziendali privati.

Per contro, il consolidarsi degli effetti della lunga recessione economica mettono ancora in difficoltà alcuni settori produttivi, rischiando, in alcuni casi, di determinare arretramenti dei positivi livelli raggiunti, anche per riduzione degli investimenti in sicurezza.

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

INDICATORE: Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) ■ **2.21**

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 ■ **1,90**

F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti ■ **7.06%**

F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati ■ **5,46 %**

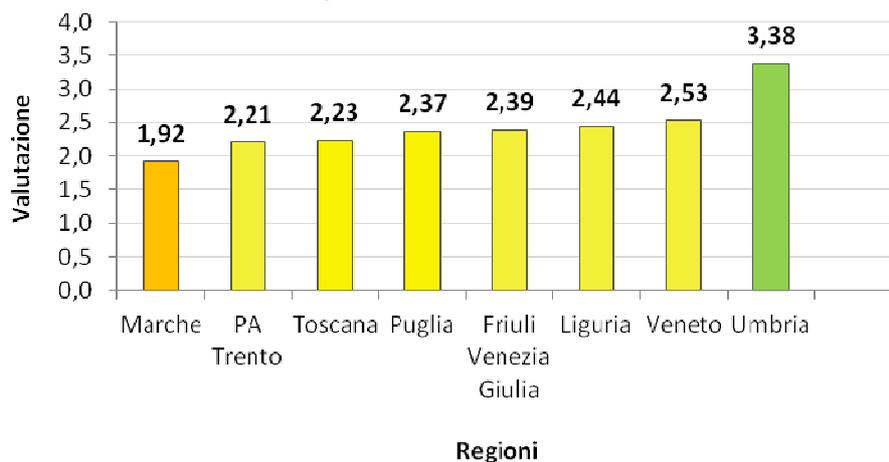
F15.3 Efficienza produttiva ■ **2,51**

F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL ■ **55.23 %**

F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL ■ **74.6%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, la PAT ottiene una valutazione di performance media (2.21 – Figura 10).

Figura 10: Sicurezza sul lavoro: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2019



SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA

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

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

- il controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente;
- la vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione;
- il soccorso degli animali a seguito di incidente stradale.

Si riportano alcuni indicatori che sintetizzano le attività svolte:

Tabella 3	2015	2016	2017	2018	2019
Numero allevamenti bovini e ovini/caprini sottoposti a controllo nell'ambito dei piani di profilassi ufficiali	2.631	2.567	2.520	2.504	1.913
Numero di ovini/caprini sottoposti a controllo sierologico individuale per brucellosi	36.724	23.983	22.285	22.090	16.436
Numero di bovini sottoposti a prova intradermica per tubercolosi	39.010	23.522	15.735	23.686	16.187
Attestazioni sanitarie per le movimentazioni degli animali da reddito rilasciate	4.903	5.860	5.435	5.331	5.502
Numero di controlli ufficiali in allevamento per la verifica del rispetto della normativa in materia di benessere animale, anagrafe zootecnica, gestione del farmaco, alimentazione animale, igiene della mungitura e sicurezza alimentare	879	879	966	937	812
Numero di gatti di colonia sterilizzati	468	469	711	641	694
Numero di episodi di morsicatura da parte di animali d'affezione controllati	384	379	445	505	479
Numero interventi su segnalazione per animali selvatici	225	182	204	213	198

L'esito delle attività ha portato a:

- mantenimento della qualifica sanitaria del territorio della provincia di Trento "ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, brucellosi bovina, brucellosi ovina e caprina e leucosi bovina enzootica", a garanzia della tutela della salute pubblica e del patrimonio zootecnico oltre che delle transazioni commerciali di animali e alimenti;
- riduzione dei pericoli legati alla non corretta o inadeguata gestione degli allevamenti ai fini del contenimento delle situazioni di rischio per la salute pubblica e il benessere animale;
- prevenzione delle zoonosi e degli inconvenienti igienici legati alla convivenza uomo/animale.

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<u>Commestibilità delle carni</u>							
Indicatore: 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%)	91.517 (100%)	89.890 (100%)
<u>Residui nei prodotti alimentari di origine animale di sostanze vietate, farmaci e contaminanti ambientali.</u>							
Indicatore: numero di campioni di matrici animali controllati e percentuale del totale dei campioni programmati	193 (113%)	117 (100%)	208 (110%)	203 (107%)	174 (100%)	179 (100%)	182 (100%)
<u>Ricerca di non conformità negli stabilimenti con riconoscimento comunitario</u>							
Indicatore: numero di controlli ufficiali negli stabilimenti e percentuale dei controlli programmati	832 (106%)	820 (105%)	772 (99%)	595 (96%)	746 (109%)	756 (95%)	736 (119%)

L'esito delle attività ha portato a:

- formalizzazione del giudizio di commestibilità sul 100% delle carcasse degli animali ammessi negli impianti di macellazione;
- formalizzazione di otto non conformità e sei prescrizioni presso gli stabilimenti con riconoscimento comunitario;
- accertamento conformità negli allevamenti e negli impianti rispetto al rischio residui di sostanze vietate (es.: promotori della crescita), farmaci, contaminanti ambientali (es.: micotossine, metalli pesanti).

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

	Anno Scolastico		
	2017-18	2018-19	2019-20
Sana alimentazione e attività fisica	44 (36,1%)	52 (42,6%)	54 (44,3%)
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	59 (48,4%)	57 (46,7%)	68 (55,7%)
Benessere socio-affettivo sessuale	104 (85,2%)	109 (89,3%)	107 (87,7%)
Primo soccorso	51 (89,5%)	52 (91,2%)	52 (91,2%)

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

L'indicatore esprime il carico di lavoro sostenuto in termini di ore di interventi di educazione alla salute nella scuola per singolo Istituto che aderisce all'intervento. Consente di valutare l'omogeneità dell'impegno aziendale in relazione all'area tematica, normalizzandolo al target di intervento. L'indicatore è l'espressione di una media aritmetica ed è calcolato dal rapporto che vede al numeratore le ore di attività dei professionisti nell'educazione alla salute e al denominatore il numero gli Istituti scolastici (di ogni ordine e grado) che hanno aderito alla proposta di educazione alla salute dell'Azienda sanitaria (vedi tabella 6)

Tabella 6. Media ore per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2017-18	2018-19	2019-20
Sana alimentazione e attività fisica	4	6	6
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	30	29	33
Benessere socio-affettivo sessuale	35	35	38
Primo soccorso	65	65	65

Programmi organizzati di screening per patologia tumorale

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

Anche nel corso del 2019 è proseguita l'attività del Servizio coordinamento screening con particolare riferimento alle seguenti funzioni:

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

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

I programmi di screening hanno subito negli ultimi anni importanti aggiustamenti in termini di riorganizzazione e di impatto sulla salute. Per il tumore della mammella si sta consolidando la nuova modalità di erogazione in due centri e basata sull'utilizzo della tomosintesi. Relativamente al cancro colo-rettale prosegue l'impegno di garantire la più ampia adesione possibile al percorso di secondo livello e di migliorare il follow-up. Il nuovo percorso di screening per il tumore del collo dell'utero con HPV-DNA test è stato avviato nel marzo del 2017 invitando le donne di 50-61 anni ad un prelievo ginecologico in consultorio. Il passaggio graduale da Pap-test ad HPV-test è arrivato a compimento nel corso dell'anno 2019. Nel corso del 2019 si è verificata una temporanea difficoltà nel recapito delle lettere di invito, soprattutto per i percorsi mammografico e cervicale che non sono accompagnati da un sistema di memo a SMS telefonici. Il periodo aprile-agosto 2019 infatti ha sofferto di una marcata riduzione dell'adesione. La mancata adesione è stata compensata dall'invio di lettere di sollecito. Ma l'effetto sarà visibile nell'anno 2020.

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 7. ESTENSIONE dell'invito al programma di screening

	2016 (annuale)	2017 (annuale)	2018 (annuale)	2019 (annuale)
Cervice uterina	98%	104%	100,5%	99,6%
Mammella	100%	108%	94,4%	100,7%
Colon retto	91%	103%	106%	110,9%

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 8. ADESIONE ai programmi di screening

	2016	2017	2018	2019
Cervice uterina	35,7%	53,2%	61,7%	62,4%
Mammella	81,0%	82,1%	83,9%	80,2%
Colon-Retto	55,2%	56,7%	56,2%	49,5%

INDICATORE: Valutazione di performance degli screening oncologici ■ 4.53

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

B5 Screening oncologici ■ 4,53

B5.1 Screening mammografico ■ 5.00

B5.1.1 Estensione screening mammografico ■ 100.47 %

B5.1.2 Adesione screening mammografico ■ 83.91 %

B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti 100%

B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina 114.5

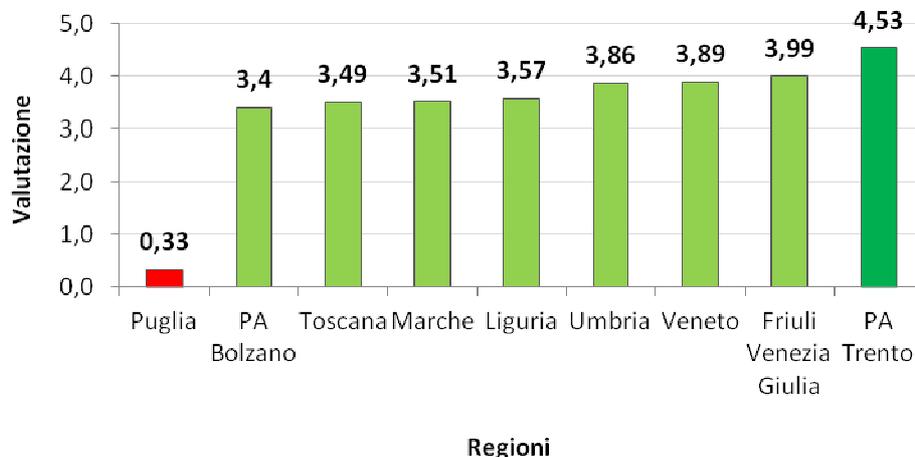
B5.3 Screening coloretale ■ 4.06

B5.3.1 Estensione screening coloretale ■ 104.87 %

B5.3.2 Adesione screening coloretale ■ 56.22 %

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2019 APSS ottiene una valutazione di performance ottima (4,53) e in miglioramento rispetto al 2018 (4,28), confermandosi la migliore realtà del network.

Figura 11. Screening oncologici: confronto fra le regioni/PA aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2019



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 2019 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 2019 sono state:

- continuità delle funzioni di valutazione dei bisogni nelle aree di fragilità sopracitate e attivazione di percorsi di presa in carico integrata socio sanitaria da parte dei Punti Unici di Accesso (PUA) in ogni Comunità di Valle;
- operatività in tutti gli ambiti territoriali delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) nelle 5 aree di fragilità individuate dalla norma. I dati relativi alle attività delle UVM area anziani sono riportati successivamente con indicatori specifici. I dati relativi alle altre aree di fragilità evidenziano una lieve diminuzione del numero delle persone valutate in UVM nell'anno 2019 (n. 495 persone complessivamente nelle aree disabilità, età evolutiva, dipendenze e salute mentale adulti, a fronte delle n.531 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;
- gestione della vigilanza tecnico-sanitaria ed amministrativa delle RSA e delle strutture socio sanitarie in integrazione con gli audit di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, con l'apporto dei professionisti di APSS nella progettazione delle nuove modalità e nella partecipazione alla formazione organizzata dalla PAT ed agli audit di verifica;
- continuità nella gestione in convenzione con le Comunità di Valle del Progetto Cohousing psichiatrico;
- 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;
- in attuazione dell'obiettivo 1.A.5. (Dimissioni protette a domicilio), nel corso del 2019 l'Azienda ha elaborato, a integrazione dell'attuale livello di offerta, un progetto di potenziamento del supporto assistenziale nelle dimissioni protette a domicilio, coerente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza per garantire le dimissioni protette;
- gestione del processo di valutazione ed erogazione dell'assegno di cura secondo le più recenti disposizioni provinciali (Legge provinciale 5/2019);
- continuità 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;
- completamento dell'offerta di servizi nell'ambito del nuovo Centro socio riabilitativo per bambini e ragazzi con disabilità severa e profonda il Quadrifoglio, a Trento;
- in attuazione dell'obiettivo provinciale 1.D è stata operata una revisione del modello organizzativo delle UVM per i minori e si è consolidato il ruolo del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC), migliorando la valutazione tempestiva e la presa in carico complessiva da parte della rete dei servizi di minori con disturbi psicopatologici caratterizzati da un alto livello di complessità/gravità/criticità sintomatologica/comportamentale;
- riguardo l'area età evolutiva attivazione della Comunità ad alta attività assistenziale per minori di Villa S. Pietro ad Arco;
- sperimentazione del nuovo modello gestionale innovativo nell'area della salute mentale denominato Servizio integrato nelle tre macro aree della Socialità, dell'Abitare e del Lavoro;
- contributo alla raccolta dati e definizione dei contenuti del Piano provinciale demenze - XVI Legislatura, deliberato dalla Giunta Provinciale con Deliberazione 1241/2020.

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

Nel 2019 sono state valutate dai PUA 4.847 persone; alcune sono state valutate più di una volta nel corso dell'anno e complessivamente le valutazioni sono 5.543; di queste 696 sono rivalutazioni.

La tabella riporta la distribuzione territoriale delle persone valutate, suddivise per genere, e del numero di valutazioni dei diversi PUA. Le persone valutate sono donne nel 61,3% dei casi.

Tabella 9. Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2018-2019. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

PUA	ANNO 2018				ANNO 2019			
	F	M	Totale utenti	Totale valutazioni PUA	F	M	Totale utenti	Totale valutazioni PUA
PUA Andalo	==	==	==	==	3	1	4	4
PUA Borgo Valsugana	243	177	420	465	202	116	318	369
PUA Cavalese	137	87	224	266	126	74	200	232
PUA Cembra	44	50	94	99	51	38	89	96
PUA Cles	172	108	280	293	163	120	283	296
PUA Folgaria	27	12	39	44	20	8	28	28
PUA Malè	75	66	141	151	71	60	131	133
PUA Mezzolombardo (con Andalo)	177	125	302	314	187	127	314	334
PUA Pergine	338	233	571	675	373	255	628	741
PUA Pozza di Fassa	30	38	68	84	26	24	50	56
PUA Riva del Garda	201	148	349	352	171	125	296	300
PUA Rovereto	491	332	823	921	399	256	655	732
PUA Tione	213	127	340	443	202	120	322	401
PUA Tonadico	89	58	147	180	84	57	141	160
PUA Trento	992	661	1.653	1.949	867	471	1.338	1.549
PUA Valle dei Laghi	46	35	81	94	48	37	85	112
Totale	3.275	2.257	5.532*	6.330	2.993	1.889	4.882*	5.543

(*)La differenza tra il totale delle persone valutate riportate nel primo paragrafo (n. 4.847) e quello riportato in tabella (n. 4.882) è legata al fatto che 35 persone sono state valutate in più di un PUA.

Nell'anno 2019, in n. **4.233** situazioni è stata richiesta l'attivazione UVM; ciò significa che rispetto alle 5.543 pratiche, nel **76,4%** dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso UVM. Delle 4.233 richieste attivazione UVM, nel **91%** dei casi si è trattato di persone con età uguale o superiore a 65 anni.

La seconda e la terza voce più frequenti riguardano l'informazione/orientamento e l'attivazione di piani sanitari di assistenza domiciliare (l'attivazione di piani domiciliari integrati socio-sanitari è invece successiva ad una valutazione UVM).

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

Tabella 10. Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2018 e 2019. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (NB: su una stessa pratica possono esse indicate più azioni intraprese)	2018 (su 6.195 valutazioni PUA)	2019 (su 5.422 valutazioni PUA)
Attivazione UVM	4.712	4.233
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare	639	354
Informazioni/Orientamento	640	636
Attivazione Servizio Sociale	122	89
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSAO	45	17
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	19	17
Attivazione Psichiatria	15	6
Proposta nomina amministratore di sostegno	12	13
Attivazione risorse informali	27	18
Attivazione Neuropsichiatria Infantile	2	0
Attivazione Alcologia	10	5
Attivazione CDCA (Centro disturbi comportamento alimentare)	1	1
Attivazione SerD	5	0
Attivazione associazioni di volontariato	3	1
Attivazione Psicologia Clinica	4	0
Attivazione SMAC (Serv. Multidisciplinare Adolescenti Complessi)	0	1
Altro*	455	247

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

1.1.2 INDICATORE: Attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare

UVM Anziani

Nel 2019 il numero di persone anziane valutate, così come il numero di valutazioni effettuate, ha registrato un lieve incremento. Nell'analisi va considerato che le voci assistenza domiciliare e intervento servizio sociale sono sottodimensionate rispetto alla reale attivazione dei servizi che avviene anche in modo indipendente rispetto alla valutazione UVM.

Tabella 11. Numero utenti valutati e numero valutazioni anno 2019. Fonte: Qlik AtI@nte

UVM	Nr. utenti *	Nr. valutazioni
UVM Trento	1.136	1.387
UVM Vallagarina (Rovereto)	590	737
UVM Giudicarie e Rendena	444	603
UVM Pergine	395	488
UVM Alto Garda e Ledro	368	463
UVM Cles	275	322
UVM Borgo Valsugana	272	317
UVM Mezzolombardo	205	243
UVM Fiemme	183	215
UVM Tonadico	111	132
UVM Malè	96	117
UVM Lavis	61	86
UVM Fassa	73	85
Totale	4.209	5.195

* Un utente può aver avuto più di una valutazione, anche da UVM diverse.

Tra gli esiti UVM più frequenti emerge l'invio in RSA, dato in costante aumento dal 2015 (2.490 nel 2015 utenti vs 2.852 nel 2019), ma altresì una rimodulazione dei progetti assistenziali proposti attraverso un incremento nell'utilizzo dei servizi semiresidenziali e di sollievo.

Tabella 12. Esito UVM - codifica progetto assistenziale proposto area anziani anni 2015 - 2019. Fonte: Qlik AtI@nte

Codifica progetto assistenziale ⁽¹⁾	2015	2016	2017	2018	2019
Accoglienza in residenza (R.S.A.)	2.490	2.452	2.623	2.596	2.852
Assistenza domiciliare (ADI, ADICP, ADInf, SAD ecc...)	903	863	1.067	971	751
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	1.009	1.029	1.052	943	1.350
Accoglienza in residenza (R.S.A.O.)	644	693	613	626	631
Centro Diurno Anziani	427	530	559	711	753
Altro ⁽²⁾ (altri interventi, ADPD, ...)	282	364	228	177	242
Intervento Servizio Sociale	19	28	13	10	10

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

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

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

I dati relativi alle altre aree di fragilità evidenziano una lieve diminuzione del numero di persone valutate in UVM. E' necessario sottolineare che l'importante lavoro di rete ed il confronto tra operatori dei servizi non sempre comporta l'attivazione dell'UVM.

Tabella 13. Numero utenti valutati in UVM anno 2019. Fonte: Qlik AtI@nte

UVM	Età Evolutiva		Disabilità		Salute Mentale Adulti		Dipendenze	
	valutazioni	utenti*	valutazioni	utenti*	valutazioni	utenti*	valutazioni	utenti*
UVM Alto Garda e Ledro	20	14	13	8	11	10		
UVM Borgo Valsugana	4	3	32	23	6	6		
UVM Cles	1	1			4	4	3	3
UVM Fassa	3	2	1	1	2	2		
UVM Fiemme	1	1	1	1	3	3	4	4
UVM Giudicarie	6	3	1	1	13	8		
UVM Lavis	4	3	1	1	3	2		
UVM Malè	3	3	2	2	2	2		
UVM Mezzolombardo	3	3	6	5	5	4	1	1
UVM Pergine	13	10	29	25	15	13		
UVM Tonadico	1	1	17	15	1	1		
UVM Trento	32	28	78	71	10	9	233	155
UVM Vallagarina	14	13	12	12	18	16	2	2
Totale	105	85	193	165	93	80	243	165

* Un utente può essere valutato più volte, anche da UVM diverse.

Tabella 14. Esito UVM- progetto assistenziale proposto area età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze.

Fonte Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale (*)	2017	2018	2019
Strutture residenziali	227	320	357
Accoglienza in residenza (R.S.A. e R.S.A.O.)	16	27	27
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	7	20	9
Strutture semiresidenziali	68	76	42
Assistenza domiciliare (ADI, ecc...)	78	99	58
Intervento Servizio Sociale	26	32	10
Intervento Servizio Salute Mentale	30	17	12
Progetto NPI	18	16	9
Intervento Alcologia	12	11	5
Progetto di vita indipendente	24	16	18
Altro	127	116	129

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

Dai dati delle valutazioni di tutte le aree di fragilità si evidenzia come la proposta assistenziale numericamente più rilevante sia quella che coinvolge le strutture presenti a livello territoriale. Tuttavia, esiste un'altra area progettuale dedicata, invece, alla domiciliarità. Proprio per dare evidenza alle progettualità a sostegno della domiciliarità nella tabella e figure seguenti si presentano alcuni dati in grado di descrivere l'andamento dei servizi di assistenza domiciliare socio sanitaria negli anni 2015-2019: SAD in ADI e in ADI Cure Palliative, Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza (ADPD).

Nell'anno 2019 hanno beneficiato di questi servizi **895** persone. La tabella seguente riporta il numero degli utenti per le tre tipologie di servizio SAD. Le figure sotto riportate rappresentano il genere e le fasce di età per ciascuna tipologia di servizio.

Tabella 15. Numero utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anni 2015 - 2019. Fonte: Atl@nte

Servizio	N. Utenti 2015*	%	N. Utenti 2016*	%	N. Utenti 2017*	%	N. Utenti 2018*	%	N. Utenti 2019*	%
SAD ADI	183	28	253	31	252	31	256	31	249	28
SAD ADICP	379	59	430	53	440	53	448	53	504	56
ADPD	85	13	128	16	132	16	133	16	142	16
TOT	647	100	811	100	824	100	837	100	895	100

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

Figure 12 e13: Distribuzione per genere utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2019. Fonte: Atl@nte

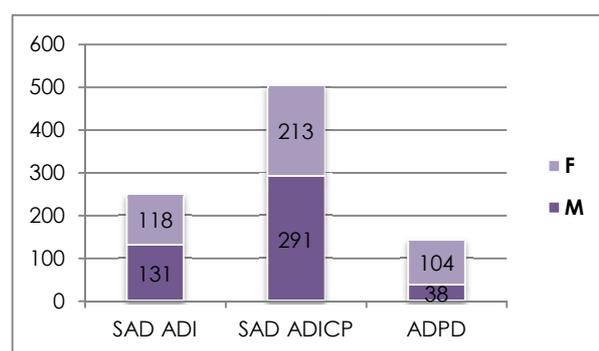
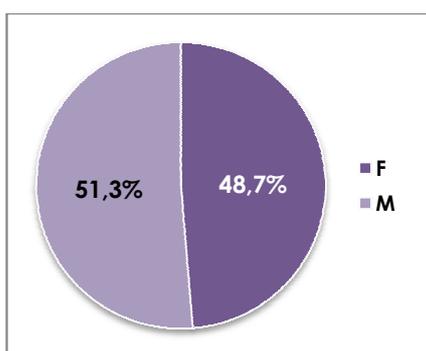
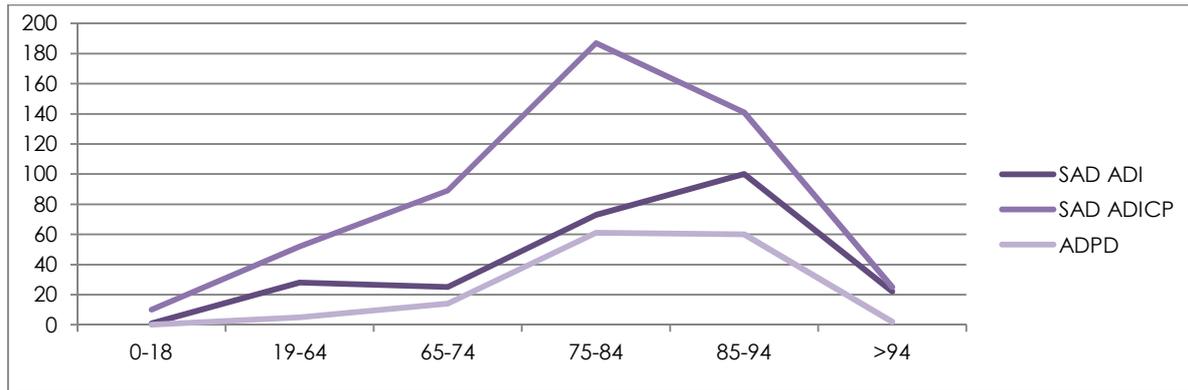


Figura 14 : Distribuzione per classi d'età utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2019. Fonte: Atl@nte



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

- nel SAD in ADI a supporto della cronicità il tempo di presa in carico è di lunga durata e la famiglia spesso si avvale anche di altre risorse, quale l'assistente familiare privata. La fascia di età 85-94 è la più rappresentata, e sul totale prevalgono gli uomini (131 uomini su 249 persone totali);
- nel SAD in ADI Cure Palliative, a supporto delle fasi di fine vita, il tempo di presa in carico è di breve durata, spesso alcune settimane. Anche per questo servizio vi è una prevalenza di uomini (291 su 504 persone totali);
- nell'ADPD, a supporto dell'assistenza per le persone con demenza, con finalità prevalentemente educative o di sollievo al caregiver familiare o in affiancamento all'assistente familiare privata, la media delle ore settimanali si attesta su un numero più basso rispetto alle altre modalità di assistenza. Prevalgono nettamente le donne, in coerenza con l'epidemiologia della malattia.

I servizi di assistenza domiciliare socio-sanitaria, proprio per la complessità dei bisogni delle persone, integrano l'impegno dei caregiver familiari nell'assistenza e supportano la famiglia offrendo l'opportunità di mantenere la persona a casa propria il più a lungo possibile. L'incremento del numero di persone che hanno accettato il servizio esprime la capacità della rete di proporre interventi percepiti utili dalle famiglie.

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

I Centri Diurni per anziani costituiscono un fondamentale servizio socio-sanitario, all'interno di una rete complessiva di servizi e di interventi, a sostegno del mantenimento al proprio domicilio delle persone parzialmente non autosufficienti e della tenuta della rete dei familiari e dei caregiver. Nel 2019 sono stati operativi 33 servizi semiresidenziali per anziani, di cui 24 Centri Diurni (di cui 2 CD Alzheimer a Trento e Rovereto) per un totale di 332 posti, 8 servizi di presa in carico diurna continuativa (di cui l'ultimo attivato presso l'APSP Anaunia di Predaia) per un totale di 30 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 2019, nei Centri diurni sono state accolte n. 753 persone; di queste 301 (40%) hanno avuto una durata della presa in carico pari o inferiore a 12 mesi, mentre 452 hanno avuto una durata di presa in carico superiore ai 12 mesi (60%).

Il 69% dell'utenza complessiva è costituito da donne. Per quanto riguarda l'età, l'81,3% degli utenti ha più di 75 anni, e di questi il 55% (45,7% nel 2018) ha un'età uguale o superiore a 85 anni. I dati confermano che la popolazione che frequenta i centri diurni è prevalentemente femminile e molto anziana. Anche per alcuni "grandi anziani" il servizio rappresenta un livello di offerta assistenziale a sostegno della domiciliarità.

La percentuale degli utenti con profili indicati nelle direttive provinciali come appropriati per l'accesso ai centri diurni (profili n. 2, 3, 6, 7, 8), è pari al **73,5%** (70,1% nel 2016; 75,5% nel 2017; 76,3% nel 2018), a cui va aggiunto un ulteriore **17,7%** di utenti con profilo 1 - lucido, autonomo (20,1% nel 2016; 16,6% nel 2017; 15,2% nel 2018) per il quale le direttive prevedono l'inserimento se la persona vive in un contesto con "grave e prolungato isolamento sociale e non è presente un Centro Servizi nel territorio di residenza". Complessivamente quindi la percentuale di utenti inseriti nei centri diurni anziani con profili indicati come appropriati è pari a **91,2%** (92,1% nel 2017; 91,5% nel 2018). Gli utenti con profili diversi da quelli indicati nelle direttive richiedono valutazioni individualizzate.

Tabella 16. Profili relativi a utenti con servizio di centro diurno aperto nel 2019. Fonte: Atl@nte

Profilo	nr.	%
01. Lucido, autonomo	42	17,7
02. Lucido, in parte dipendente	32	13,5
03. Lucido, deambula assistito	35	14,8
05. Lucido, gravemente dipendente	7	2,9
06. Confuso, deambulante, autonomo	43	18,2
07. Confuso, deambulante	41	17,3
08. Confuso, deambula, assistito	23	9,7
09. Confuso, allettato	2	0,8
11. Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	4	1,8
12. Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	1	0,4
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	7	2,9
Totale	237	100,0

Dai dati emerge che il **50,7 %** (49,5% nel 2018) degli utenti dei Centri diurni e dei posti di presa in carico diurna continuativa è stato valutato portatore di disturbo cognitivo (classificato confuso nel profilo SVM) e/o problemi comportamentali, indicando quanto è presente il bisogno di una accoglienza diurna socializzante a supporto della permanenza a domicilio di anziani fragili.

La percentuale degli utenti con servizio di Centro diurno Alzheimer e servizi di presa in carico diurna continuative per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento con profili n. 6-7-8-16-17, indicati nelle direttive provinciali come appropriati, è pari al **96%** (87,5% nel 2016; 92% nel 2017; 91,6% nel 2018).

Tabella 17. Profili relativi a utenti con servizio di centro diurno Alzheimer aperto nel 2019. Fonte: Atl@nte

Profilo	nr.	%
02. Lucido, in parte dipendente	1	4
06. Confuso, deambulante, autonomo	8	32
07. Confuso, deambulante	4	16
08. Confuso, deambula, assistito	2	8
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	7	28
17. Problemi comportamentali, dipendente	3	12
Totale	25	100,0

1.1.5. INDICATORE: La rete clinica per i disturbi cognitivi e le demenze - attività 2019

Nel 2019 è proseguita applicazione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per le persone con demenza e le loro famiglie - approvato con delibera della Giunta provinciale n. 2350 del 28 dicembre 2017 - anche attraverso l'azione della Rete clinica disturbi cognitivi e demenze.

L'attività clinica presso i Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD) è stata caratterizzata anche nel 2019 da un importante incremento di attività sia di prime visite che di visite di controllo, come rappresentato nella sottostante tabella. Nel 2017 sono state effettuate n. 902 prime visite e n. 1.561 visite di controllo; nel 2018 n. 1.178 prime visite e n. 1.803 visite di controllo (fonte: Qlik CDCD); nel 2019 si è arrivati a 1.552 prime visite e 2.170 visite di controllo.

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

Tabella 18. Nr. visite per CDCD anno 2019. Fonte: Qlik CDCD

CDCD	Prime Visite	Visite controllo
CENTRO SANITARIO SAN GIOVANNI (MEZZOLOMBARDO)	14	3
CENTRO SERVIZI SANITARI - TRENTO	383	340
OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO	263	525
CENTRO SANITARIO DI RIVA DEL GARDA	108	230
OSPEDALE DI TIONE	78	154
OSPEDALE S.M. DEL CARMINE - ROVERETO	262	518
S.G. BOSCO - ROVERETO	132	214
DISTRETTO EST BASSA VALSUGANA	28	39
CENTRO SANITARIO SAN GIOVANNI (MEZZOLOMBARDO)	52	10
PALAZZINA GERIATRICA DI CLES	232	137
Totale	1.552	2.170

Figura 15 : Distribuzione prime visite e visite di controllo per CDCD anno 2019. Fonte: Qlik CDCD

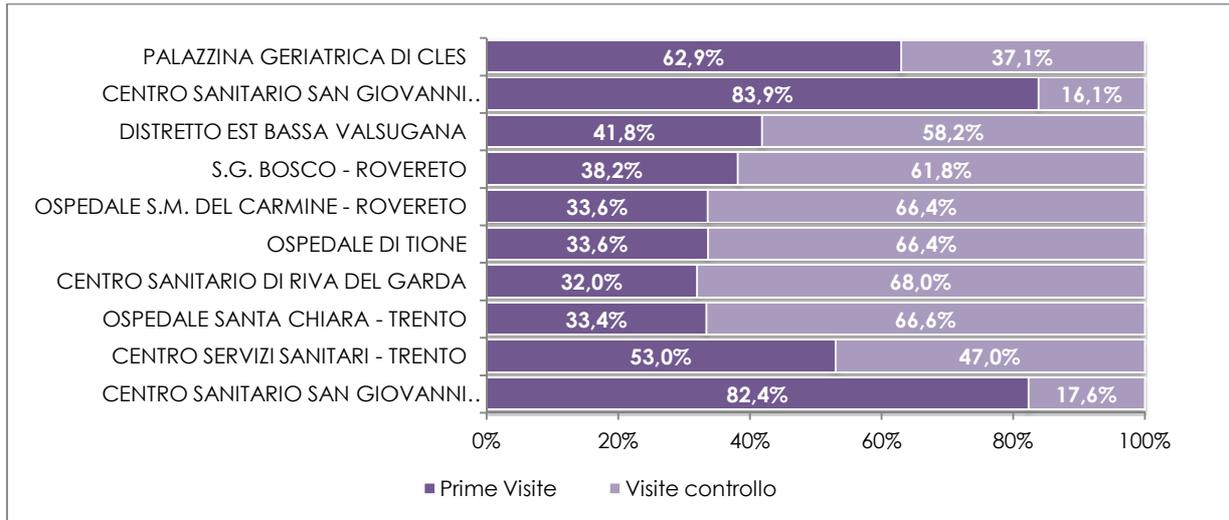


Figura 16: Distribuzione per genere pazienti CDCD anno 2019. Fonte: Qlik CDCD

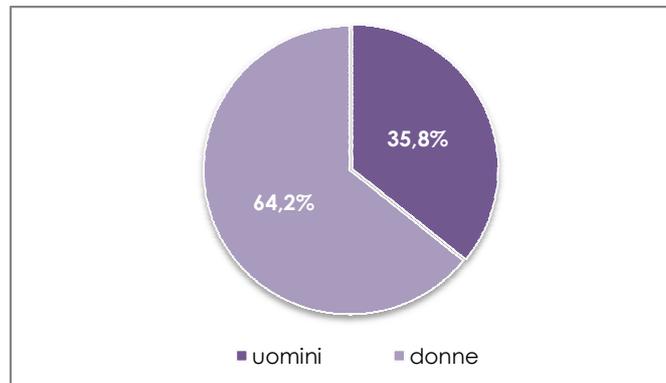
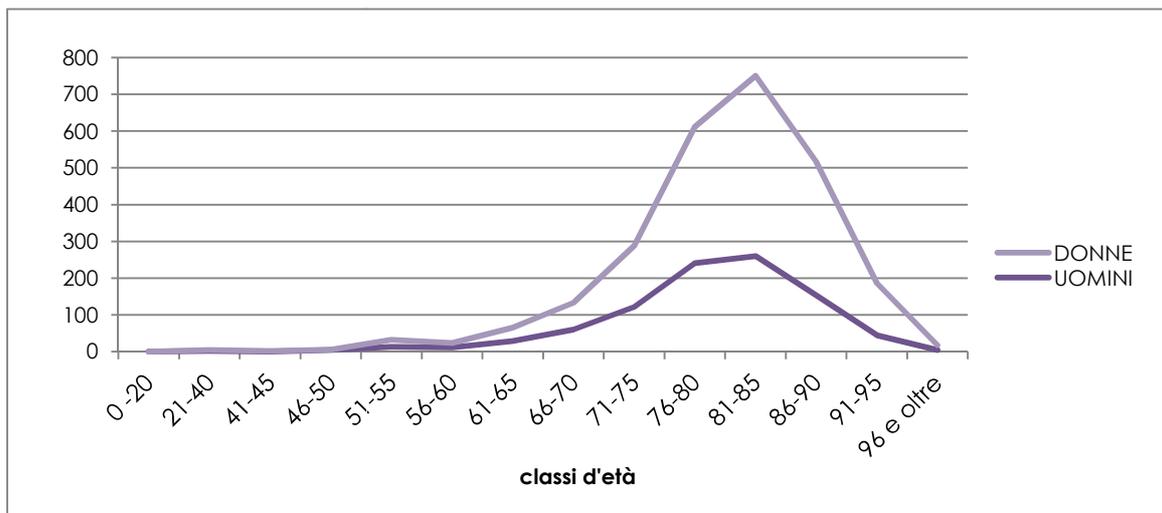


Figura 17: Distribuzione per classi d'età pazienti visitati in CDCD anno 2019. Fonte: Qlik CDCD



ASSISTENZA DI BASE

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

In provincia sono presenti, a fine 2019, n. 331 Medici di Medicina Generale a fronte di una popolazione di età superiore ai 14 anni pari a 466.248 e n. 71 Pediatri di Libera Scelta per un numero complessivo di pazienti dai 0 ai 14 anni pari a 76.491.

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

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

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

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

Nelle figure 18, 19 e 20 vengono confrontati con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa i tassi di ospedalizzazione della provincia di Trento del 2019.

Figura 18: C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2019

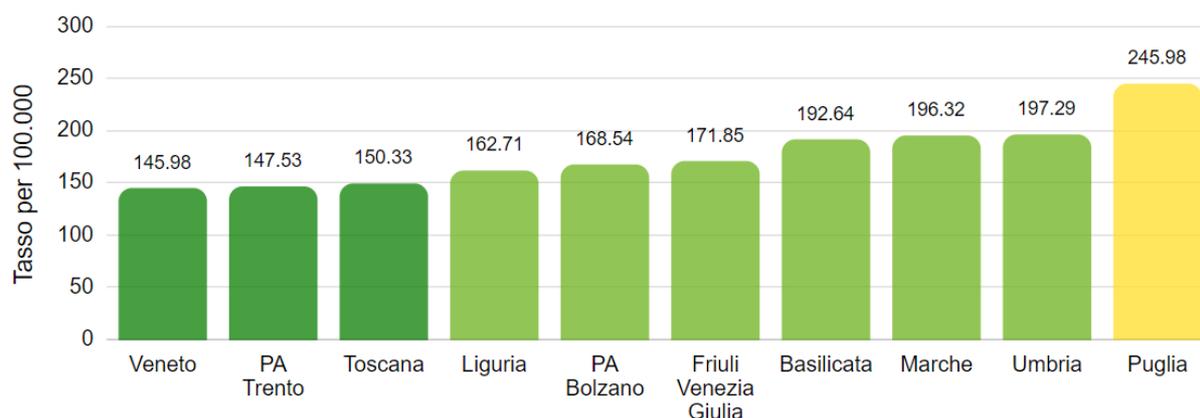


Figura 19: C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2019

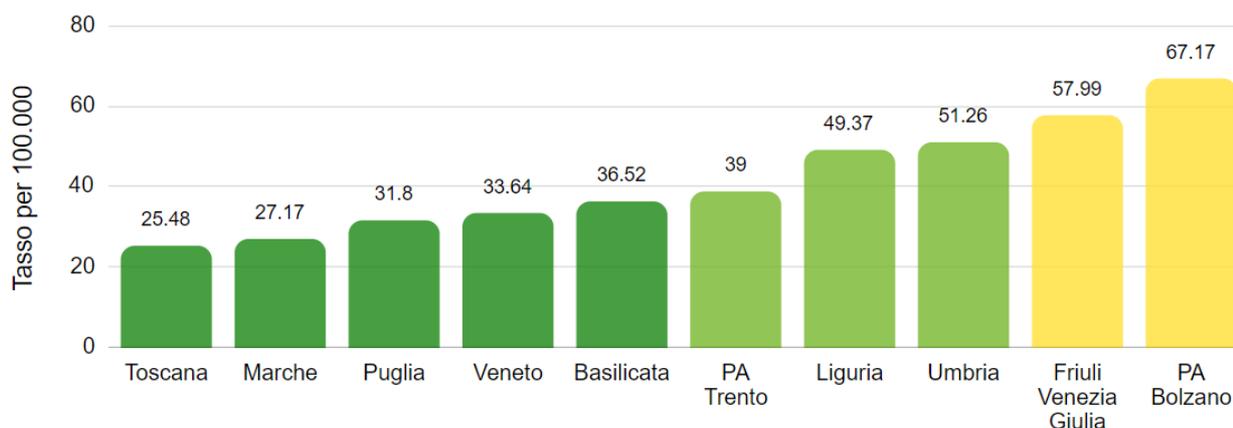
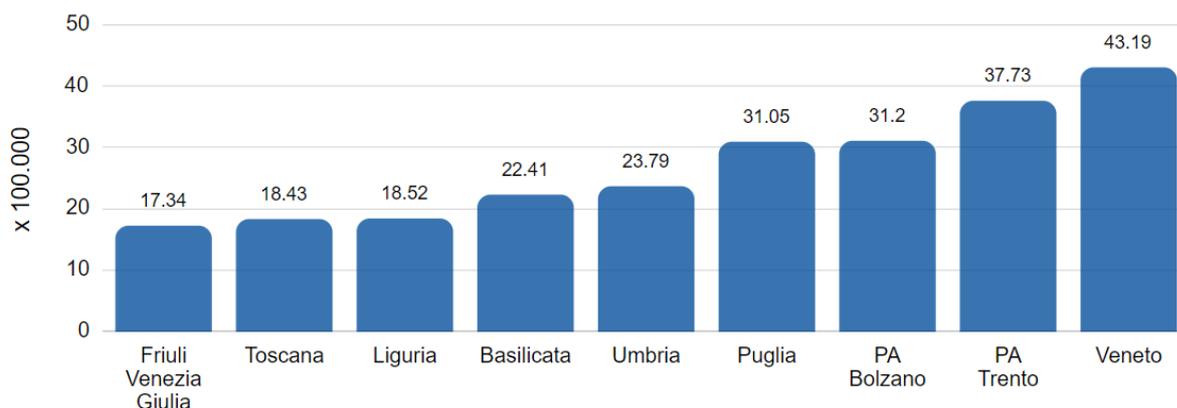


Figura 20: D03CA - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete.

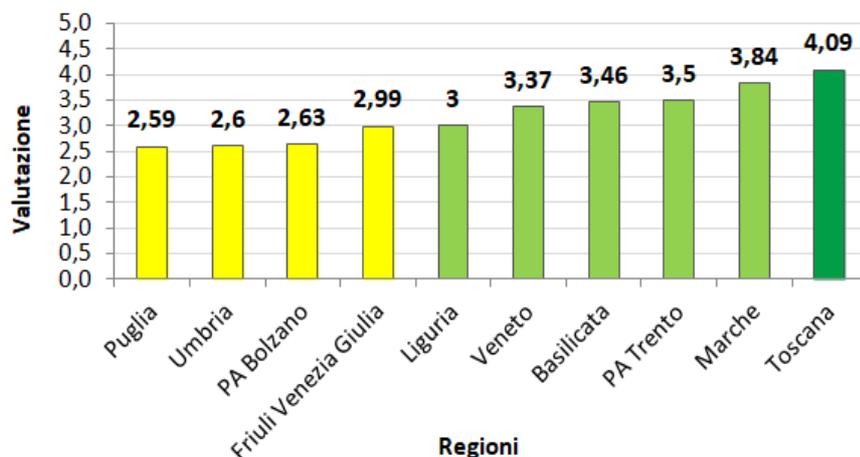


L'indicatore complessivo "efficacia assistenziale territoriale" assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è riportato in parentesi):

- (25%) C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) ■ **147.53 per 100.000**
- (25%) C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) ■ **37.84 per 100.000**
- (25%) C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) ■ **18.52 per milione**
- (25%) C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) ■ **39 per 100.000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2019 APSS ottiene una valutazione di performance buona (3,5) e in aumento rispetto all'anno precedente.

Figura 21: Efficacia assistenziale territoriale: ospedalizzazione delle patologie croniche. Anno 2019



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

La presa in carico dei pazienti di età < 14 anni e la loro gestione sul territorio, limitando il ricorso all'ospedalizzazione, è un importante indicatore indiretto dell'efficacia dell'assistenza erogata. Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2019 APSS risulta fra le realtà più virtuose con un tasso di ospedalizzazione pari a 7.15/100 (vedi figure 22 e 23). 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 22: C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni). Anno 2017-2019

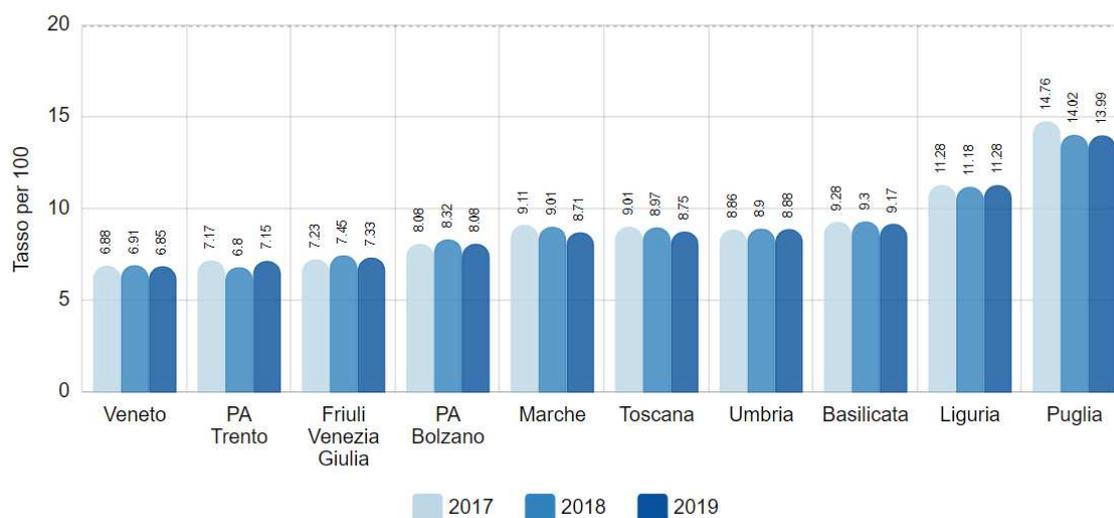
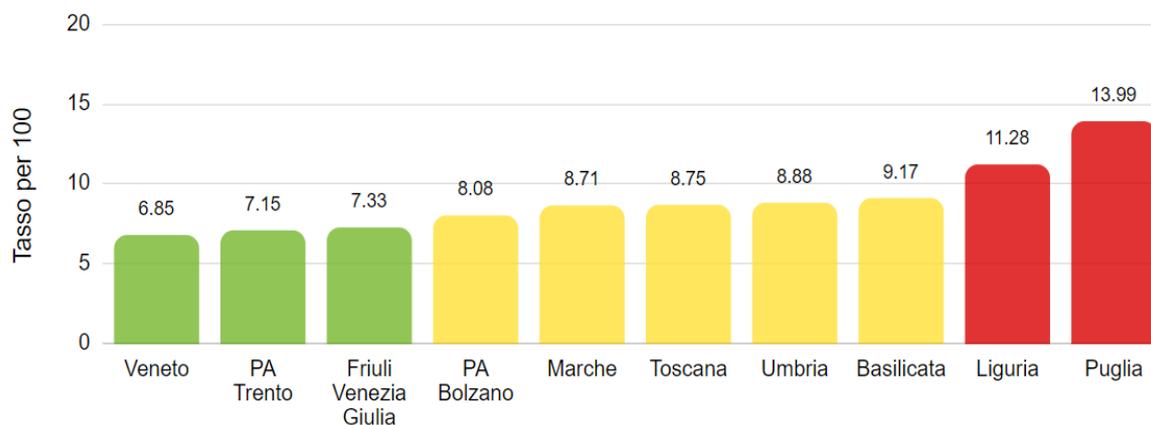


Figura 23: C7.7 Tasso di ospedalizzazione per 100 residenti (<14 anni) – Anno 2019



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 ultimi anni. Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, APSS risulta fra le realtà più virtuose. 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.

1.2.4 INDICATORE: Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica

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

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

C7D Pediatria ■ 3,86:

(15%) C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni) ■ 7.15 per 100

(15%) C7.7.1 Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) ■ 32.17 per 100

(10%) D04C.A Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) ■ 12.68 per 100.000

(10%) D04C.B Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni ■ 54.01 per 100.000

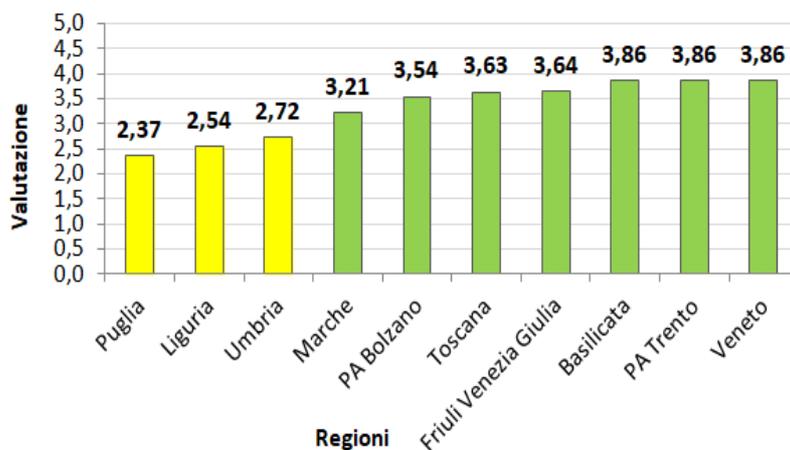
(15%) C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti ■ 252.5 per 100.000

(20%) C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica ■ 11.65 per 1.000 ab/die

(15%) C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica ■ 1.78 DDD per 1000

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2019 APSS risulta sopra la media del Network con una valutazione di performance buona (3,86).

Figura 24: C7D Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica (Network - S. Anna di Pisa; anno 2019)



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

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i Paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardio-vascolari, osteoporosi e depressione. La Provincia di Trento (PAT), come evidenziato dai dati emersi dallo studio Passi, presenta una percentuale di persone sedentarie del 21.7% inferiore rispetto alla media nazionale (26,38). La percentuale di persone obese e in sovrappeso 32.05% risulta inferiore rispetto alla media italiana e la più bassa del Network.

Figura 25. A10.1.1 Percentuale di sedentari – Anno 2019

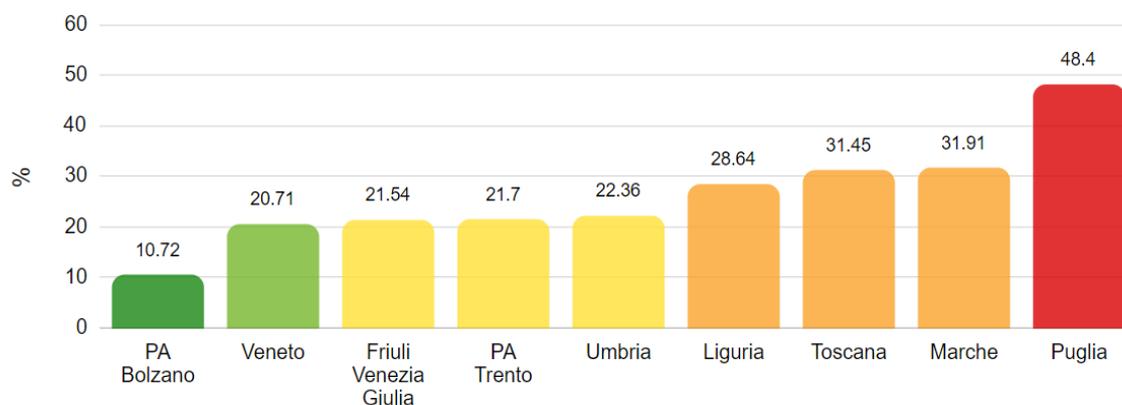
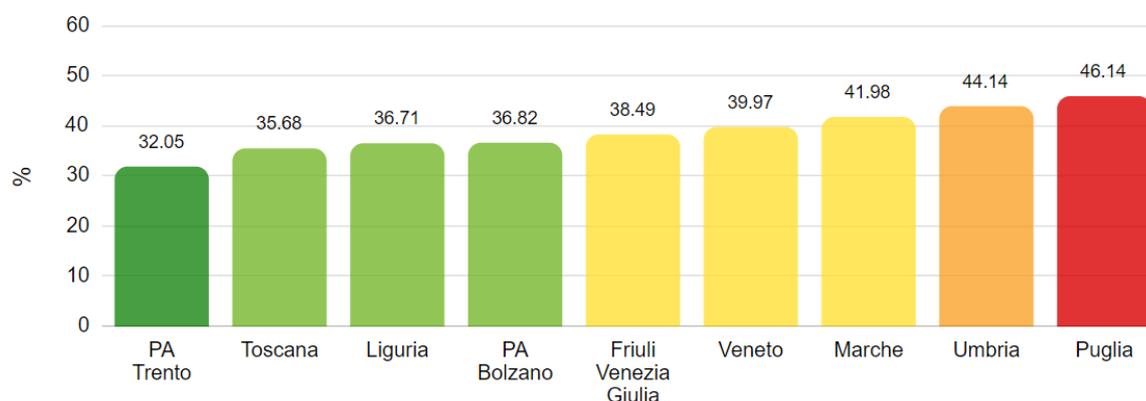


Figura 26. A102.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso – Anno 2019

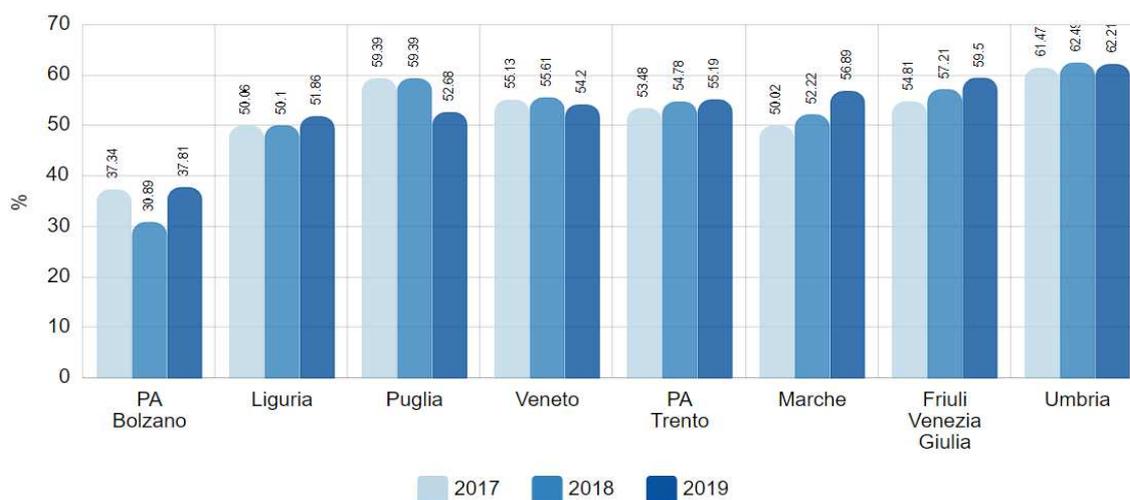


1.2.6 INDICATORE: Copertura vaccinazione antinfluenzale per gli anziani.

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

Il dato relativo alla copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64 anni risulta positivo rispetto alle aspettative, nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2019 per la copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64, APSS risulta fra le realtà che hanno margini di miglioramento.

Figura 27. B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (> = 65 anni). Trend 2017-2019



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

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

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

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

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

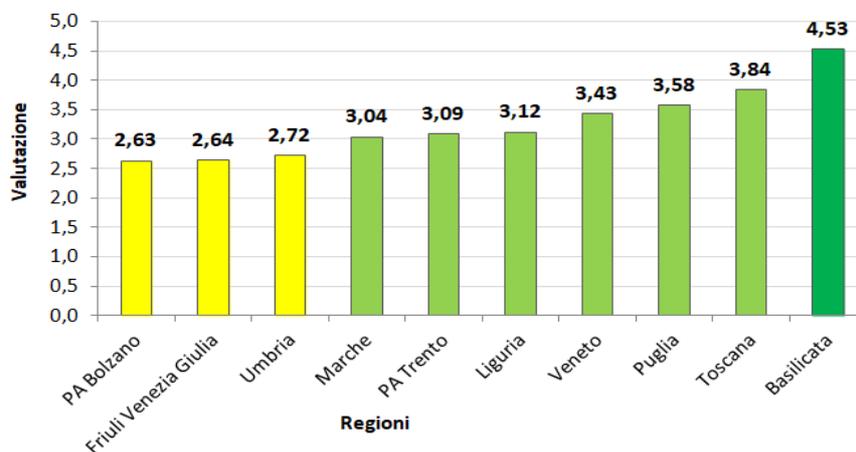
(40%) C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre a 30 giorni per 1.000 residenti **1,1 per 1.000**

(20%) C8 B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso **344,44 per 1.000**

(40%) C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti **8,57 per 1.000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2018 l'indicatore di sintesi per APSS risulta nella media **(3,09)**.

Figura 28: Indicatore di performance dell'integrazione ospedale-territorio (Network Regioni)



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 174.740.

Tabella 19. Servizio di continuità assistenziale: dati attività periodo 2017-2019

Anno	Ore apert.	Cons. Tel.	Interv. ambul.	Interv. dom.	tot. Interventi	Ricoveri prescritti	% dom/ tot.	% amb/ tot.	% tel./ tot.	% ric./ tot.
2017	175.719	21.920	69.265	12.212	112.047		10,9	61,8	19,6	7,90
2018	175.809	19.059	74.102	10.470	111.477		10,64	66,47	17,09	6,90
2019	174.740	19.946	76.060	10.378	113.933	9201 (*)	9,1	73,3	17,6	8

(*) Il totale comprende: disposto ricovero in ospedale n. 252; attivato Trentino emergenza n. 1504 e inviato al Pronto Soccorso n.7445 (Fonte dati Qlik - Continuità assistenziale)

CURE DOMICILIARI

Il progressivo invecchiamento della popolazione degli ultimi anni è confermato anche dai dati demografici: sono 61.782 le persone con più di 75 anni in Trentino su una popolazione di 542.739 (dati del 1 gennaio 2020). L'indice di vecchiaia, lievemente aumentato, è di 158,6, il che significa che ogni 100 giovani con meno di 14 anni ci sono 159 persone con più di 65 anni.

Questo dato, anche se inferiore a quello nazionale (178,4), ha un impatto sui servizi sanitari, in quanto aumentano le persone che, a causa di una malattia cronica e della progressiva perdita dell'autosufficienza, necessitano delle cure domiciliari, che prevedono la presa in carico domiciliare da parte del medico di medicina generale e dell'infermiera territoriale. Questa è possibile solo in presenza di un supporto familiare, o di una rete di aiuto informale, e quando le condizioni di salute della persona lo permettano.

Le cure domiciliari si suddividono in quattro livelli di complessità:

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

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

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

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

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

Gli utenti presi in carico nel 2019, come evidenziato nella tabella sottostante, dimostrano lievi differenze tra i diversi ambiti territoriali, in riduzione rispetto agli anni precedenti

Tabella 20 - Utenti in Carico 2019

	Popolazione Residente al 1° gen 2019	N° Utenti con Accessi	Tasso/1000 ab.
CENTRO NORD	132.429	2.120	16,00858
EST	121.320	2.129	17,54863
OVEST	101.170	1.812	17,91045
CENTRO SUD	182.497	3.252	17,81947
Totale	537.416	9.313	17,32922

Nell'anno 2019 tutta l'assistenza domiciliare e relativa ai piani di cura è progressivamente transitata al sistema @home per la gestione dei pazienti in Cure Domiciliari e Palliative. Sono aumentati complessivamente i casi di presa in carico (cioè di tutti i piani di cura che non consistano solo in interventi occasionali), e si è conseguita anche una maggior omogeneità dei dati tra i diversi ambiti territoriali.

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

SERVIZI CONSULTORIALI

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

In APSS sono attivi dieci Consultori.

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

Le principali aree di intervento riguardano:

- educazione socio-affettiva e sessuale in ogni fase della vita del singolo e della coppia;
- consulenze su contraccezione e sessualità nelle diverse età della vita;
- controllo della fertilità e procreazione responsabile;
- percorso di accompagnamento della donna che affronta l'interruzione volontaria della gravidanza;
- visite ostetrico/ginecologiche;
- percorso nascita: assistenza, sostegno e cura in gravidanza e puerperio, cura del neonato;
- corsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità con incontri in gruppo pre- e post-parto;
- consulenza psicologica riguardo le tematiche relazionali personali, di coppia, familiari e/o genitoriali;
- consulenza per le tematiche legali e sociali (diritto di famiglia, difficoltà nella relazione di coppia, accompagnamento e sostegno in separazioni e divorzi);
- percorso di accompagnamento per la donna in situazione di maltrattamento o violenza;
- progetto "Conoscere il Consultorio" per le scuole superiori;
- consulenza, assistenza, prescrizione e sostegno per le richieste di contraccezione di emergenza;
- prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile e delle malattie sessualmente trasmesse.

1.5.1 INDICATORE: Numero di nuovi utenti dei Consultori

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

Quindi, l'indicatore "numero di nuovi utenti" rappresenta un indice di aderenza della struttura alla propria missione. Complessivamente, nei vari Consultori dei Distretti, i nuovi utenti sono stati n. 9.604 nel 2016, n. 7.381 nel 2017, n. 8.497 nel 2018 e n. 8.430 nel 2019.

Tabella 21. Nr Nuovi utenti dei Consultori (anni 2016-2019)

	Borgo	Cavalese	Cles Malè	Fiera di Primiero	Mezzolombardo	Pergine	Riva d.G.	Rovereto	Tione	Trento
2016	831	632	853	550	287	1.480	1.176	1.576	814	1.405
2017	741	509	651	309	200	891	1.083	988	546	1.463
2018	646	547	815	279	348	897	1246	1097	502	2120
2019	641	460	790	281	418	819	1.002	1.052	545	2.422

Tabella 22. Nr. nuovi utenti di età 15 - 25 anni dei Consultori (anni 2016 - 2019)

Anno	Femmine	Maschi	Totale	Proporzione su totale nuovi utenti
2016	2.099	89	2.188	22,8%
2017	2.705	109	2.814	27,6%
2018	2317	93	2410	29,1%
2019	2264	109	2373	28,8%

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

La capacità di intercettare nuova utenza dipende da numerosi fattori, dagli orari di apertura alla flessibilità delle agende in base alle priorità dei bisogni, alla disponibilità di personale formato e capace di 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.

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

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

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

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

Tabella 23. Adesione al Progetto Conoscere il Consultorio Anno Scolastico 2018-2019 N. classi

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

* compresi gli incontri con le classi di terza media

1.5.3 INDICATORE: Incontri di accompagnamento alla nascita

Le evidenze scientifiche dimostrano che la partecipazione ai Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) comporta un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale. Infatti, grazie alla partecipazione agli IAN, le donne si presentano in sala parto con maggior consapevolezza dei fenomeni fisiologici connessi al processo biologico del parto, richiedono meno il taglio cesareo e l'utilizzo dell'analgia farmacologica. Gli IAN, soprattutto se combinati ad incontri post-natali, si sono dimostrati efficaci nell'incrementare i tassi di inizio dell'allattamento al seno e nel prolungare la durata dell'allattamento al seno esclusivo

Tabella 24. Incontri pre-parto per sede consultoriale (anno 2019)

Corsi Pre-Parto	N° Contatti	N° Corsi	Nr Medio Partecipanti per corso
BORGO VALSUGANA	108	10	9,49
CAVALESE	108	9	8,54
CLES	156	11	10,37
FIERA DI PRIMIERO	37	4	7,38
MALÈ	29	4	6,36
MEZZOLOMBARDO	124	8	11,36
PERGINE VALSUGANA	227	13	13,57
RIVA DEL GARDA	185	14	10,32
ROVERETO	339	24	11,27
TIONE DI TRENTO	114	12	6,75
TRENTO	553	36	12,57
Totale	1.980	145	10,66

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

SALUTE MENTALE

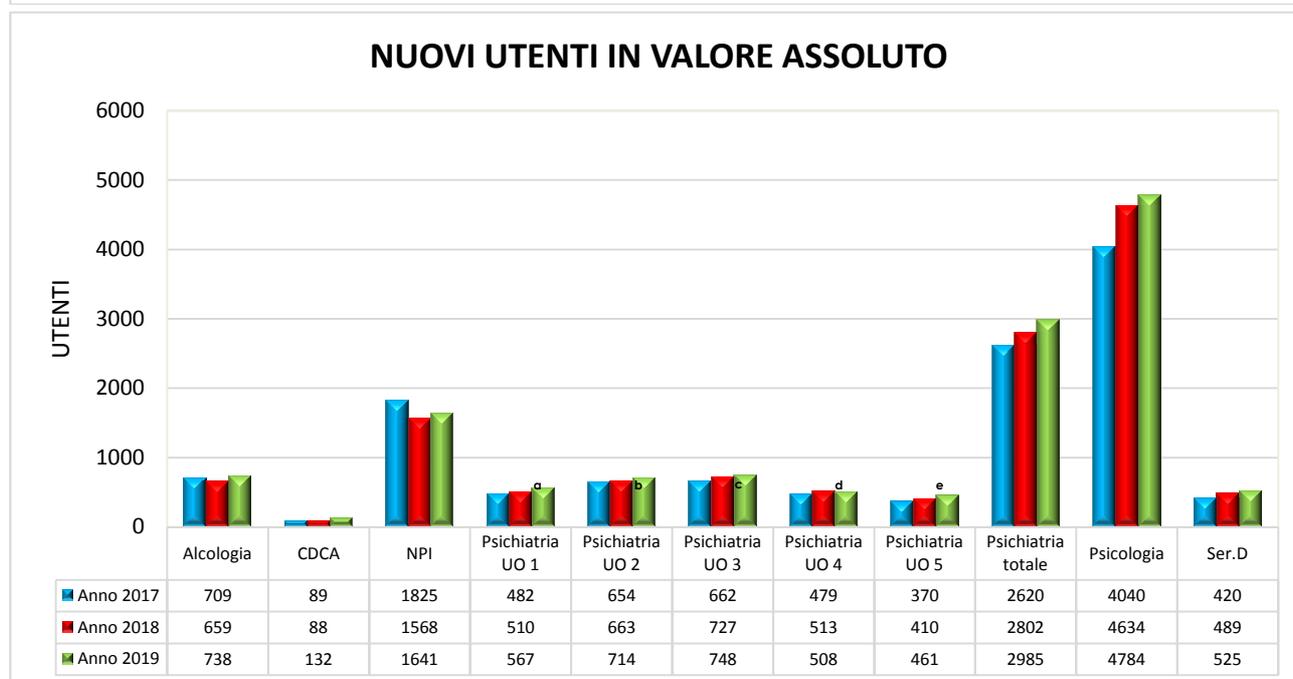
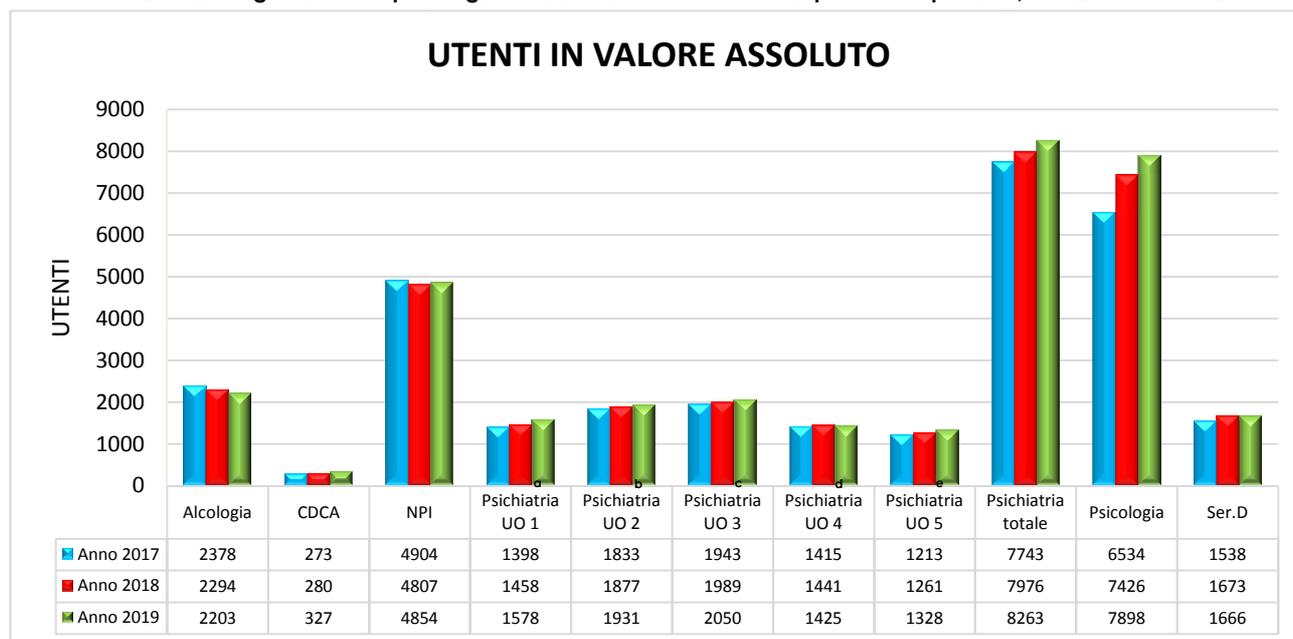
L'Area di salute mentale rappresenta un'articolazione del Servizio Territoriale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Afferiscono all'Area di salute mentale: 4 Unità Operative di Psichiatria che compongono il Dipartimento di Psichiatria, 1 Unità Operativa provinciale di Neuropsichiatria infantile, 1 Unità Operativa provinciale di Psicologia, Servizio Dipendenze e Alcolologia, Centro Disturbi Comportamento Alimentare.

La Mission dell'Area salute mentale è:

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

Nelle tabelle 25 e 26 seguenti sono riportati gli utenti in carico e i nuovi utenti per Unità Operativa/Servizio nell'anno 2019



^a UO1 di psichiatria: Rotaliana, Paganella, Val di Non, Val di Sole, Val di Cembra

^b UO 2 di psichiatria: Val d'Adige, Valle dei Laghi

^c UO 3 di psichiatria: Alta Valsugana e Bersntol, Bassa Valsugana e Tesino, Val di Fiemme, Val di Fassa, Primiero

^d UO 4 di psichiatria: Vallagarina, Altipiani Cimbri

^e UO 5 di psichiatria: Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena

Da precisare che nel corso del 2019 la UO 2 di Psichiatria e la UO 4 di Psichiatria sono state unificate, ma per chiarezza nel presente Bilancio di Missione i dati di questi 2 servizi sono presentati ancora in modo distinto.

DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA

La MISSIONE

Le Unità Operative di psichiatria hanno il compito di tutelare e promuovere la salute mentale della popolazione dell'intero territorio della provincia autonoma di Trento, contrastando i fattori di stigma ed esclusione correlati alla patologia.

Obiettivi generali del Dipartimento di psichiatria sono:

- la promozione della salute mentale intesa come benessere psicologico, relazionale e sociale;

- la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale nell'intero arco della vita adulta;
- la messa in comune delle esperienze e delle conoscenze fra professionisti dei vari ambiti territoriali, con particolare attenzione agli interventi e trattamenti di efficacia scientificamente documentata, promuovendo la partecipazione attiva dei pazienti e dei loro familiari ai percorsi di cura, nell'ottica di un consenso alle cure che da informato divenga partecipato.
- Garantire la costante attenzione all'uso razionale delle risorse.

Nel perseguire questi obiettivi, le UUOO di psichiatria:

- concorrono alla tutela dei diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e/o disturbi mentali, favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di stigma e discriminazione;
- assicurano la coerenza e la continuità degli interventi operando in collaborazione e sinergia con le agenzie sanitarie e sociali del territorio, evitando la frammentazione dei percorsi di cura e assistenza, al fine di assicurare una costante attenzione all'integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale;
- favoriscono la partecipazione attiva degli utenti, dei loro familiari, delle associazioni, dei cittadini attivi e del volontariato ai percorsi di cura e più in generale all'elaborazione di approcci partecipati alla tutela della salute mentale, nel rispetto della soggettività e dei diritti di tutte le persone interessate.

Il RICOVERO nei Servizi Psichiatrici per la Diagnosi e la Cura e nel Centro 24 ore.

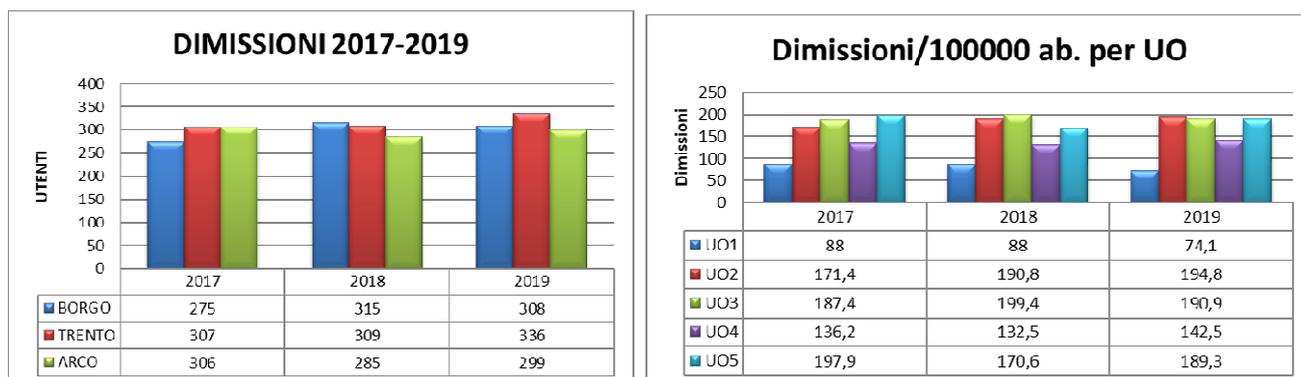
I ricoveri vengono effettuati presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e presso il Centro 24 ore. Nel territorio del Trentino si contano 3 SPDC situati ad Arco (16 posti letto), a Borgo (16 posti letto) e a Trento (14 posti letto) e 1 Centro sperimentale 24 ore (4 posti letto) situato a Cles, ognuno con una specifica area territoriale di competenza.

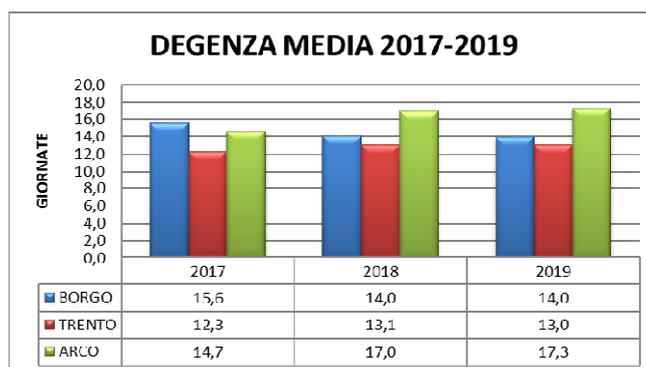
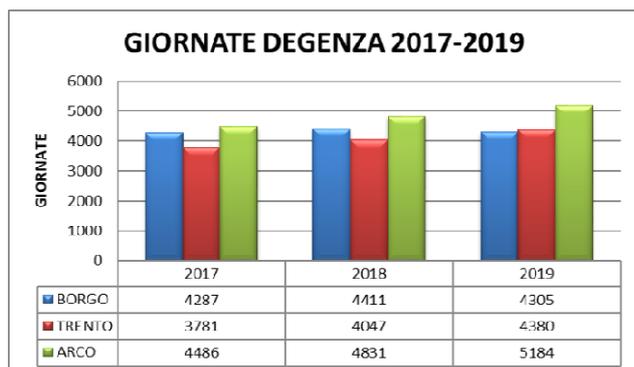
- **Il SPDC di Arco** ricovera pazienti provenienti dalle Comunità di Valle dell'Alto Garda e Ledro, delle Giudicarie, della Vallagarina e della Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri.
- **Il SPDC di Trento** ricovera pazienti provenienti dalla Val d'Adige, dalle Comunità della Valle dei Laghi, della Rotaliana-Königsberg, della Paganella e della Val di Cembra.
- **Il SPDC di Borgo** ricovera pazienti provenienti dalle Comunità di Valle dell'Alta Valsugana e Bersntol, della Bassa Valsugana e Tesino, del Primiero, della Val di Fiemme, del Comun General de Fascia, della Val di Non, della Val di Sole.
- **Il Centro 24 ore di Cles** accoglie, in alternativa all'ospedalizzazione, pazienti in acuzie provenienti dall'Ambito Ovest (Comunità della Val di Sole, Val di Non, Rotaliana Königsberg, Paganella, Val di Cembra).

I ricoveri possono essere effettuati su base volontaria nel caso in cui il paziente accetti le cure e la degenza, o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio nel caso in cui le rifiuti e non siano disponibili idonee e tempestive misure sanitarie extraospedaliere.

INDICATORE: Trend delle dimissioni per SPDC, per area geografica di provenienza (parametrato a 100.000 abitanti), delle giornate di degenza per SPDC e della durata media della degenza nei servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nel triennio 2017-2019.

Tab. 27





Tab. 28

Centro 24 ore	Anno 2018	Anno 2019
Numero Ricoveri	113	90
Giornate di Degenza	1151	1090
Tasso di Occupazione	79%	75%
Degenza media	10,6	12,4

I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) in regime ospedaliero

Il Trattamento sanitario obbligatorio in regime ospedaliero è un intervento sanitario che può essere applicato in caso di motivata necessità ed urgenza qualora sussistano contemporaneamente tre condizioni:

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

INDICATORE: Trend dei TSO (numero dei ricoveri in TSO e numero di utenti ricoverati in TSO) e numero di TSO/100.000 abitanti per UO.

Tabella 29

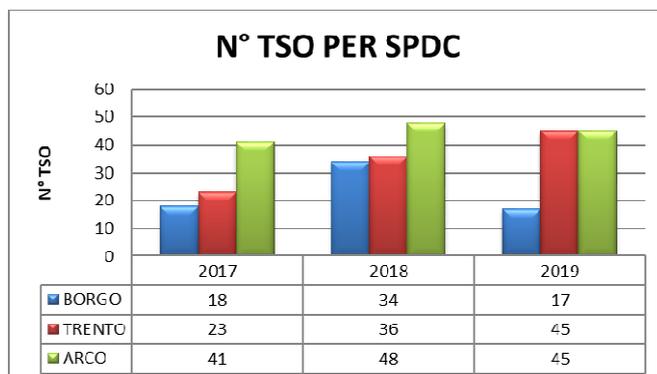


Tabella 30

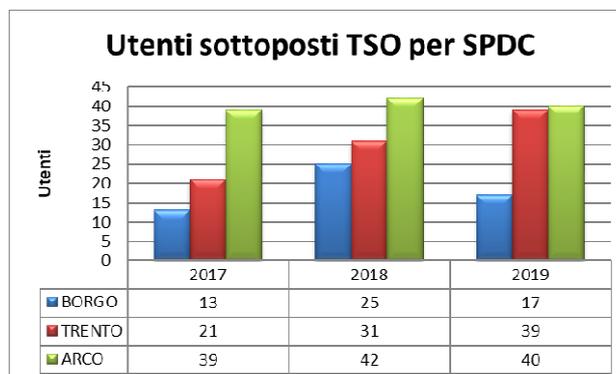
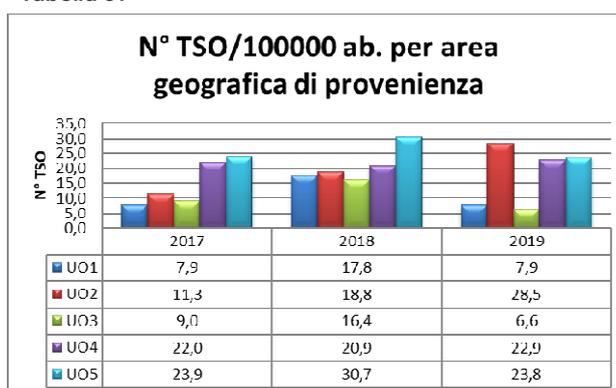


Tabella 31



L'attività domiciliare

L'attività domiciliare rappresenta un indicatore sensibile della territorialità dei Servizi di salute mentale. Di seguito i dati delle visite al domicilio del paziente parametrati a 100.000 abitanti.

INDICATORE: Visite a domicilio 2017-18-19 per UO paramtrate a 100.000 abitanti

Tabella 32



L'abitare

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

- 1) Strutture intensive. Dedicato a utenti in fase di criticità/post cura, offrono programmi riabilitativi intensivi con l'obiettivo di un rientro al proprio domicilio o di un passaggio alle opportunità offerte dall'abitare 'leggero'.
- 2) Strutture estensive. Dedicato a utenza con prevalenti bisogni socio-riabilitativi che richiedono programmi riabilitativi post-intensivi

INDICATORE: Strutture intensive ed estensive: numero posti letto e occupazione posti letto per UO, degenza media nell'anno, degenza complessiva (dati anno 2019).

Tabella 33

ANNO 2019	INTENSIVE					ESTENSIVE**			
	Centro-Nord	Est	Centro-Sud Vallagarina	Sud Alto Garda	TOT	Valenza provinciale			TOT
	Casa Del Sole	I Rododendri	CTR Ala	Villa Ischia		Maso San Pietro	I Larici	Villa San Pietro	
N° Posti Letto (P.L.)	13	10	12	10	45	30	10	6	46
Tasso N° P.L./10.000 ab.	0,98	0,82	1,25	1,14	1,03	0,56	0,19	0,11	0,86
N° Utenti	30	13	20	31	94	36	14	5	55
Utenti UO 1	0	1	1	1	3	7	4	0	11
Utenti UO 2	30	0	0	0	30	7	3	1	11
Utenti UO 3	0	12	0	0	12	18	6	3	27
Utenti UO 4	0	0	19	0	19	2	1	0	3
Utenti UO 5	0	0	0	30	30	2	0	1	3
Giornate di Degenza	3960	1972	3389	2392	11713	10240	3173	595	14008
Degenza Media (nell'anno 2019)	132,0	151,7	169,5	77,2	124,6	284,4	226,6	119,0	254,7
Indice Occupazione Posti Letto	0,83	0,54	0,77	0,66	0,71	0,94	0,87	0,34	0,89
Degenza complessiva	N.B. il 56% del campione risulta presente da più di 2 anni (limite di permanenza previsto nella programmazione); di questi il 41% è presente da più di 5 anni e 3 pazienti sono presenti da più di 10 anni (max. 32 anni)								

** "Maso San Pietro" (Pergine) e "Villa San Pietro" (Arco), sono strutture convenzionate (la convenzione di Villa San Pietro è attiva dal 15 marzo 2019). "I Larici" è una struttura aziendale. Assieme costituiscono il polo della residenzialità estensiva.

- 3) L'Abitare leggero. Prevede una minore presenza oraria degli operatori e una maggiore autonomia degli ospiti. E' rivolto ad utenti provenienti dal polo intensivo/estensivo oppure ad accesso diretto. Si distinguono in:

- *Appartamenti a bassa protezione*: sono strutture residenziali finanziate dal sociale e/o dal sanitario, gestite da enti pubblici e/o dal privato sociale, che accolgono utenti in regime residenziale con presenza degli operatori limitata a fasce orarie diurne. Sono luoghi dove sperimentare una maggiore autonomia e implementare le capacità di affrontare la vita quotidiana.
- *Convivenze di auto mutuo aiuto*: due o più persone scelgono di abitare insieme per reciproco sostegno relazionale e/o per vantaggio economico. Il presupposto è che le persone si scelgano e che siano motivate a mettersi in gioco. Le ricadute si misurano in termini di aumentate possibilità di dialogo, sostegno reciproco, supporto emozionale, autostima. Per i Servizi il vantaggio è la riduzione del bisogno di alloggi, di sostegno economico, di assistenza domiciliare (che viene condivisa fra i conviventi). Le case possono essere alloggi di edilizia popolare (ospitalità con certificato dei Servizi Sociali o Sanitari), private, o di associazioni. Gli operatori che supportano le convivenze possono essere operatori dei Servizi pubblici, di Cooperative/Associazioni convenzionate, volontari, cittadini attivi, ecc.
- *Accoglienza adulti*: l'intervento di "accoglienza adulti presso famiglie e singoli" è previsto dalla normativa provinciale di settore quale misura alternativa ai servizi residenziali per persone che non possono essere adeguatamente assistite nel proprio ambito familiare. Promuove i diritti di cittadinanza di persone particolarmente in difficoltà, coniugando tali bisogni con quelli di persone in carico ai Servizi Sociali per problematiche legate alla mancanza di stabilità abitativa/lavorativa e/o richiedenti protezione internazionale. Nel caso in cui queste persone presentino elevate competenze relazionali ed un buon livello di tolleranza al disagio psichico e sociale possono diventare (previo percorso formativo) famiglie accoglienti. Nasce nel 2012, la prima sperimentazione del progetto di Accoglienza Adulti "Amici per Casa" e nel 2017 il progetto "Cohousing per pazienti psichiatrici". Le accoglienze possono essere attuate in casa dell'utente, in casa dell'accogliente o in case intestate ad un ente del privato sociale.

INDICATORE: andamento della residenzialità leggera nel triennio 2017-2019

Tabella 34

Anno	2017	2018	2019
Appartamenti a bassa protezione e Canoniche			
Posti letto	224	234	236
Ospiti	172	158	151
Convivenze tra gli utenti			
Utenti conviventi in casa ITEA o in case private o alloggi forniti da Associazioni	68	66	55
Accoglienza adulti			
Accolti	97	110	124
Accoglienti	120	93	114
Totale	217	203	238

Fonte dati: raccolta interna per singola Unità Operativa.

Spunti di riflessione/criticità

Dai dati riportati si coglie come la rete dei Servizi provinciali rivolti alle persone sofferenti di disturbi psichici e alle loro famiglie è ricca e articolata, con un'offerta di Servizi che copre un'ampia gamma di bisogni.

Alcune differenze quantitative e qualitative fra le performances delle Unità Operative di psichiatria richiederanno approfondimenti e confronti che mirino a garantire la scientificità delle proposte terapeutico/riabilitative e l'equità di accesso alle risorse per il cittadino.

Si segnalano, a mero titolo esemplificativo, alcuni fra i dati che certamente meriteranno un approfondimento:

1. L'aumento assai significativo del numero di TSO. In alcuni ambiti territoriali il numero dei TSO, confrontato con il decennio precedente (triennio 2007-08-09), appare quadruplicato, con un trend nel triennio in allarmante crescita e un posizionamento quasi doppio - nel 2019 - rispetto alla media nazionale (15 TSO/100.000 abitanti, dati ISTAT).
2. Il differente utilizzo, da parte delle Unità Operative del territorio provinciale, del polo residenziale sia intensivo che estensivo, con utilizzo dei posti letto disponibili assai dissimile.
3. Un utilizzo del polo estensivo che si spinge ampiamente oltre i limiti previsti dalla programmazione provinciale (in termini di tempi di permanenza)
4. Una notevole differenza fra le offerte domiciliari delle varie Unità Operative, con una forbice nell'ordine di 1 a 15.

Questi alcuni spunti fra i molti possibili spunti di riflessione. E' evidente che le differenze non possono essere mortificate tramite semplicistiche quanto rozze attribuzioni di merito.

Talvolta segnalano criticità, frequentemente rappresentano ricchezze esperienziali, sempre richiedono confronti e approfondimenti.

I bilanci in fondo servono proprio a questo.

PSICOLOGIA CLINICA

MANDATO ISTITUZIONALE

L'Unità Operativa di Psicologia eroga i livelli essenziali di assistenza (LEA) psicologici su tutto il territorio Provinciale e trasversalmente a varie funzioni di cura, territoriali e ospedaliere. Principio guida è il mantenimento della centralità del paziente e dei suoi bisogni. Risponde ai bisogni di promozione, prevenzione, mantenimento, cura e recupero della salute psicologica della persona nell'intero ciclo di vita, in applicazione degli indirizzi provinciali e nei seguenti setting di cura, brevemente descritti:

Ambulatorio: Assistenza psicologica svolta prevalentemente in Ambulatorio rivolta al minore, all'adolescente, all'adulto, alla coppia e alla famiglia. Il cittadino può rivolgersi spontaneamente o su invio del mdb al Servizio per problematiche inerenti la sfera emotiva, affettiva e comportamentale. In taluni casi sono presenti problematiche attinenti la vita relazionale o problemi familiari. In genere queste situazioni vengono affrontate proponendo una valutazione psicologica e se necessaria una presa in carico di tipo psicoterapeutico, di breve o media durata di tipo individuale, di coppia, grupppale o familiare. Viene anche svolto, se necessario, un lavoro di rete con altri servizi coinvolti nel progetto di cura.

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

Consulterio: Assistenza alla famiglia, alle coppie, alla maternità ed ai minori. Educazione alla maternità e alla procreazione responsabile. Assistenza psicologica e tutela della salute della donna e del minore, assistenza alle donne in stato di gravidanza. Consulenze rivolte all'adolescenza e ai problemi della sessualità. Vi sono interventi rivolti a futuri genitori e gruppi di preparazione alla genitorialità. Interventi di sostegno alle donne vittime di violenza o con dipendenza affettiva, come previsto dalle linee guida aziendali e provinciali.

Scuola - BES: (L.104/92 e L170/2010) Assistenza psicologica, ed eventuale certificazione, per gli alunni segnalati dalla scuola, con fragilità cognitive ed emotive che necessitano di un percorso individualizzato e di integrazione scolastica. I percorsi prevedono incontri di rete tra genitori, i referenti scolastici e il sanitario per concordare e monitorare il progetto individualizzato.

Affido familiare e Adozioni nazionali e internazionali: Valutazione e supporto alle funzioni genitoriali come da normativa sia in fase pre che post affido/adozione. Accompagnamento del bambino durante la prima fase dell'adozione e durante tutto il periodo dell'affido.

Tribunale: Collaborazione con il Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minori e Procura a favore dei minori segnalati, in situazioni di pregiudizio o con necessità di intervento psicologico.

Servizio Sociale: collaborazione con il Servizio Sociale nei procedimenti di valutazione richiesti dalla Procura o per attivazione di progetti integrati di rete a sostegno dei minori e delle rispettive famiglie, secondo un protocollo specificatamente sottoscritto.

Centro per l'Infanzia: Assistenza psicologica ai minori ospitati presso il centro per l'Infanzia in stato di abbandono o in situazione di disagio e/o vittime di abusi, nonché ai loro familiari, interventi di supervisione all'equipe educativa e partecipazione ai progetti di rete.

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

PMA: collaborazione con il Centro provinciale di Procreazione medicalmente assistita: consulenza, presa in carico di coppia o individuale, partecipazione all'equipe.

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

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

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

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

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

Adolescente complesso "SMAC": assistenza psicologica all'interno del Servizio Multiprofessionale Adolescenza Complessa in cui collaborano tre psicologi per la valutazione e cura di situazioni ad alto rischio evolutivo in fase adolescenziale. Tale centro garantisce una stretta collaborazione con le Comunità educative e terapeutiche per adolescenti attive nella provincia di Trento.

Codice Rosso Con l'entrata in vigore della legge 19 luglio 2019, n.69, l'Azienda Sanitaria, su richiesta della Procura della Repubblica di Trento, a partire dal Dicembre 2019 ha attivato una convenzione che stabilisce collaborazione e supporto alla polizia giudiziaria di professionisti esperti in Psicologia. In particolare il protocollo di collaborazione stabilisce che lo Psicologo affianchi la polizia giudiziaria nelle operazioni di ascolto della vittima offesa, sia essa minore o persona vulnerabile.

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

Gli esiti dei trattamenti psicologici vengono costantemente valutati attraverso il monitoraggio routinario dell'efficacia degli interventi erogati agli utenti che si rivolgono all'area della Psicologia Ambulatoriale (tarda adolescenza – età adulta) secondo principi di appropriatezza ed equità della cura. Per valutazione di esito si intende la sistematica misurazione empirica degli effetti delle prestazioni psicologiche (tra cui l'intervento psicoterapeutico) sul miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione cui sono rivolte.

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

Tabella 35. Dataset CORE-OM

Numero pazienti valutati	4.639
Età media	38,5
Range	14-87
Genere	Femmine (70,3%)
	Maschi (29,7%)
Pazienti Disfunzionali (sopra il cut-off) in entrata	70,5%

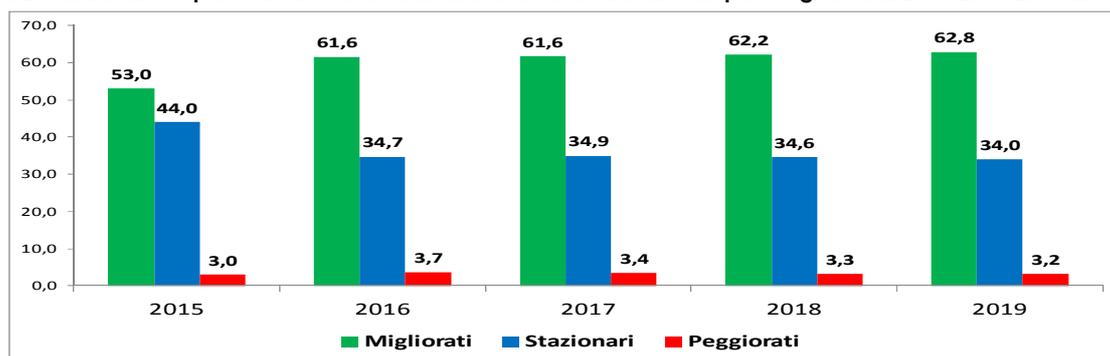
Tabella 36. Punteggi medi di domini del CORE-OM e dell'RCI, in entrata ed in uscita

MISURAZIONI	2015		2016		2017		2018		2019	
	Entrata	Uscita								
Benessere	2,29	1,36	2,3	1,4	2,27	1,36	2,27	1,35	2,26	1,34
Problemi	1,91	1,03	1,9	1,1	1,92	1,06	1,92	1,06	1,91	1,05
Funzionamento	1,54	1,08	1,5	1,1	1,52	1,07	1,52	1,06	1,52	1,05
Rischio	0,31	0,11	0,3	0,1	0,30	0,11	0,30	0,11	0,29	0,11
Core Tot.	1,54	0,92	1,5	0,9	1,53	0,93	1,53	0,93	1,53	0,92

Nella tabella sono rappresentati i punteggi medi per ogni dimensione pre e post trattamento negli anni 2015-2016-2017-2018-2019. Si nota come, dopo il trattamento psicologico, i punteggi medi diminuiscono in ogni dimensione, quindi in termini di medie, i pazienti concludono l'intervento psicologico riportando miglior benessere.

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

Figura 29: distribuzione percentuale dei risultati di efficacia dei trattamenti psicologici. Anni 2015-2016-2017-2018-2019



Nella figura 30 viene analizzato in modo più approfondito l'esito della cura nei pazienti, utilizzando una suddivisione più dettagliata in base al cut-off statistici e all'**indice RCI**:

Il 25,1% dei pazienti risulta **guarito** (cut off $\geq 1,96$) (**recovered**)

Il 19,7% dei pazienti ha una **remissione dei sintomi** ($1,28 \leq X < 1,96$) (**remitted**)

Il 14,6% ha **migliorato il suo stato di salute** ($0,84 \leq X < 1,28$) (**improved**)

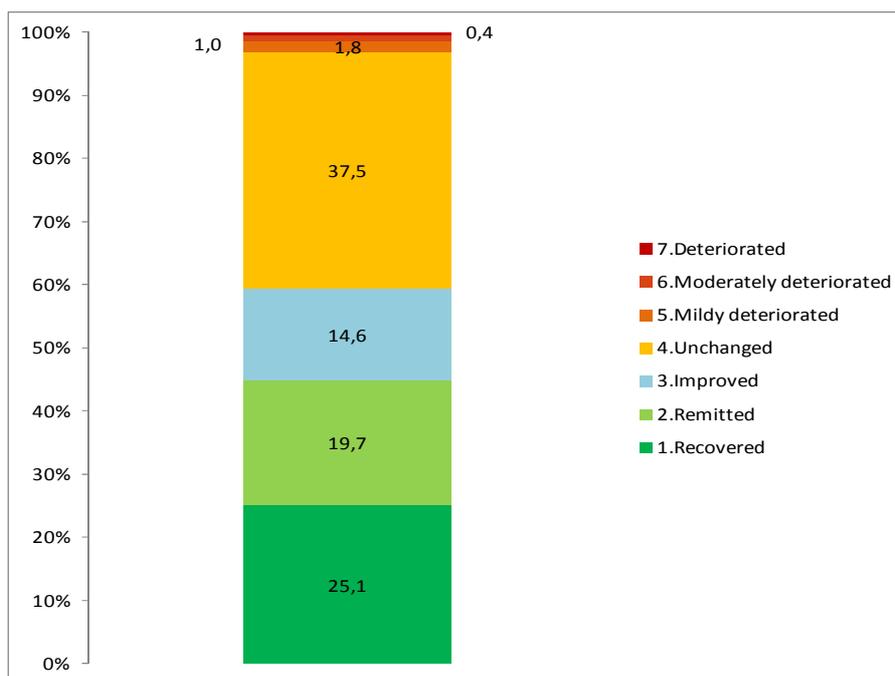
Il 37,5% dei pazienti risulta **stabilizzato** ($-0,84 \leq X < 0,84$) (**unchanged**)

L'1,8% dei pazienti risulta **un po' deteriorato** ($-1,28 \leq X < -0,84$) (**mildly deteriorated**)

L'1,0% dei pazienti risulta **mediamente deteriorato** ($-1,96 < X < -1,28$) (**moderately deteriorated**)

Lo 0,4% dei pazienti risulta **deteriorato** (cut off $\leq -1,96$) (**deteriorated**)

Figura 30: Distribuzione percentuale dei pazienti secondo l'RCI.



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

Dal 2018, in tutte le sedi ambulatoriali dell'U.O. di Psicologia, è stato proposto uno specifico QUESTIONARIO per la rilevazione della soddisfazione percepita dall'utenza.

L'obiettivo è quello di monitorare la qualità dell'offerta e contribuire al suo miglioramento. Il lavoro è iniziato nel 2018 e ad oggi sono stati raccolti **1099 questionari**.

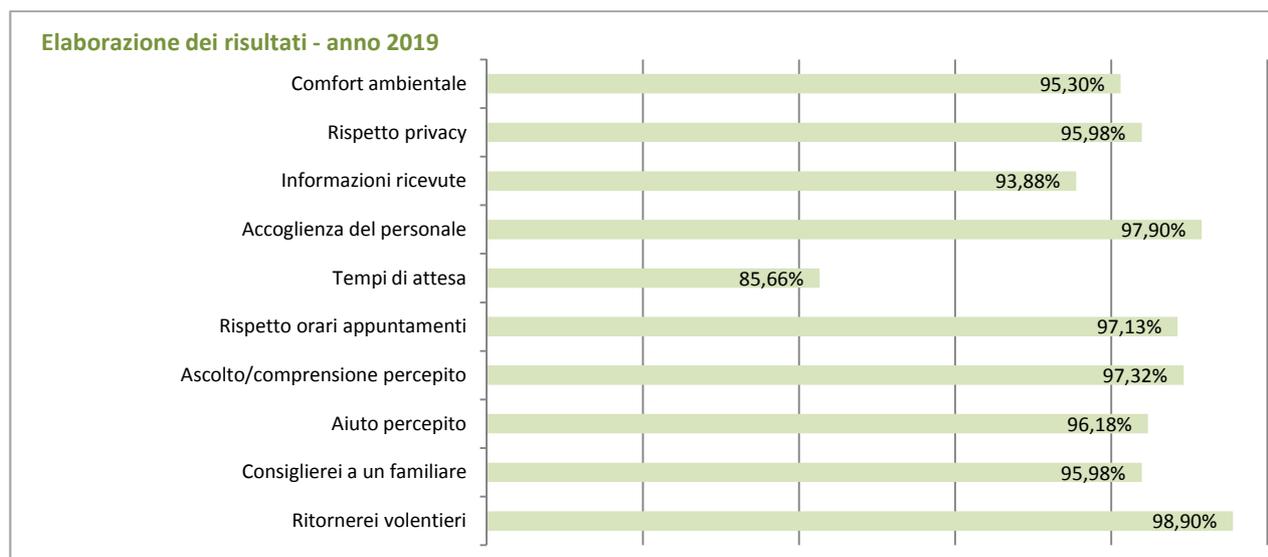
Con questo strumento, si è potuto rilevare:

- il grado di soddisfazione dell'utenza nella relazione con l'U.O. di Psicologia e con i suoi aspetti organizzativi;
- il grado di soddisfazione dell'utenza nella relazione con gli psicologi, al termine dell'intervento psicologico ricevuto secondo i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza della Psicologia);
- gli indicatori di disagio/disfunzionamento segnalati dall'utenza (al fine di intercettarli preventivamente e correggerli attraverso azioni di miglioramento).

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

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

Tabella 37. Rilevazione della soddisfazione dell'utenza.



Complessivamente si rileva una valutazione positiva del servizio ed una buona fiducia verso il Servizio Pubblico.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

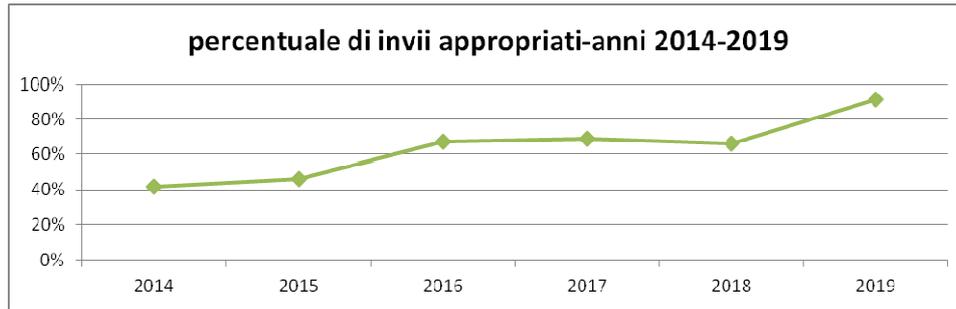
La Neuropsichiatria Infantile (NPI) svolge funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicopatologiche, psichiatriche e dei disturbi di neuro sviluppo per la popolazione di età compresa tra 0 e 18 anni. Tra queste patologie troviamo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

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

L'appropriatezza dell'invio è un indicatore della diffusione delle conoscenze sulla patologia in oggetto tra tutti i professionisti che lavorano negli ambulatori periferici. Inoltre, una maggiore appropriatezza degli invii vuol dire minor spreco di risorse. Negli anni 2014-2019 la percentuale di appropriatezza degli invii (diagnosi confermata) è passata dal 42% al 91 %.

Del totale delle valutazioni effettuate nel corso del 2019 (58) 40 sono esitate in "Disturbo dello spettro autistico"; 8 in "Rischio"; 5 in diagnosi di ASD associata ad altra patologia. Per 5 pazienti valutati non si è confermata la diagnosi di invio da parte del collega specialista territoriale.

Figura 31: percentuale di invii appropriati - anni 2014-2019

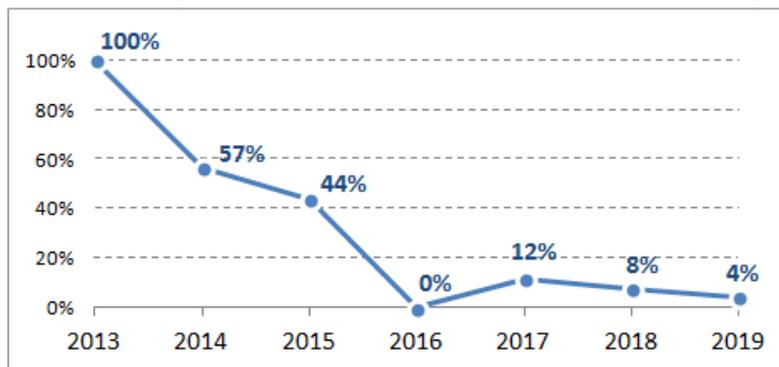


INDICATORE: Percentuale degli invii dal Gruppo Provinciale di II livello per le gravi disabilità motorie a centri di III livello extraprovinciali

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 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 4%.

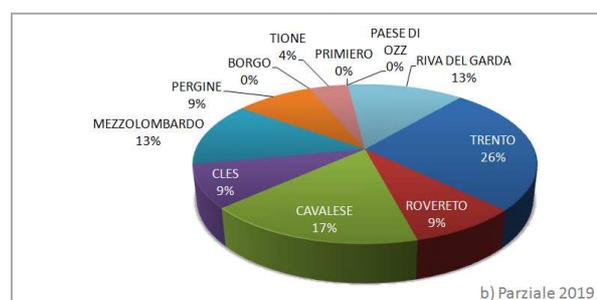
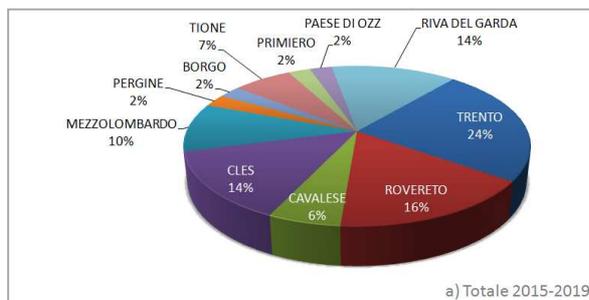
Figura 32: percentuale di casi inviati fuori provincia dal gruppo di II livello



INDICATORE: accessibilità al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili

Uno dei doveri dell'APSS, e quindi anche delle UUOO di NPI, è quello di permettere l'accesso agli ambulatori specializzati a tutti i cittadini della PAT, a prescindere dalla localizzazione geografica della loro residenza. Nel grafico a torta si può apprezzare, rispetto al totale degli accessi al gruppo provinciale, le percentuali secondo la zona di provenienza negli anni 2014-2019.

Figura 33: ripartizione geografica degli accessi al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili di competenza del Centro di riferimento Provinciale per le Disabilità Neuromotorie DELL'ETÀ EVOLUTIVA



SERVIZIO DIPENDENZE ED ALCOLOGIA

Il mandato del Servizio Dipendenze e Alcologia è la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle problematiche relative all'uso di sostanze illegali e legali ed in generale alle dipendenze patologiche anche comportamentali (ad es. gioco d'azzardo patologico GAP ed *internet addiction*).

L'attuale organizzazione aziendale ha previsto la costituzione del Servizio Dipendenze e Alcologia all'interno dell'Area della Salute Mentale. L'Unità Operativa comprende tre sedi dedicate al trattamento delle Dipendenze da sostanze psicotrope sia "illegali" che "legali" (ad es. farmaci psicotropi), e delle Dipendenze comportamentali, in particolare quella da Gioco d'azzardo (Trento, Rovereto e Riva del Garda) e dieci punti di accesso territoriali di primo livello (ex Servizi Alcologia). Quest'ultimi sono denominati Centri Alcologia, Antifumo e Altre Fragilità ed attuano una prima accoglienza della domanda di aiuto relativa ai problemi alcolcorrelati ed alle diverse fragilità, al trattamento della dipendenza da nicotina (fumo da sigaretta) ed all'accoglienza della domanda di aiuto relativa alle dipendenze in genere, soprattutto nelle zone decentrate in cui non è presente la funzione dipendenze patologiche.

L'attività di **Prevenzione**, svolta in stretta collaborazione con la direzione per la Promozione della Salute della APSS, risulta l'ambito in cui l'integrazione tra area Dipendenze e Alcologia del Servizio è maggiormente avanzata. Infatti, gli interventi di peer education nelle scuole sono attuati in modo integrato da operatori di entrambe le aree dopo una formazione congiunta effettuata nel corso del 2018.

Le attività di prevenzione nelle scuole seguono le indicazioni dell'OMS e si basano sull'acquisizione delle cosiddette *life skills*, con progetti rivolti a studenti e insegnanti: progetti di Peer education e progetto Unplugged (quest'ultimo, rivolto agli insegnanti, non è stato scelto da nessuna scuola nel 2019). I progetti di *peer education* hanno visto la partecipazione del Servizio Dipendenze ed Alcologia su tutta la Provincia in particolare in 57 scuole (8 istituti comprensivi e 49 secondarie di secondo grado e CFP). Il progetto di prevenzione sviluppato dai professionisti della funzione alcolologica, "In punta di piedi sul pianeta" ha portato alla formazione di 33 docenti e coinvolto 98 classi (il progetto prevede più moduli svolti da professionisti esterni, operatori dell'alcologia, partecipazione di peer). Il progetto di peer education co-condotto da professionisti dell'intera UO (SerD e Alcologia) "Peer...una vita con stile" ha portato alla formazione di 29 *peer leader* ed è stato destinato a 29 classi con una ricaduta su 364 studenti. L'impegno dei professionisti per ogni singola Peer education è stato di circa 60 ore.

Sono stati inoltre condotti interventi puntiformi nelle scuole su richiesta dei ragazzi (partecipazione alle assemblee) o dei docenti (presso il Liceo Prati di Trento e le scuole medie di Rovereto). Il progetto di sensibilizzazione presso l'opera Barelli di Rovereto, ha previsto 6 incontri di due ore ciascuno e ha coinvolto circa 140 ragazzi.

Vengono inoltre attuati da parte della funzione Alcologia progetti di promozione della salute nelle diverse comunità con percorsi di informazione/formazione su alcol e fumo, stili di vita, Sostenibilità ambientale.

La Funzione SerD ha partecipato inoltre al Progetto legalità e cittadinanza attiva da febbraio a maggio 2019, 4 incontri di 4 ore che hanno coinvolto circa 130 ragazzi.

Nel corso del 2019 sono stati effettuati anche dei progetti di sensibilizzazione e di prevenzione delle dipendenze patologiche nelle diverse comunità di valle che hanno richiesto la partecipazione diretta o indiretta del Servizio Dipendenze e Alcologia. Si è trattato di progetti per cui la Provincia ha dedicato un fondo speciale che ha permesso la realizzazione di progetti diversificati per target diversi: popolazione giovanile, adulti significativi (insegnanti, catechisti, allenatori sportivi, figure istituzionali ecc).

Anche nell'area della **Riabilitazione**, il percorso di accesso alle comunità terapeutiche residenziali segue lo stesso percorso. Si prevede per entrambe le funzioni la convocazione di specifica UVM e la partecipazione di entrambe le funzioni del Servizio al Comitato per la programmazione dell'accesso ai programmi riabilitativi. Gli interventi residenziali, si collocano in realtà a metà tra gli interventi riabilitativi e quelli di cura della persona e riguardano una minoranza dell'utenza in trattamento in un anno, tuttavia costituiscono indubbiamente un'area strategica perché rispondono alle problematiche dei pazienti più complessi. Infatti sebbene per alcuni casi sia indicato un trattamento residenziale orientato all'obiettivo di una stabile remissione dalla condizione di dipendenza patologica, questo obiettivo rappresenta un'eccezione rispetto alla tipologia di pazienti che viene attualmente indirizzata ai percorsi residenziali che interessano utenti sempre più complessi sotto il profilo psicopatologico, al punto che la presenza dello psichiatra è di fatto prevista in tutte le comunità.

I pazienti che nel 2019 su invio SerD hanno intrapreso un programma in una delle quattro Comunità Terapeutiche convenzionate con APSS sono stati 97. In particolare i pazienti inviati da Alcologia, tutti ospiti della comunità Giano, che ha uno specifico modulo per alcolisti, sono stati 20.

Tabella 38. ANNO 2019: percorsi residenziali

COMUNITÀ TERAPEUTICHE	posti disponibili	percorsi in atto	invii 2019	invii alcologia
Voce Amica	17	35	19	-
Camparta	14	34	18	-
Casa di Giano	30	80	26	20
Ass. Nuovi Orizzonti	15	29	14	-
Totale	76	178	77	20

L'**accesso** al Servizio Dipendenze ed Alcologia 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 con diagnosi di dipendenza patologica.

In particolare per i tempi di attesa è stata predisposta una tabella condivisa che, a partire dal secondo semestre dell'anno, viene utilizzata regolarmente in tutti i punti di accesso del Servizio Dipendenze ed Alcologia. L'utilizzo della scheda ci ha

consentito dimostrare che per il SerD le situazioni urgenti ad esempio quelle che necessitano di interventi farmacologici, vengono prese in carico senza tempi di attesa nei giorni di apertura del Servizio, mentre il tempo di attesa per altre prestazioni non urgenti è di circa 30 giorni al massimo ed è per lo più correlabile all'impegno degli operatori. I dati relativi all'utenza che si è rivolta al Servizio nel corso del 2019 sono sostanzialmente in linea con quelli dell'anno precedente ed indicano cioè un buon livello di accessibilità del servizio. Tuttavia non si è verificato l'aumento di accessi mediati dai Centri di alcologia dislocati sull'intero territorio, i quali hanno come obbiettivo anche l'accoglienza, la prima valutazione e l'orientamento verso i SerD di persone che presentino problematiche di dipendenza da sostanze "illegali" o di GAP, e questo fatto sarà oggetto di riflessione.

Rispetto alla *mission* del Servizio per quanto attiene a Prevenzione e Riabilitazione il processo di integrazione dei due servizi ha fatto notevoli passi avanti. Per quanto riguarda invece la presa in carico dei pazienti ed i programmi di cura, tale processo è ancora ben lungi dall'essere completato.

Ancora non si è riusciti a superare una storica distanza nella vision stessa delle problematiche attinenti all'ambito delle dipendenze patologiche e pertanto la descrizione dell'attività svolta procederà in questo documento separatamente per le due funzioni SerD ed Alcologia.

SerD

Il Servizio garantisce le seguenti attività:

Accoglienza senza tempi di attesa nei giorni di apertura del servizio per gli utenti che necessitino di terapie farmacologiche specifiche; diagnosi multidisciplinare; monitoraggio clinico e laboratoristico; psicodiagnosi, psicoterapia e attività di sostegno e di *counseling*; attività informativa rivolta alla cittadinanza; attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze; attività di riabilitazione in collaborazione con gli enti del privato sociale convenzionati con APSS e con i Servizi Sociali Territoriali ma anche con associazioni, cooperative, etc.

INDICATORE Accessibilità: Utenti in carico

Tab 39.

STATUS CARTELLA	N Soggetti
In carico	118
Aperta ma paziente non in carico	28
Aperta per sogg. A rischio	28
Nuove dipendenze	11
In carico temporaneo (non residenti)	17
In appoggio	12
Certificazioni di assenza di tossicodipendenza	4
Aperta per genitori	
Aperta per famiglie	
TOTALE	177

Nel corso del 2019 il SerD ha aperto o mantenuto aperto un fascicolo clinico per 1775 soggetti che hanno ricevuto una o più prestazioni, mantenendo quindi il livello di accessibilità precedentemente dimostrato (1779 nel 2018).

I pazienti in carico nel 2019 sono stati 1181 rispetto ai 1152 dell'anno precedente.

Gli utenti **in carico** al Servizio sono in gran parte già noti e nella maggioranza dei casi si tratta di soggetti che hanno intrapreso un percorso specifico, portando una richiesta di aiuto e iniziando un progetto terapeutico con un obiettivo esplicito e condiviso.

Sono inoltre aumentati gli interventi su persone che pur non avendo una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze conclamato risultano a rischio di svilupparlo.

La "**Cartella aperta per soggetto a rischio**" è riferita infatti a coloro per cui, sebbene non sia possibile fare una diagnosi di dipendenza o di abuso, sono evidenziabili dei fattori di rischio di possibile evoluzione in tal senso. Rientrano spesso in questa categoria i soggetti segnalati dal Commissariato del Governo ma anche da altri canali istituzionali o dalla famiglia.

Le segnalazioni da parte del Commissariato del Governo ex art 75 (309/90) nel corso del 2019 sono state 73 in linea con il dato del 2018 in cui ne erano pervenute 65. Anche le segnalazioni ex art 121 sono aumentate da 225 del 2018 alle 312 del 2019. Quest'anno non abbiamo inserito tra i fascicoli aperti quelli riferiti alle **segnalazione del Nucleo Operativo Antidroga (NOA)** che in genere non afferiscono al Servizio. Si tratta di persone, per lo più giovani e utilizzatori di cannabis, per i quali è in atto una riflessione nel servizio rispetto alle opportunità di prevenzione mirata che si potrebbero attuare.

La categoria "**Cartelle aperte con 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 viceversa a utenti già in carico ad altri servizi dell'Area di Salute Mentale visti in consulenza e talvolta seguiti in quanto l'uso di sostanze psicoattive può interferire gravemente con la patologia primaria.

Sono aumentati anche gli utenti non residenti distinti in **utenti temporaneamente in carico o in appoggio**. Le due categorie si differenziano per la titolarità del piano terapeutico, che è a carico di un medico del nostro servizio in caso di "temporaneamente" in carico, mentre rimane a carico del servizio pertinente per residenza (extra-PAT) in caso di "appoggio".

Nel 2019 gli utenti non residenti nel territorio della PAT seguiti temporaneamente sono stati 170 rispetto ai 132 del 2018 e gli appoggi, 129 rispetto ai 70 dell'anno precedente.

Gli utenti seguiti per **nuove dipendenze** sono quasi esclusivamente giocatori d'azzardo patologico dal momento che le altre forme di dipendenza comportamentale, per cui ci si rivolge al Servizio Dipendenze, sono ancora aneddotiche e per lo più

sovrapposte ad altre forme di dipendenza /abuso da sostanze. Questa categoria mostra un dato sostanzialmente stabile: 113 rispetto ai 129 dell'anno precedente.

Le **certificazioni di assenza di tossicodipendenza** (secondo il DP176/09) nel 2019 sono state 40, un dato in lieve aumento rispetto all'anno precedente (25).

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

Il dato saliente è la percentuale di fascicoli aperti per utenti incidenti cioè di soggetti che si sono rivolti al SerD per la prima volta che nel 2019 sono stati in totale 335 rispetto ai 202 dell'anno precedente, anche questo dato sembrerebbe confermare la buona accessibilità del Servizio

INDICATORE Accessibilità: Utenti incidenti

Tab. 40.

STATUS CARTELLA	N Soggetti
In carico	9
Aperta ma paziente non in carico	5
Aperta per sogg. A rischio	7
Nuove dipendenze	2
In carico temporaneo (non residenti)	3
In appoggio	3
Cert. Ass. Tox	2
Aperta per famiglie	
TOTALE	33

Centri Alcolologia, Antifumo e Altre Fragilità

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

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

La caratteristica dei Centri è la presa in carico preliminare, decentrata e territoriale di persone e famiglie con problemi alcol fumo correlati e le relative iniziative di prevenzione nella comunità. Ai Centri ci si può rivolgere per avere un primo orientamento e risposta non solo per affrontare problemi di alcol, ma anche per le diverse fragilità a esso connesse, oppure per le problematiche inerenti al fumo da sigaretta e, nelle valli dove non è presente il SerD, anche per un primo orientamento e risposta a problematiche inerenti a GAP o gli altri comportamenti a rischio, anche se questa eventualità, come sopra descritto, non si è realizzata nel 2019.

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

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

INDICATORE Accessibilità: Utenti in carico Anno 2019

Tab.41

N. utenti in carico	1.063*
N. utenti in carico /10.000 abitanti	19,64*

Anche per il Servizio Alcolologia dal 2019, a differenza degli anni precedenti, questo dato rappresenta il numero delle persone in carico, cioè che hanno avuto almeno una prestazione nell'anno in corso. Sono escluse quindi le consulenze per la Commissione Patenti riportate invece negli anni precedenti.

INDICATORE Numero primi colloqui e efficacia del colloquio motivazionale (fino al 2017) e di orientamento (dal 2018)

Uno degli scopi dell'intervento degli operatori dei Centri è quello di motivare la persona ed i familiari con problemi di alcol o altre fragilità che vi si rivolgono, a "fare qualcosa". La frequenza al Club Alcologico Territoriale, ai Club di Ecologia Familiare e

la partecipazione alle Scuole di Ecologia Familiare sono una parte importante del percorso di cambiamento e la capacità di motivare all'adesione è alla base del primo colloquio.

INDICATORE Efficacia del colloquio motivazionale: Percentuale di persone arrivate al Club sul totale dei primi colloqui

Tab. 42

colloqui/arrivi	2015	2016	2017	2018	2019
Numero primi colloqui	310	361	384	376	438
Numero arrivi al Club	154	170	211	215	227
% di arrivi su primi colloqui	49,7%	47,1%	55,0%	57,1%	51,8%

Nel 2017 e nel 2018 si riscontrano, rispetto agli anni precedenti, un incremento dei primi colloqui – esclusi quelli inviati per guida in stato di ebbrezza – con una percentuale migliorata di arrivi al Club sul totale dei primi colloqui 51,8 % per l'anno 2019.

INDICATORE: Numero di persone viste in consulenza alcolologica patenti e 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 Alcolologia di competenza.

Qui la persona viene motivata a frequentare un ciclo di tre incontri serali dove vengono condivise informazioni e stimoli al fine di aumentare la consapevolezza e la motivazione a non mettere nuovamente in atto il comportamento a rischio. Il dato dell'adesione alla proposta formativa si assesta su percentuali di adesione notevolmente alte. Nel 2017 le prime visite patenti sono state 464 e le adesioni ai cicli informativi 377 pari al 81%. Nel 2018 le prime visite patenti sono state 427 e le adesioni ai cicli informativi 397, pari al 92%. Nel 2019 le prime visite patenti sono state 454 e le adesioni ai cicli informativi 432, pari al 95%; l'utenza complessiva vista almeno una volta nell'anno per le consulenze patenti è di 1.139 utenti.

A posteriori, in questi 25 anni abbiamo visto che almeno il 30% delle persone coinvolte nello screening ALCOL E GUIDA, presenta problemi alcol correlati o inerenti ad altri stili di vita, per i quali sono stati proposti in base al bisogno i programmi alcolologici territoriali.

Percentuale di adesione al ciclo di incontri sul totale degli invii (anni 2014 – 2019)

Tab. 43

Anno	Percentuale di adesione
2014	85%
2015	85%
2016	87%
2017	81%
2018	92%
2019	95%

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 2019 si è mantenuto attivo l'impegno con i gruppi psicoeducazionali con piena soddisfazione dell'utenza e un dichiarato miglioramento nella gestione familiare dei DCA.

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: gruppo di auto mutuo aiuto.

Due genitori di ex pazienti hanno seguito corso di formazione presso AMA Trento e hanno costituito un gruppo di auto aiuto per genitori di pazienti affetti da DCA

INDICATORE: dati attività CDCA 2014 - 2019

Tab. 44

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Utenti incarico	267 (minori 82)	286 (minori 98)	250 (minori 66)	282 (minori 88)	314 (minori 112)	364 (minori 122)
Utenti dimessi	102	115	110	111	83	108
Nuovi utenti	126	136	126	96	92 (minori 44)	133 Minori 55)
Utenti in attesa	/	/	/	35	43	13

INDICATORE: Liste di attesa

Nel 2019 sono state messe in atto azioni organizzative per ridurre le liste d'attesa (che erano dovute negli anni 2017-2018 all'assenza del medico dietologo in area adulti).

ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'accesso dei cittadini ai farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, classe A e H 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 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 corresponsione 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 dell'Azienda sanitaria.

3.1.1 INDICATORE: Appropriately prescrittiva farmaceutica

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

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

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

C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica 2.41

(25%) C9.1 Consumo di Inibitori di Pompa Protonica ■ **32.4 U.P.**

(25%) C9.4 Consumo di antidepressivi sul territorio ■ **28.14 DDD per 1000**

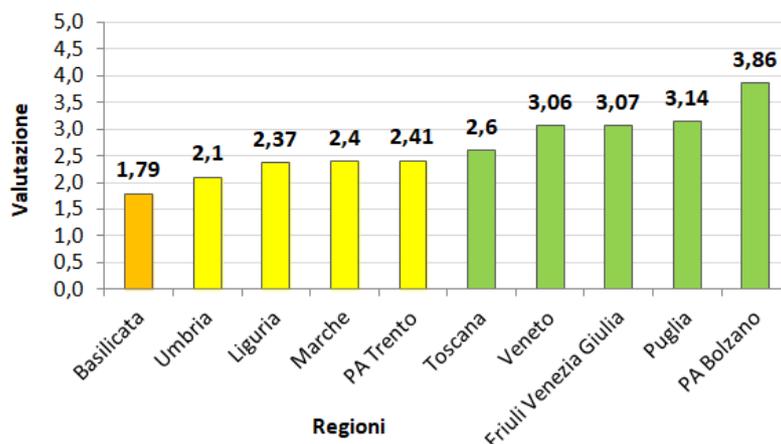
(25%) C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio ■ **12.43 DDD per 1000**

C9.17 Appropriately prescrittiva ospedaliera dato non disponibile

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti: **80.82**

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2019 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance media ■ (2.41)

Figura 34: Appropriatazza prescrittiva farmaceutica: confronto tra le Regioni/PP.AA. (Network S. Anna di Pisa 2019)



3.1.2 INDICATORE: Appropriatazza 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) ■ **83.24 %**
- C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) ■ **83.75%**
- C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) ■ **76.05 %**
- C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti) ■ **10.6 %**

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2019 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance buona (2.95).

Figura 35. Appropriatazza d'uso (aderenza farmaceutica): confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2019)

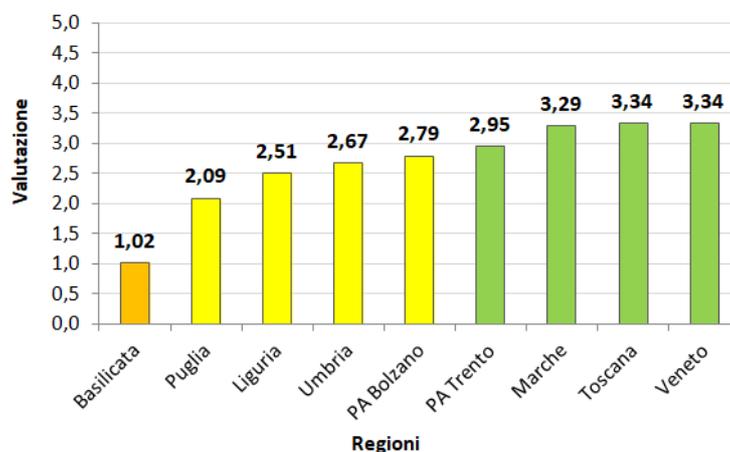
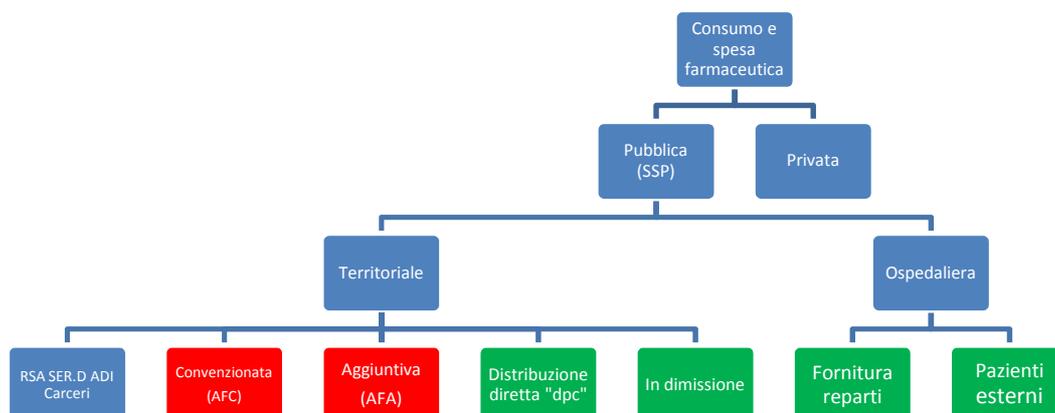
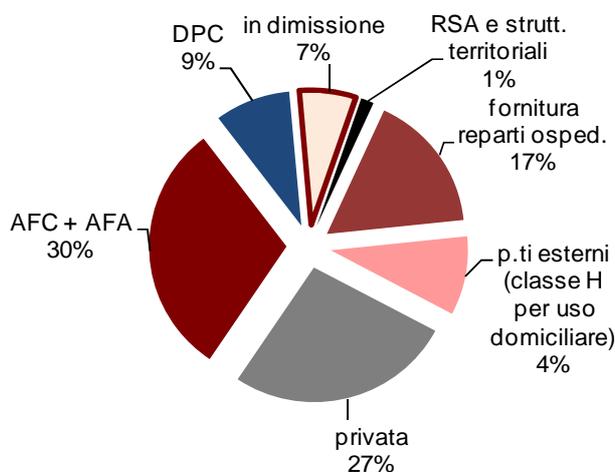


Figura 36: Schema riassuntivo delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica



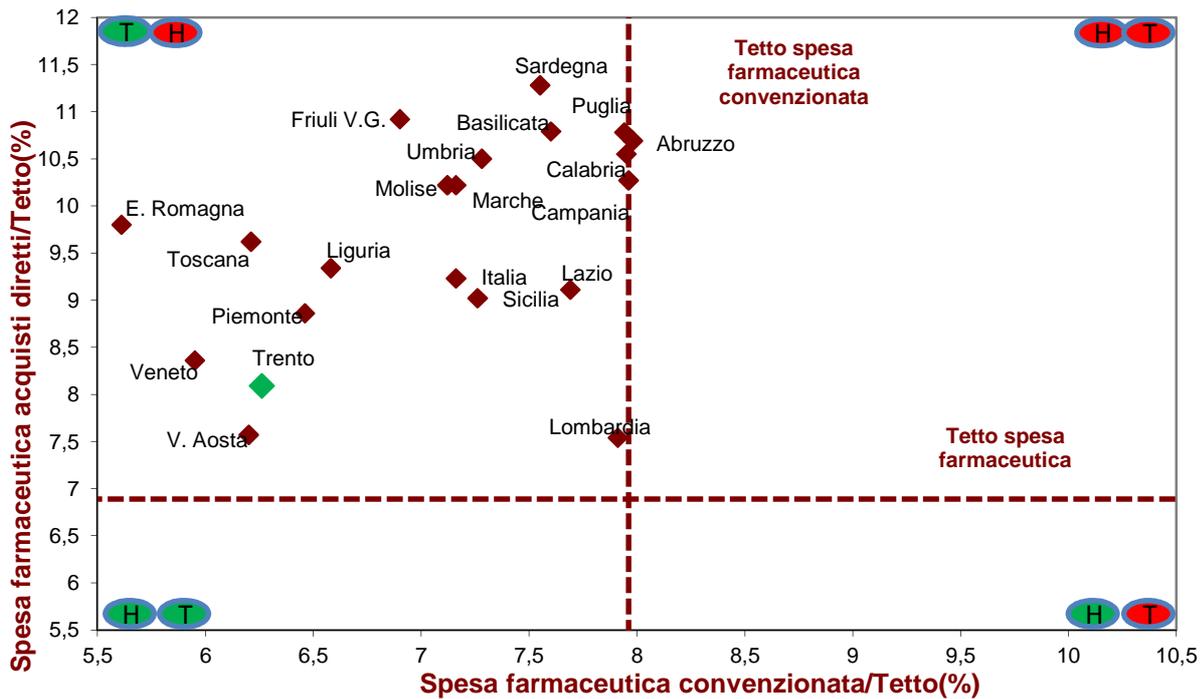
In Trentino nel 2019 la spesa farmaceutica totale ha raggiunto un valore complessivo di 204 milioni di euro e si è distribuita secondo le percentuali riportate nel grafico sottostante. La spesa pubblica ha rappresentato il 73% del totale mentre quella privata il 27%

Figura 37: Ripartizione della spesa farmaceutica in PAT (anno 2019)



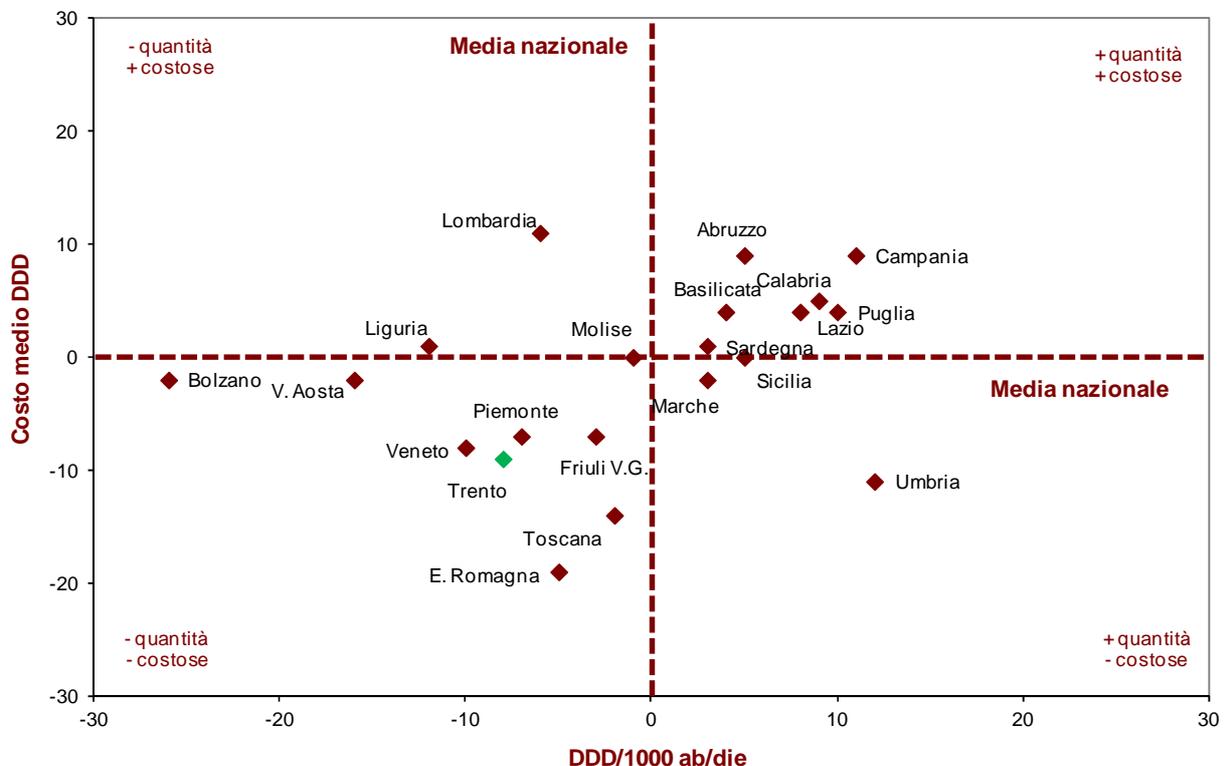
A partire dall'anno 2017, senza modificare il valore del finanziamento pari al 14,85% del Fondo sanitario, con la Legge n. 232/2016 sono stati fissati e denominati i tetti della spesa farmaceutica. In base a tale provvedimento la spesa farmaceutica ospedaliera, quella per i farmaci di classe A in distribuzione diretta dall'ospedale e in distribuzione in nome e per conto dell'azienda sanitaria dalle farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio (rispettivamente "in dimissione" e "DPC") è determinato nella misura del 6,89% del fondo sanitario e denominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", mentre quella derivante dalle farmacie convenzionate è determinato nella misura del 7,96%" ed è ridenominata "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati: come è facilmente rilevabile, nel 2019 la P.A. di Trento ha rispettato il solo tetto della spesa farmaceutica convenzionata superando, come tutte le altre regioni, quello della spesa per acquisti diretti.

Figura 38: Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati (anno 2019)



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 39: Rapporto tra consumo di farmaci e spesa (anno 2019)

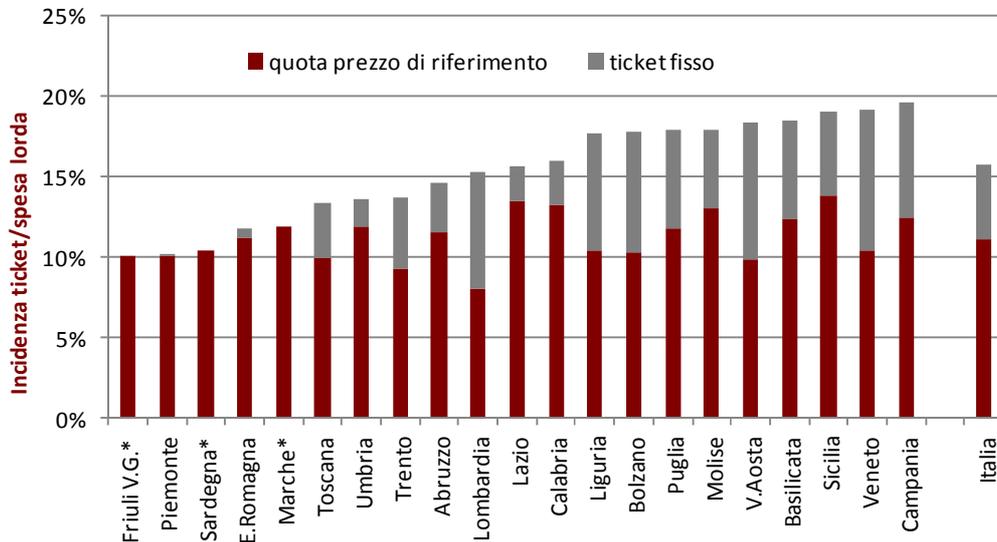


3.1.3 INDICATORE: Compartecipazione alla spesa farmaceutica

Dal 01/06/2015 anche in Trentino è stato introdotto il pagamento di una quota di €1 per ogni ricetta spedita in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (AFC). Il provvedimento è stato concepito con la finalità di finanziare l'erogazione di nuovi farmaci ad alto costo e indicati nel trattamento di patologie molto gravi, senza colpire le categorie sociali più

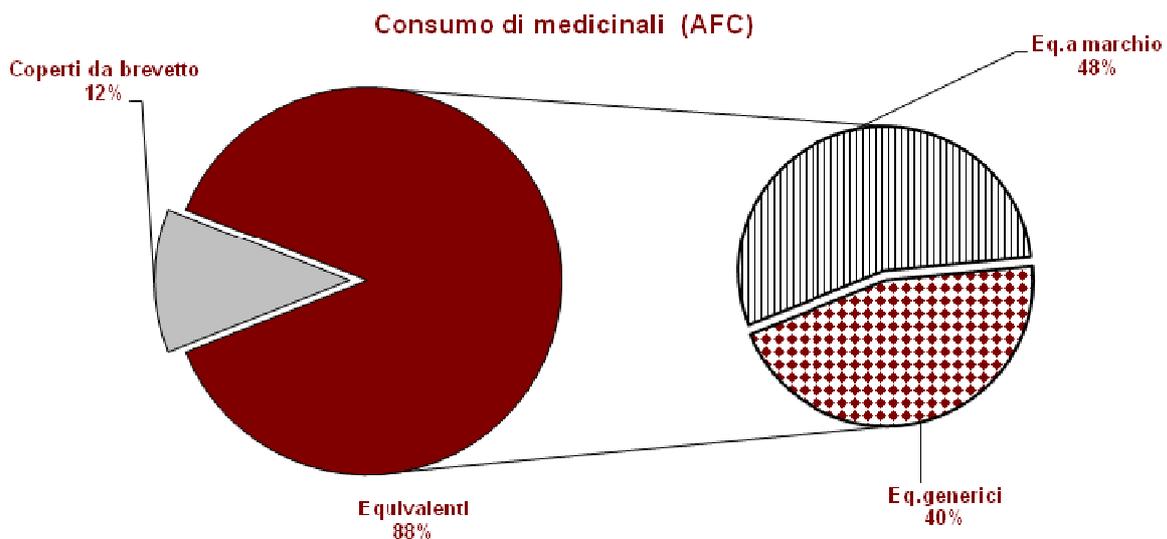
deboli. Pertanto, sono stati esentati dal versamento della quota i cittadini in possesso di esenzione per invalidità di grado elevato, per patologie croniche o rare, per condizioni soggettive particolari e quelli sottoposti a terapia del dolore o ad ossigenoterapia. Con tali misure, come si evince chiaramente dal grafico sottostante, la compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, comprendente sia la quota ricetta regionale che la differenza sull'equivalente secondo prezzo rimborso AIFA, attestandosi su un valore pari a 13,7%, è risultata, tra le regioni che hanno adottato quote aggiuntive, una delle più basse e di poco più alta rispetto alle regioni (con asterisco) che non le hanno deliberate.

Figura 40: Incidenza % della compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica



Non è da escludere che un notevole contributo al raggiungimento di tale risultato sia da attribuire al diffuso ricorso al farmaco equivalente, legato a un preciso atteggiamento culturale che tende a mantenere certi, gratuiti e universali alcuni beni per la società, includendo tra questi i farmaci. Infatti dal grafico successivo è facile verificare come il consumo di farmaci unbranded, ossia senza marchio industriale e per i quali è richiesta la sola quota ricetta (laddove prevista) rappresentino il 40% 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 41: Consumo di farmaci equivalenti (anno 2019)



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

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

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

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

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

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

Tramite il sito web dell'Azienda sanitaria è possibile consultare i tempi di attesa previsti dai monitoraggi nazionali e provinciali. Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle previste dal nuovo Piano di governo delle liste di attesa 2019-2021, che si riferiscono al monitoraggio dei primi accessi (sono escluse visite e prestazioni prescritte come controlli o successive),

Nell'anno 2019, e nei precedenti 3 anni, le prestazioni complessivamente prenotate tramite il CUP sono riportate nella Tabella 51. Si osserva un incremento delle prenotazioni in regime istituzionale (SSN), comprese le strutture accreditate convenzionate, che è passato (rispetto all'anno che precede) da +3.4% nel 2017 a +5.8% nel 2018 a +2.8% nel 2019. Si osserva altresì un incremento, seppur non così marcato, delle prenotazioni in libera professione intramoenia (specialisti APSS, dipendenti e convenzionati interni), passato da +2% nel 2017 a +1.6% nel 2018 a + 2.9% nel 2019. Complessivamente, il prenotato in LP intramoenia sul totale del prenotato, nei 4 anni, si mantiene, con minime flessioni, intorno al 9%.

Tabella 45 – Numero di prenotazioni CUP (anni 2016-2017-2018). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

anno	regime istituzionale	LP*	totale
2016	1.118.206	110.338	1.262.232
2017	1.156.213	112.565	1.304.845
2018	1.222.976	114.314	1.337.290
2019	1.257.690	117.584	1.375.274

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

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

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

Nella Tabella 52 si evidenziano i tempi di attesa delle prestazioni prenotate ed erogate nel corso del 2019 con codice RAO ad elevata priorità A, B, C (corrispondenti ai codici U, B, D nazionali) che, in provincia di Trento, hanno limiti massimi nel 90% dei casi a 3, 10, 30 giorni. Sono riportati i dati riferiti agli utenti che hanno prenotato il primo posto libero offerto al momento del contatto col CUP (sono escluse le prenotazioni di prestazioni pre- e post-ricovero, cosiddetti "fogli gialli"). Nel 2018 il totale delle prenotazioni con gli stessi codici RAO è stato di n. 152.332 prenotazioni, pertanto con un aumento del 10% dell'uso di codici ad elevata priorità tra gli ultimi due anni, il che ha reso più complessa la gestione del livello di garanzia, soprattutto per i casi con richiesta RAO B.

Tabella 46 – Numero di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO A B C - anno 2019 (prenotazioni su primo posto libero). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

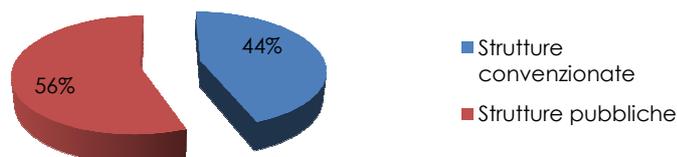
Priorità RAO	n° prenotazioni	tempo di attesa mediano (gg)	tempo di attesa nel 90° percentile delle prenotazioni (gg)
A (U)	16.367	1	3
B (B)	72.079	5	13
C (D)	79.031	15	29
Totale ABC	167.477		

Assistenza odontoiatrica

Nell'anno 2019, in applicazione delle direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della LP 22/07, l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento è stata garantita in forma diretta dalle strutture pubbliche della APSS e da 26 studi e ambulatori privati convenzionati (anno 2018 = 29).

Per quanto attiene le **attività ambulatoriali**, complessivamente sono state erogate 138.946 prestazioni (anno 2018 = 140.888), di cui 77.539 (56%) dagli ambulatori della struttura pubblica (anno 2018 = 75.213, pari al 53%) e 61.407 (44%) dagli ambulatori convenzionati (anno 2018 = 65.675, pari al 47%) (figura 42).

Figura 42. Assistenza odontoiatrica diretta - prestazioni erogate per tipologia di struttura - anno 20



A tale attività deve essere aggiunta quella erogata in forma indiretta dagli ambulatori privati ai quali si sono rivolte, ottenuto il nulla osta, 315 persone (anno 2018 = 362 persone), di cui 202 (64%) per cure, 59 (19%) per prestazioni di ortodonzia e 54 (17%) per prestazioni protesiche, per un valore complessivo di 117.297,52 euro (anno 2018 = 137.998,05 euro).

In sintesi, l'analisi dei dati della assistenza odontoiatrica erogata in regime ambulatoriale evidenzia per l'anno 2019:

- la riduzione del numero complessivo di prestazioni erogate rispetto al 2018 (-1%), determinato dalla riduzione dell'attività delle strutture convenzionate (-6,5%), a fronte di un incremento dell'attività delle strutture pubbliche (+3%);

Tab. 47. Numero prestazioni ambulatoriali di odontoiatria per tipologia di struttura anni 2017 – 2018- 2019

Tipologia struttura	Numero prestazioni odontoiatriche ambulatoriali		
	2019	2018	2017
Pubblica	77.539	75.213	75.542
Convenzionata	61.407	65.675	64.722
Totale	138.946	140.888	140.264

- la prevalenza delle prestazioni ricomprese nella voce "cure" rispetto alle altre prestazioni complessivamente erogate e il maggior impegno delle strutture convenzionate, rispetto a quelle pubbliche, nelle attività di protesica e di ortodonzia (tabella 48 e figura 43).

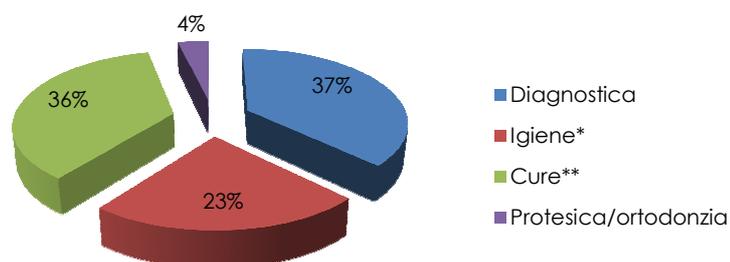
Tab. 48. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2019

Assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento - anno 2019			
Prestazioni	APSS	Strutture convenzionate	Totale
	n.	n.	n.
Diagnostica	34.995	16.816	51.811
• Visita	32.297	15.109	47.406
<i>prima visita</i>	21.551	8.934	30.485
<i>visita di controllo</i>	10.746	6.175	16.921
• Radiografia dentaria	2.698	1.707	4.405
Igiene*	17.248	14.948	32.196
Cure**	24.317	25.679	49.996
Protesica/ortodonzia	979	3.964	4.943
Totale	77.539	61.407	138.946

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

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

Figura 43. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2019



- un tempo di attesa per l'accesso alla prima visita nelle strutture pubbliche e negli ambulatori privati convenzionati inferiore a 45 giorni in ambito provinciale (tab. 49a).

Tab. 49a. Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica – anno 2019

Prima visita odontoiatrica in ambito provinciale	Attesa media (gg.)	Attesa mediana (gg.)	90° percentile (gg.)
	21	21	38

L'attesa per il 90% dei pazienti è stata al massimo di 48 giorni se calcolata tenendo conto della libera accettazione del richiedente di un tempo maggiore per accedere ad una specifica sede di erogazione (tab. 49b).

Tab. 49b. Tempo di attesa per l'accesso alla prima visita odontoiatrica liberamente accettato dai richiedenti – anno 2019

Prima visita odontoiatrica in ambito provinciale	Attesa media (gg.)	Attesa mediana (gg.)	90° percentile (gg.)
	26	24	48

- un numero di persone che hanno beneficiato dell'assistenza odontoiatrica complessivamente erogata dagli ambulatori aziendali, da quelli convenzionati e dai privati pari a 31.129 (anno 2018 = 31.422), come di seguito riportato.

Tab. 50. Persone che hanno beneficiato della LP 22 per tipologia di struttura – anni 2017- 2018- 2019

Struttura	N. persone		
	2019	2018	2017
APSS	17.455	17.521	18.188
Convenzionata	13.359	13.539	13.332
Privata (ass. indiretta)	315	362	298
Totale	31.129	31.422	31.818

Relativamente alla cittadinanza, gli stranieri rappresentano il 18% del totale delle persone, delle quali è documentata la provenienza, che hanno usufruito dell'assistenza odontoiatrica nelle strutture APSS, il 21,61 % di quelle che hanno avuto accesso alle strutture convenzionate.

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

Relativamente all'**attività in regime di degenza**, nel 2019 le UU.OO. di Chirurgia Maxillo facciale dell'ospedale di Trento e di Odontostomatologia dell'ospedale di Borgo Valsugana hanno effettuato complessivamente 476 ricoveri in day surgery per le prestazioni di "chirurgia orale di particolare complessità" che "rispondono a specifico grave quadro clinico".

Si riportano di seguito i DRG più frequenti determinati dal ricovero in regime diurno nelle due unità operative nel triennio 2017 - 2019

Tabella 51. Day surgery UU.OO Chirurgia Maxillo facciale Trento e Odontostomatologia Borgo

DRG più frequenti anni 2017 – 2018 - 2019

DRG	Numero dimessi		
	2019	2018	2017
187 Estrazioni e riparazioni dentali	260	203	248
169 Interventi sulla bocca senza CC	119	108	104
185 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	21	20	15

Per quanto attiene l'**attività di prevenzione**, nell'anno scolastico 2018 - 2019 lo screening odontoiatrico è stato condotto senza alcuna variazione organizzativa rispetto all'anno precedente.

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

Sono stati così invitati 5.297 bambini (anno sc. 2017 - 2018 = 5.530) e di questi 1.517 (28,6%) sono stati visitati dallo specialista odontoiatra (anno sc. 2017-2018 = 1.594, pari al 28,8%).

A seguito della visita, 1.008 (66,4%) bambini sono stati inviati all'igienista dentale (anno sc. 2017 - 2018 = 1.008, pari al 66%), 599 (39,5%) sono stati presi in carico dall'odontoiatra per la prosecuzione delle cure (anno sc. 2017 - 2018 = 608, pari al 38%).

Per 412 (27%) bambini dei 1.517 aderenti si è reso necessario il ricorso sia all'igienista dentale che all'odontoiatra.

Tabella 52. Screening odontoiatrico 2015 - 2019

Attività di screening	anno scolastico 2018 - 2019	anno scolastico 2017 - 2018	anno scolastico 2016 - 2017	anno scolastico 2015 - 2016
n. bambini invitati	5.297	5.530	5.473	5.430
n. bambini visitati da odontoiatra	1.517 (28,6%)	1.594 (28,8%)	1.778 (32,5%)	1.592 (29,4%)
di cui:				
- inviati a igienista dentale	1.008 (66,4%)	1.014 (63,6%)	1.045 (59%)	989 (62,1%)
- prosecuzione cure odontoiatriche	599 (39,5%)	608 (38,1%)	694 (39%)	489 (31%)
- igienista + odontoiatra	412 (27,2%)	382 (24%)	-	-

Miglioramento dei percorsi di accesso all'assistenza

Nel corso del 2019 è stato completato il percorso di de-materializzazione delle autorizzazioni per assistenza integrativa ed aggiuntiva. L'assistenza integrativa comprende le prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare. L'assistenza aggiuntiva comprende le prestazioni sanitarie garantite dal servizio sanitario provinciale che comportano l'erogazione di prodotti e prestazioni che non sono previsti nei LEA nazionali e che le regioni o le province autonome decidono di erogare ai propri cittadini sostenendone la spesa.

Dal 1 ottobre 2018 tutti i dispositivi per diabetici e dal 1 ottobre 2019 tutti i dispositivi monouso (ausili per incontinenza – per stomia e tracheostomia - - prodotti per la cura delle lesioni cutanee - materiale per medicazione ecc) e i prodotti destinati ad un'alimentazione particolare (es. alimenti per nefropatici) sono autorizzati dagli uffici dei servizi territoriali mediante emissione di documenti de-materializzati.

Il percorso è stato notevolmente facilitato: il cittadino presenta la prescrizione medica a qualsiasi sportello di Apss; dopo qualche giorno si reca in qualunque farmacia operante sul territorio della provincia di Trento e, previa esibizione della tessera sanitaria, ritira i dispositivi prescritti ed autorizzati.

E' in fase di elaborazione anche la de-materializzazione della prescrizione medica, che permetterà al cittadino di ottenere i dispositivi necessari senza il passaggio presso i nostri uffici.

Tabella 53 - Alcuni dati:

TIPOLOGIA	N.ASSISTITI	SPESA ANNUALE 2019 (euro)
AUSILI MONOUSO	1452	1.980.998,49
AUSILI MONOUSO INCONTINENZA	10076	4.644.550,64
DIABETE	11574	4.070.804,13
AGGIUNTIVA	2104	1.016.118,71

ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

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

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

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

GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA

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

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

INDICATORE: Capacità di governo della domanda di assistenza

In riferimento al governo e alla qualità dell'offerta, per quanto il sistema sanitario trentino si confermi complessivamente orientato verso una modalità di presa in carico di tipo ospedaliero, anche nel 2019 si evidenzia rispetto al 2018 un'ulteriore contrazione del tasso di ospedalizzazione che passa da 142.4 per 1.000 residenti nel 2018 a **140.7** nel 2019.

La "Capacità di governo della domanda di assistenza" è un 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 e valuta la capacità di governo della domanda di assistenza ospedaliera. Nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (3,30).

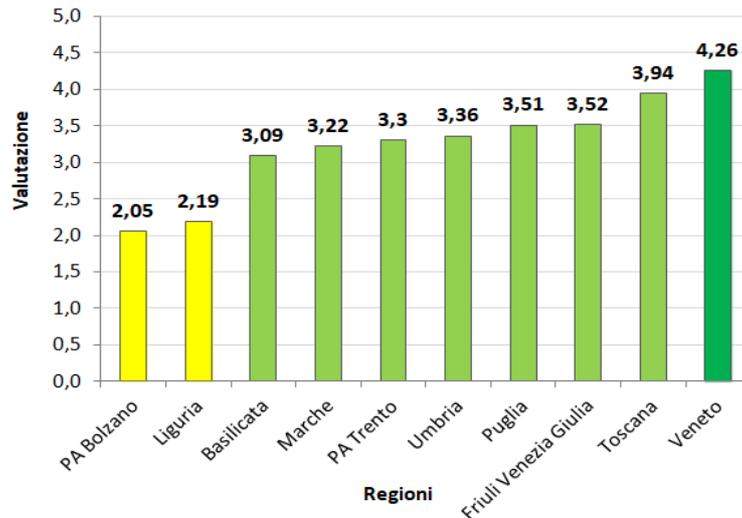
Di seguito sono riportati alcuni indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi della capacità di governo della domanda.

- C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **140.7**
- C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti **101.6**
- C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **28.15**
- C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti **8.82**
- C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **10.9**
- C1.3 Posti letto per 1.000 residenti **4**
- C1.5 Indice di case mix **0,98**
- C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) **37.95%**

Figura 44. Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso



Figura 45. Capacità di governo della domanda: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2019)



MODELLO CURE INTERMEDIE A TRENTO

I reparti di medicina interna e di geriatria dell'Ospedale S. Chiara sono soggetti sempre più frequentemente al fenomeno di "dimissioni ritardate" di pazienti che, seppure clinicamente dimissibili, non possono essere subito 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) superiore rispetto alle altre Regioni secondo l'analisi effettuata dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa rispecchia anche questa difficoltà in fase di dimissione.

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

Nel corso del 2019 le cure intermedie hanno affrontato un cambio di sede. La sperimentazione del nuovo setting di cura avviata nel luglio 2017 presso l'APSP Beato de Tschiderer (20 posti letto) si è infatti conclusa in quella sede a fine ottobre 2019. Successivamente le cure intermedie sono state trasferite presso la sede di Mezzolombardo con l'attivazione in data 18 settembre 2019 di 12 posti letto ai quali si sono poi aggiunti (inizio novembre 2019) 11 posti letto all'ospedale San Camillo.

Nella tabella seguente è riportato il numero di pazienti in uscita dall'ospedale S. Chiara e accolti nelle diverse sedi delle Cure intermedie con il dettaglio del reparto di provenienza.

Tabella 54. Nr pazienti accolti in Cure Intermedie in dimissione dall'ospedale S. Chiara durante l'anno 2019

Provenienza	2018	2019			
	N. pazienti APSP Beato de Tschiderer 20 pl	N pazienti totali	APSP Beato de Tschiderer	Cure intermedie Mezzolombardo 12 pl	Ospedale S.Camillo 11 pl
U.O. Medicina Interna	254	239	201	19	19
U.O. Geriatria	106	129	103	8	18
Osservazione breve di Pronto Soccorso	17	10	7	2	1
Altre UU.OO.	28	11	10	0	1
Totale	405	389	321	29	39

TELEMEDICINA

Modello organizzativo dell'Ambulatorio di Telecardiologia di Rovereto

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

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

L'ambulatorio di Telecardiologia è attivo presso l'Ospedale di Rovereto dal gennaio 2016 con un modello organizzativo che prevede 2 infermieri dedicati a tempo pieno. Sono state elaborate delle procedure per gestire le diverse situazioni e gli allarmi che possono derivare dalla gestione in remoto dei device. Da ottobre 2018 è stato previsto un turno medico pomeridiano di 2 ore per la Telecardiologia. Scopo della riorganizzazione è stato quello di privilegiare i controlli clinici dei pazienti con problemi in atto limitando quanto più possibile le visite non necessarie.

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

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

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

Nel corso del 2019 l'analisi di circa 15.000 trasmissioni in remoto (in crescita rispetto al 2018 con circa 13879) ha permesso di continuare a mantenere abbattute le liste d'attesa dell'ambulatorio "controllo devices".

L'ambulatorio di Telecardiologia dell'Ospedale di Rovereto gestisce in remoto **2093 pazienti** (dato di dicembre 2019) che corrispondono al **97% dei pazienti totali** (2168 pazienti) con devices che gravitano sulla Cardiologia di Rovereto. La maggior parte dei pazienti non monitorati in remoto (64 pazienti) hanno pacemaker non monitorizzabili

Il monitoraggio remoto dei pazienti portatori di device determina molteplici vantaggi quali la riduzione degli spostamenti dei pazienti per visite di controllo, infatti la distanza dell'abitazione dei pazienti monitorati in remoto è in media di **69 km (207km/anno** per recarsi in ospedale per i 3 controlli di routine) A questo vanno aggiunti i risparmi connessi alla riduzione delle giornate perse di lavoro di pazienti e accompagnatori (molto frequentemente questi pazienti sono accompagnati da parenti/caregiver considerando l'età media elevata). Inoltre l'intervento diagnostico-terapeutico risulta anticipato in caso di eventi aritmici o malfunzionamenti del device rispetto al sistema di controllo tradizionale con un anticipo dell'intervento medico di **3.8 mesi**.

Infine, un questionario di gradimento somministrato ai pazienti ha evidenziato un alto grado di gradimento e l'accettazione di tutti i pazienti interpellati a proseguire con la modalità di monitoraggio in remoto.

APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA

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

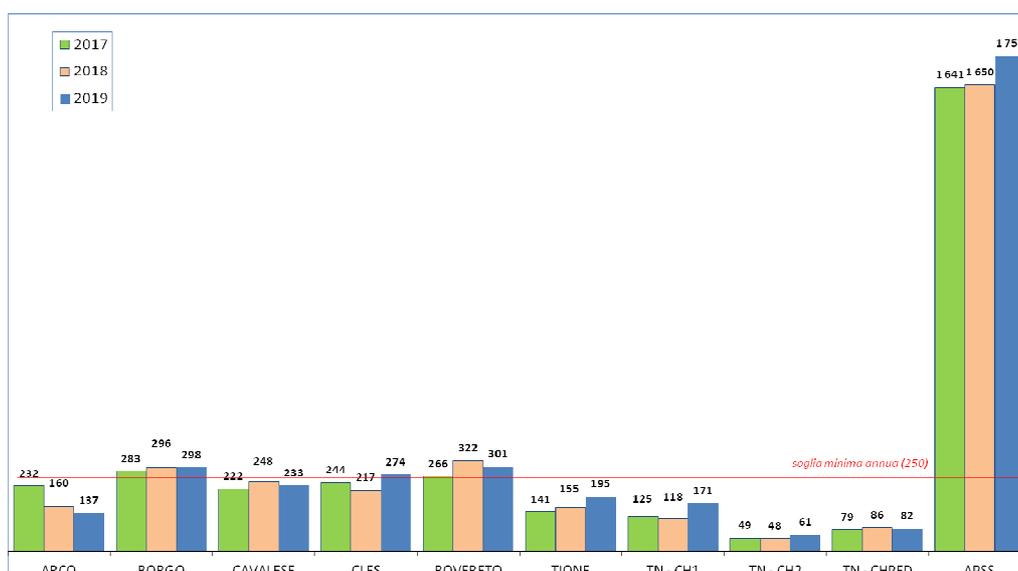
Attività chirurgica per tipologia di intervento

L'attività chirurgica dell'anno 2019 è stata analizzata e messa a confronto con quella dei 2 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.

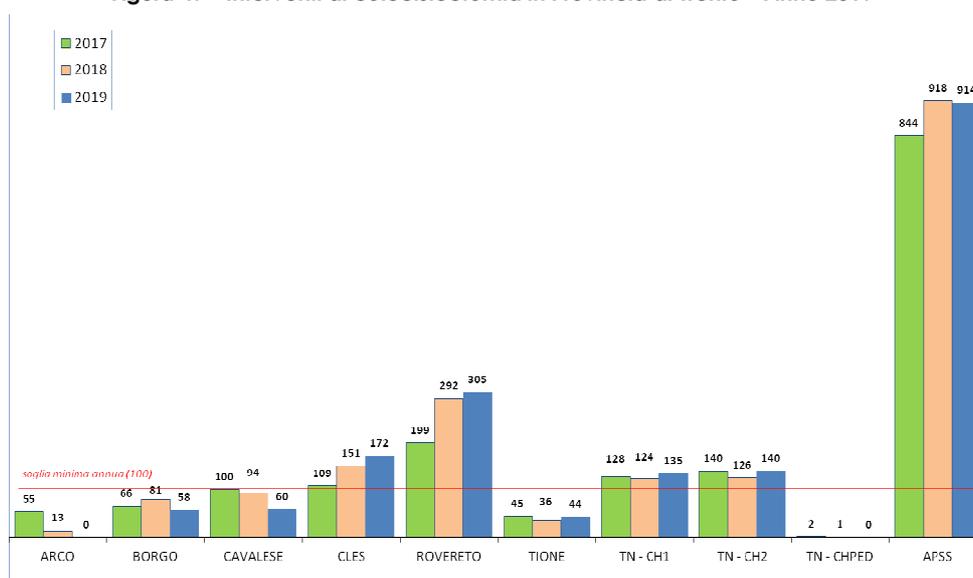
Come risulta dalla figura 46 la numerosità degli interventi di riparazione di ernia risulta nel 2019 in APSS in leggero aumento rispetto al 2018, ma andando a considerare singolarmente gli ospedali, emergono delle differenze: si evidenzia un incremento per gli ospedali di Cles, Tione di Trento e per la Chirurgia 1 dell'ospedale S. Chiara che permette al primo di raggiungere e superare pienamente il valore soglia predeterminato e agli altri due di avvicinarsi di più rispetto al periodo precedente a quel valore. Calano invece gli interventi di ernia effettuati per gli ospedali di Arco e di Rovereto.

Figura 46 – Interventi di ernia in Provincia di Trento – Anno 2019



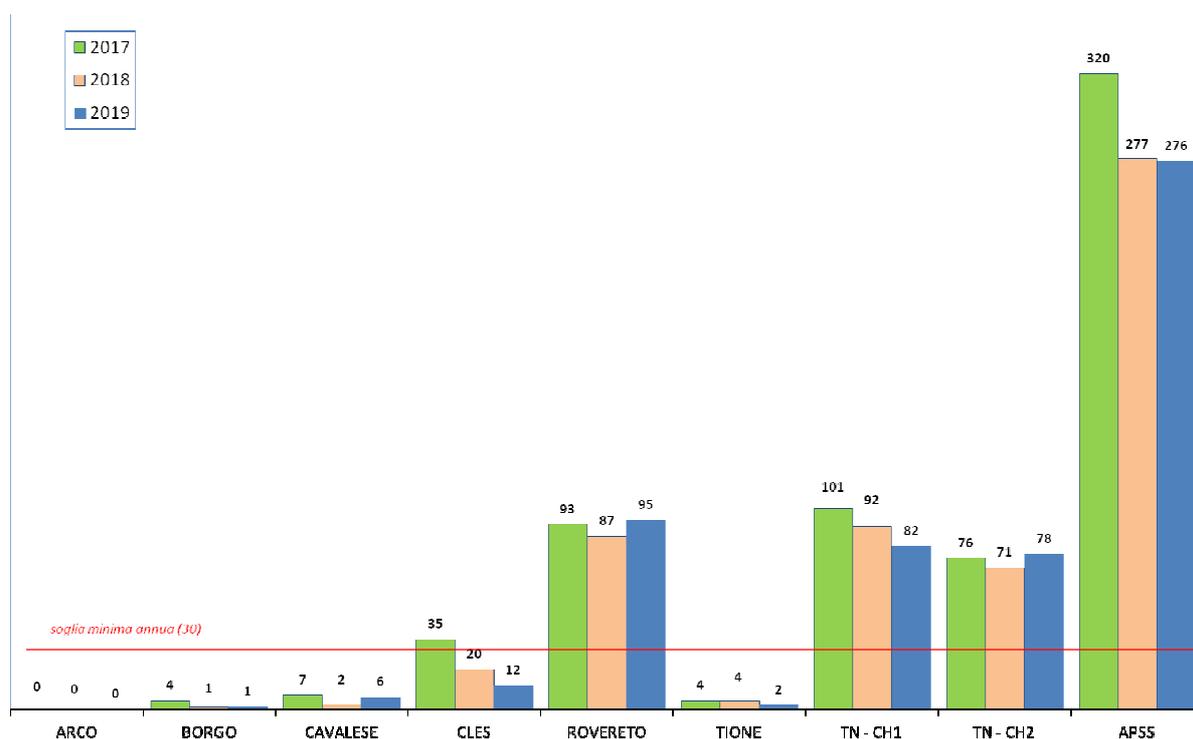
Nel 2019 la numerosità degli interventi di colecistectomia, come illustrato nella figura 47, risulta complessivamente stabile rispetto al 2018 ma andando a considerare singolarmente gli ospedali, emergono delle differenze: si evidenzia un incremento per gli ospedali di Rovereto e Cles abbondantemente sopra il valore soglia e una diminuzione per Borgo e Cavalese che si allontanano in maniera significativa dal valore soglia.

Figura 47 - Interventi di colecistectomia in Provincia di Trento – Anno 2019



Per quanto riguarda gli interventi sul colon (vedi figura 48) nel 2019 la numerosità risulta stabile rispetto al 2018 anche se si conferma per l'ospedale di Cles un trend in calo che lo allontana ulteriormente dalla soglia minima predefinita.

Figura 48 - Interventi sul colon in Provincia di Trento – Anno 2019



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 49 nel 2019 la numerosità degli interventi di protesi dell'anca (parziale e totale) risulta complessivamente in aumento in APSS rispetto al 2018 mentre quella di protesi di ginocchio è in lieve calo (figura 50). Premesso che la delibera 500/2015 stabilisce una soglia cumulativa della protesica arto inferiore pari a 100 interventi/anno, per il 2019 tutti gli ospedale superano la soglia prevista: Trento Rovereto abbondantemente, Tione presenta un aumento importante di interventi rispetto al 2017 superando quindi in maniera significativa la soglia minima, Cles presenta un lieve calo di attività rimanendo comunque come per il 2018 sopra la soglia con un buon margine, Cavalese passa la soglia con un buon margine presentando un lieve calo complessivo dei volumi di intervento rispetto al 2018 e anche Borgo con un lieve calo complessivo dei volumi di intervento rispetto al 2018 riesce complessivamente a raggiungere la soglia stabilita.

Figura 49 - Interventi di protesi d'anca (parziale e totale) in Provincia di Trento – Anno 2019

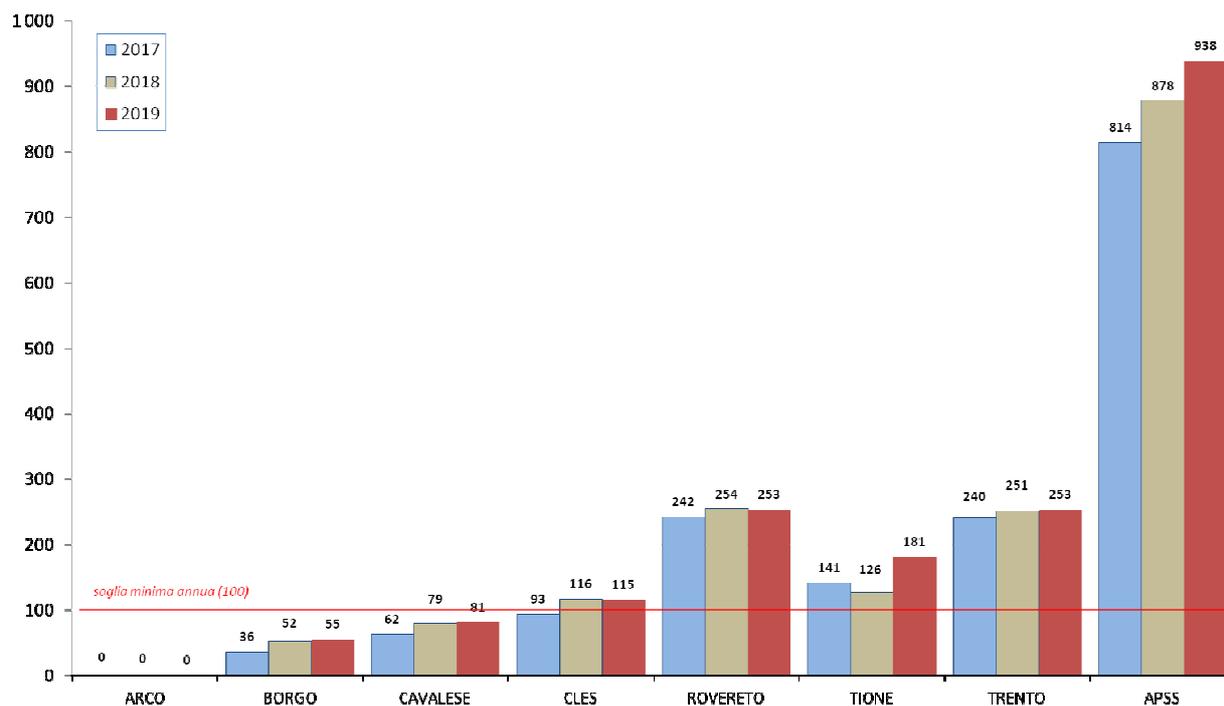
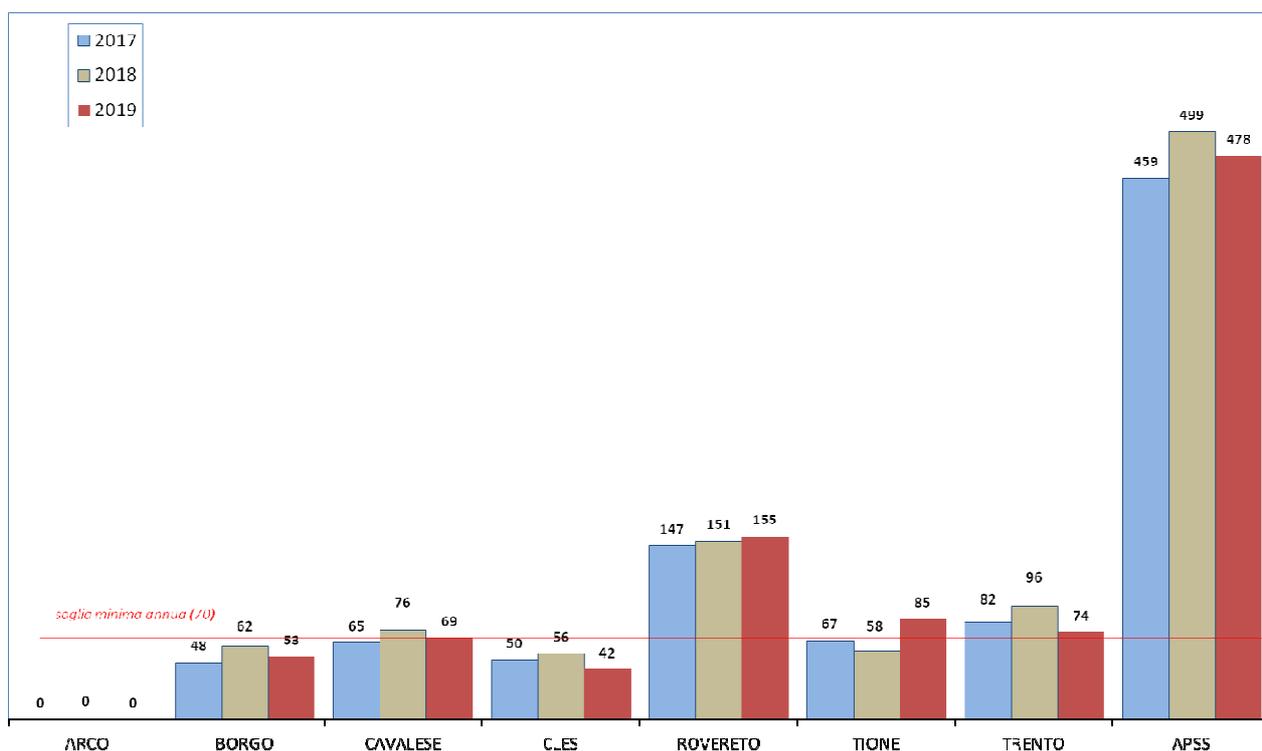


Figura 50 - Interventi di protesi di ginocchio in Provincia di Trento – Anno 2019



INDICATORE: Appropriatazza chirurgica

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

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

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

Nel confronto con le altre regione del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2019, l'APSS ottiene una valutazione di **1,98** inferiore alla media del Network ma in continuo miglioramento.

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

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

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici 17,75%

C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari 18,45%

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o RO 0-1 gg **46,98 %**

C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) **46,87 %**

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti **25,83**

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

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

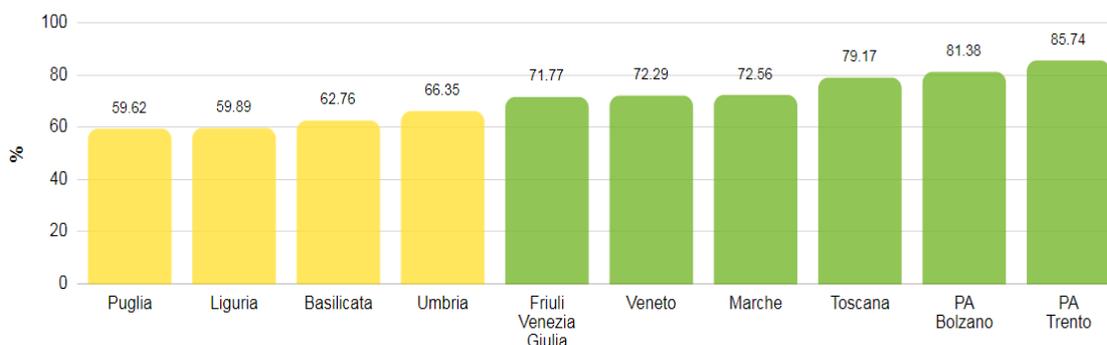
Intervento per la frattura del collo del femore

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

La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale, in questo caso, è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto. Considerando che, in alcuni casi specifici, il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione, l'obiettivo è posto all'80%.

Nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2019, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma per l'APSS la più elevata (**85,74%**) in ulteriore incremento rispetto al 2018.

Figura 51. C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) – Anno 2019



INDICATORE: Qualità di processo

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

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

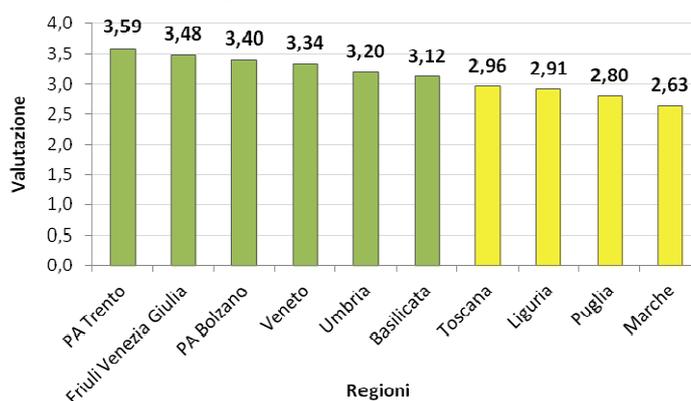
L'indicatore di sintesi C5 Qualità di processo assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C5.2 % di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) (25%), C5.3 - % di prostatectomie transuretrali (10%), C5.12 - % di fratture del femore operate sulle fratture diagnostiche (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 2019, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (**3,59**), risultando anche per il 2019 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 **3,3 %**
- C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) **85.74%**
- C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali **91.32%**
- C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnostiche **95.37%**
- C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti **1,49 Giorni**
- C16.7 Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione **55,11 %**
- C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore **96.21%**

Figura 52. Qualità di processo: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2019)



Sviluppo di nuove procedure chirurgiche

Awake surgery e mapping cerebrale

Nel corso del 2019 la Neurochirurgia di Trento ha ulteriormente consolidato la propria esperienza nel contesto del *brain mapping* cerebrale e della chirurgia in condizioni di veglia per l'asportazione delle lesioni cerebrali in area critica maturata nel corso degli anni. L'*awake surgery* in ambito oncologico ha consentito l'esecuzione complessiva di 53 (11 nel 2019) interventi di asportazione di lesioni in area critica, senza deficit neurologici permanenti.

E' stato avviato e completato il primo studio di confronto degli esiti, sia clinico-cognitivi che oncologici (in termini di overall survival), dei pazienti affetti da glioma di alto grado confrontando le tecniche di asportazione con risveglio intra-operatorio e mappaggio elettrico diretto cortico-sottocorticale e quella in anestesia generale con *imaging* avanzato. I risultati, sono stati inclusi in un lavoro scientifico inviato in revisione al Journal of Neurooncology alla fine del 2019.

L'esperienza chirurgica ed anestesiológica maturate, e la possibilità offerta dalla costante presenza presso l'U.O. di Neurochirurgia della figura del neuropsicologo clinico, hanno consentito nel corso di quest'anno di implementare ulteriormente il protocollo testistico eseguito durante gli interventi di *awake surgery*, permettendo di monitorare in sala operatoria (oltre alle abilità linguistiche, visive, visuo-spaziali, articolatorie e motorie) anche funzioni cognitive più elevate come: le funzioni esecutive (Stroop test); il riconoscimento degli stati emotivi (Reading the eyes in the mind test); le funzioni prassiche (mediante un *fool* digitale in grado di monitorare la coordinazione dei movimenti fini della mano).

Nel corso del 2019 inoltre, è stato concluso uno studio in collaborazione con l'Università di Montpellier (Francia), la Northwestern University di Chicago (Illinois, US) e la Fondazione Bruno Kessler, che ha consentito la pubblicazione del primo atlante funzionale cerebrale cortico-sottocorticale, basato su più di 1800 dati funzionali ottenuti tramite il mappaggio cortico-sottocorticale e il monitoraggio neuro-cognitivo durante interventi di *awake surgery* (Sarubbo et al., *Neuroimage*, 2019), volto sia al miglioramento nella cura dei pazienti con lesioni cerebrali in area critica sia alle implementazioni nelle conoscenze della ricerca neuroscientifica di base (Sarubbo et al., *Data in Brief*, 2019).

Grazie alla costante collaborazione tra la U.O. di Neurochirurgia ed il CIMeC dell'Università di Trento, durante il 2019 si è provveduto ad un sensibile miglioramento nell'elaborazione dei dati di resting-state fMRI (rs-fMRI), già introdotta nel corso del 2017 e validata con uno studio pubblicato nel 2018. Grazie all'utilizzo di questa sequenza anche nel corso del *follow-up* dei pazienti con lesioni gliali è inoltre avviato nel corso del 2019 ed in collaborazione con CIMeC dell'Università di Trento anche uno studio sulla riorganizzazione funzionale dei principali network cerebrali nel corso della storia naturale della malattia, volto anche alla valutazione degli esiti dei trattamenti chirurgici ed adiuvanti ricevuti.

Infine, a dimostrazione della crescente importanza nel panorama nazionale ed internazionale della neuro-oncologia e nelle neuroscienze applicate, nel 2019 la U.O. di Neurochirurgia di Trento, con il supporto del Servizio Formazione dell'Azienda Sanitaria per i Servizi Sanitari (APSS), ha organizzato con la collaborazione (e nella sede) della Fondazione Bruno Kessler, e con il supporto del CIMeC, la seconda edizione del corso teorico-pratico per clinici e chirurghi "Connect Brain Vol. 2" che ha riunito i massimi esperti mondiali nel campo del mappaggio cerebrale cortico-sottocorticale e delle neuroscienze cognitive ed oltre 100 partecipanti provenienti da diverse regioni italiane e diversi Paesi europei e non. L'iniziativa è stata caratterizzata dalla novità assoluta di una intera giornata di esercitazioni pratiche e simulazione sulla elaborazione dell'*imaging* avanzato (trattografia e RS-fMRI) in ambiente clinico.

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 2019 sono stati valorizzati i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) implementati negli anni precedenti, in particolare quello per la patologia oncologica mammaria, per la patologia oncologica della prostata, il PDTA per il tumore del colon-retto, quello per l'epatocarcinoma e il PDTA per il tumore polmonare.

INDICATORE: Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici

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

Nel confronto con le altre Regioni del Network, rispetto ai dati del 2019, l'APSS ottiene una valutazione di performance ottima (■ 4.04), risultando anche per il 2019 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 ■4,91

C10.1A Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella ■ 4,94

C10.1.3 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella ■ 99,36%

C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella ■ 0,95

C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata ■4,89

C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata ■ 98,5%

C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per int. chirurgici per tumore maligno alla prostata ■ 0,72

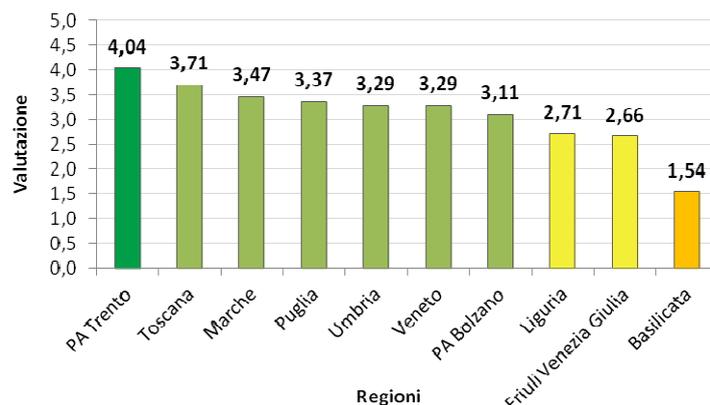
C10.2 Tumore alla mammella ■2,06

C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi per tumore maligno della mammella ■ 70,31%

C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella 24,16%

C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (3anni) ■4,08%

Figura 53. Performance Trattamenti Oncologici: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2019)



Percorso diagnostico terapeutico di oncologia mammaria e Breast Unit

In Provincia di Trento il Percorso diagnostico terapeutico di oncologia mammaria è stato attivato nel 2011 istituendo, attraverso un percorso unitario e multidisciplinare attuato ogni giorno con le pazienti che presentano patologia oncologica mammaria, funzionalmente la Breast Unit (BU).

A fine 2017, viene formalizzata a livello organizzativo una struttura operativa di coordinamento e raccordo e istituita la Rete clinica Breast Unit. Tutti i professionisti della Rete clinica senologica, impegnati per la gestione della paziente con neoplasia mammaria, nel corso dell'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale fanno riferimento a documenti prodotti nel corso di una serie di riunioni multidisciplinari che hanno visto impegnati in contemporanea 8 gruppi di lavoro costituiti in totale da più di 40 professionisti, ivi compresi i MMG e le associazioni di volontariato, dal 2018 in poi. Tali documenti sono stati redatti sulla base di solide e recenti evidenze di letteratura, raccolte nelle principali linee guida/raccomandazioni internazionali e nazionali con lo scopo di rendere riproducibili le azioni, uniformi le prestazioni erogate, ridurre l'evento straordinario, promuovere lo scambio di informazioni tra professionisti della Rete e definire al meglio il ruolo di ognuno di essi all'interno dei processi.

Tale percorso prevede due importanti momenti decisionali rappresentati dai consulti multidisciplinari pre e postoperatori che si svolgono in modalità strutturata due volte alla settimana.

Un aspetto qualificante della istituzione formale della Rete è costituito dalla organizzazione della chirurgia senologica sotto un'unica regia con un unico responsabile (individuato in agosto 2019) e di conseguenza con regole univoche e condivise dal personale chirurgico che ne fa parte e che è costituito da professionisti completamente dedicati alla chirurgia senologica e con esperienza consolidata in tale settore. La lista d'attesa all'intervento chirurgico garantisce trasparenza ed equità degli accessi in base a priorità clinica e viene controllata e gestita dal responsabile della chirurgia senologica in accordo con il coordinatore della BU.

Inoltre, sono state ridefinite e meglio coordinate le attività riabilitative nelle pazienti sottoposte ad intervento di dissezione ascellare in concomitanza all'intervento sul tumore primitivo, volte ad evitare o ridurre l'impotenza funzionale, l'insorgenza di dolore alla spalla e/o di linfedema del braccio operato.

Un considerazione particolare è stata, altresì, riservata alla preservazione della fertilità nelle pazienti giovani con tumore mammario soggette a trattamenti potenzialmente gonadotossici in collaborazione multidisciplinare e professionale con la PMA di Arco. Tutte le pazienti che presentano determinati criteri anamnestici predefiniti sono accompagnate a consulenza ontogenetica. Nel caso in cui risultino portatrici di mutazioni vengono inserite in un percorso personalizzato.

Da gennaio 2019 è stato istituito, in collaborazione con la UO di Reumatologia, un ambulatorio di Osteopatia metabolica per preservare "la salute dell'osso" delle pazienti sottoposte a terapie ormonali con deprivazione estrogenica.

E' stata istituita e inserita nell'equipe la figura della case manager, per favorire la presa in carico e seguire nel tempo le pazienti in maniera personalizzata e facilitare i rapporti con tutti i servizi coinvolti nella Rete. A questo proposito sono identificate due infermiere con importante carico di esperienza e competenza che possono rendersi garanti della presa in carico "operativa e globale" della paziente dalla diagnosi lungo tutto il corretto svolgimento dei percorsi terapeutico-assistenziali, essere presenti in tutti gli snodi operativi/organizzativi, identificare i bisogni della persona ed organizzare gli accessi evitando inutili disagi, rispettando la personalizzazione dei percorsi assistenziali. Infine, alla figura è riconosciuto un ruolo di raccordo tra i professionisti in ambito ospedaliero e tra cure primarie (ivi compreso il MMG) ed ospedale per una rapida presa in carico in caso di necessità.

Nel mese di novembre 2019 è stato avviato il progetto strutturale che prevede la creazione di unico punto di riferimento per le pazienti al IV piano del S. Chiara. Fino al quel momento l'attività senologica chirurgica, quasi esclusivamente concentrata nell'ospedale di Trento, faceva capo alla Chirurgia generale 1 e 2, e comprendeva la fase diagnostica, comprensiva del consulto multidisciplinare, la fase operatoria e di degenza e la fase post operatoria di follow up. La degenza era inserita tra le degenze della chirurgia 1 e l'attività di chirurgia ambulatoriale veniva svolta presso l'ambulatorio chirurgico dell'ala est del corpo "C" dell'ospedale mentre l'attività ambulatoriale era suddivisa nei diversi ambulatori delle due chirurgie. Solo un chirurgo di Trento svolgeva una piccola parte di interventi in altri ospedali della rete e una residua attività veniva svolta presso l'ospedale di Rovereto.

I lavori sono stati organizzati in 4 fasi con l'obiettivo di rendere fruibile ogni zona a lavori compiuti. la degenza di chirurgia senologica è infatti operativa dal 2 dicembre 2019 e la conclusione dell'intero progetto è prevista per la primavera 2020, con la messa a regime che prevederà l'attivazione degli ambulatori per consulto multidisciplinare, prime visite chirurgiche,

controlli, follow up presso i rinnovati ambulatori del IV piano; contestualmente saranno disponibili i due ambulatori chirurgici dove effettuare tutta le procedure di chirurgia minore della BU.

PROTONTERAPIA

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

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

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

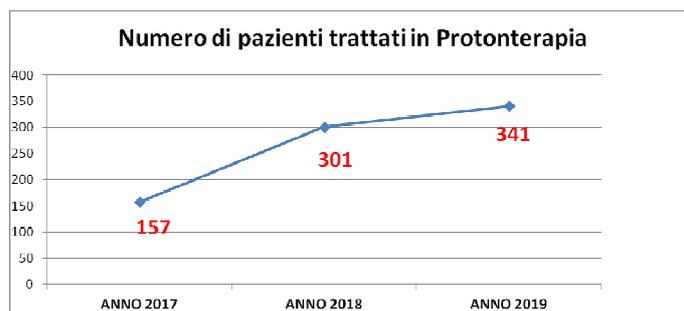
Nel corso dei primi quattro anni di attività, lo studio e l'esperienza maturate dal personale del Centro hanno consentito di allargare progressivamente le tipologie di tumore trattate, conseguendo una serie di importanti primati scientifici a livello nazionale ed internazionale.

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

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

Nel corso dei primi quattro anni di attività, il numero di pazienti trattati è costantemente aumentato, riscontrando un deciso incremento anche per il 2019.

Figura 54. Nr di pazienti



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 55 sono riportati il numero dei parti nei diversi punti nascita della APSS per 2017, il 2018 e il 2019.

Tabella 55. Numero parti per punto nascita

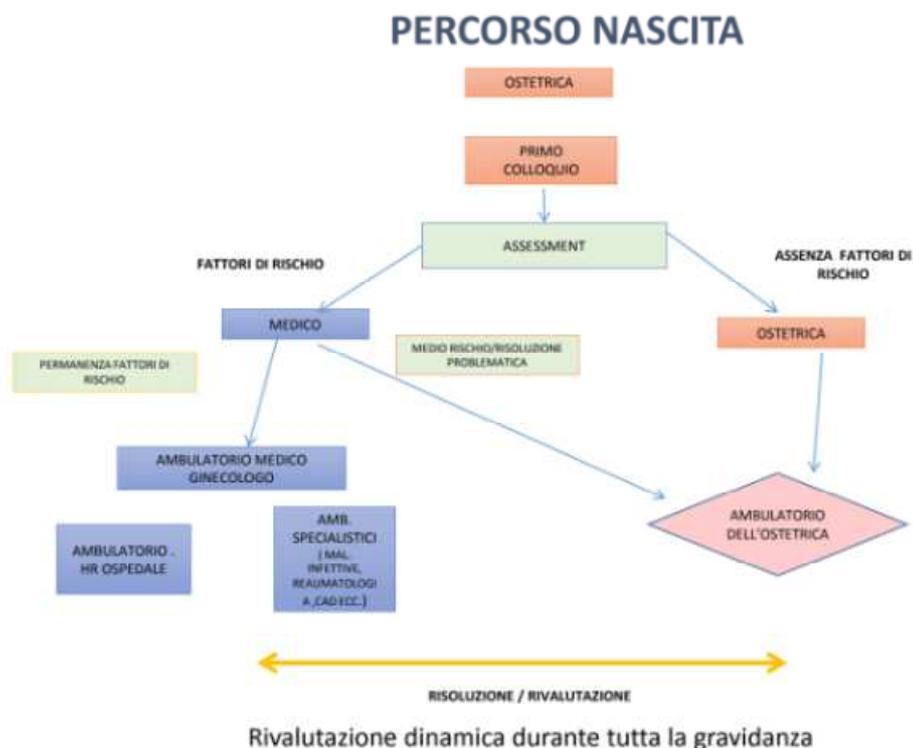
Punti Nascita	2017		2018		2019	
	n°	media al GG	n°	media al GG	n°	media al GG
Trento	2 501	6.9	2 348	6.4	2 369	6.5
Rovereto	1 135	3.1	1 139	3.1	1 069	2.9
Cles	432	1.2	449	1.2	372	1.0
Cavalese (Chiuso da MARZO 2017 a DICEMBRE 2018)	17	0.0	14	0.0	166	0.5
Totale	4 085	11.2	3 950	10.8	3 976	10.9

Progetto Percorso Nascita

Il Percorso nascita, inteso come l'insieme delle cure necessarie alla donna e al suo bambino dall'inizio della gravidanza al puerperio, rappresenta in Trentino un modello innovativo di presa in carico della donna in gravidanza, che assicura appropriatezza, efficienza e efficacia (vedi figura 55). Coniuga l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili in linea con quanto previsto dai LEA e le raccomandazioni cliniche che derivano dall'analisi di esperienze scientifiche internazionali.

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

Figura 55. Modello del percorso nascita



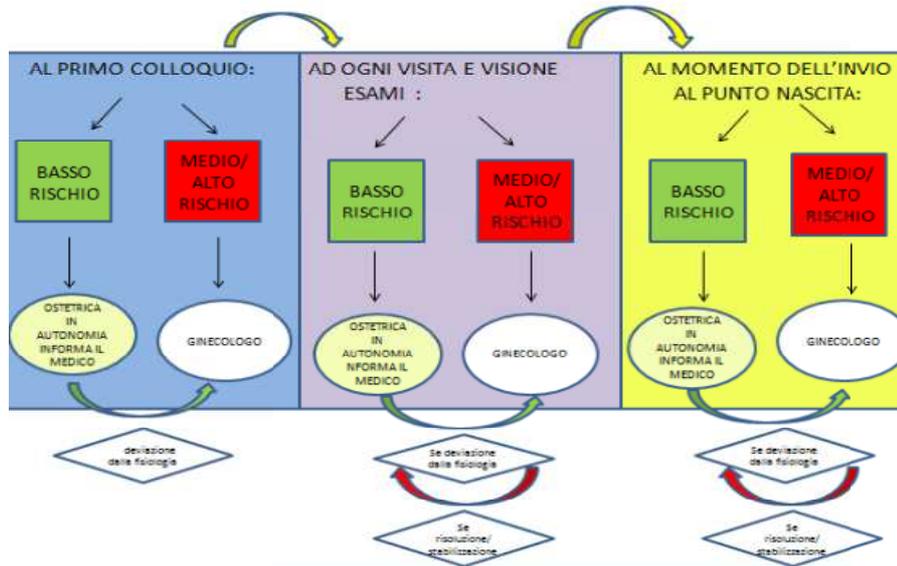
Nella tabella che segue è riportata la percentuale di reclutamento nei diversi territori della Provincia riferita al 2017 e al 2018 e al 2019 che risulta in cospicuo aumento.

Tabella 56. Percentuale di reclutamento del Percorso nascita in Provincia di Trento – Anni -2017-2018-2019

	2017	2018	2019
Distretto centro sud (Vallagarina)			
Popolazione di riferimento	707	773	702
Numero primi colloqui	280	340	380
Percentuale di reclutamento	40%	44%	54,13%
Distretto est			
Popolazione di riferimento	1027	879	954
Numero primi colloqui	725	659	783
Percentuale di reclutamento	70,6%	75%	82%
Distretto centro nord			
Popolazione di riferimento	1046	946	1031
Numero primi colloqui	403	512	663
Percentuale di reclutamento	38,5%	54%	64,3%
Territorio Giudicarie			
Popolazione di riferimento	255	232	245
Numero primi colloqui	186	193	202
Percentuale di reclutamento	73 %	83 %	82,4%
Territorio Garda e Ledro			
Popolazione di riferimento	388	362	353
Numero primi colloqui	274	255	311
Percentuale di reclutamento	70,6 %	70,4 %	88,1%
Distretto ovest			
Popolazione di riferimento	742	689	639
Numero primi colloqui	11	238	462
Percentuale di reclutamento	1,5%	34,5%	72,30%
	Servizio attivato dal 15/12		

Anche in caso di deviazione dalla fisiologia l'ostetrica resta la "care manager" del percorso, favorendo la continuità e l'integrazione tra i servizi per una adeguata risposta ai bisogni di quella mamma e quel bambino. Il filo conduttore del progetto è la distinzione tra percorsi a basso e medio/alto rischio con la gestione della gravidanza, dei controlli a termine di gravidanza e dell'attività di sala parto secondo protocolli distinti per basso e medio/alto rischio, con la gestione dell'accesso alle prestazioni attraverso un triage ostetrico e del puerperio secondo protocolli distinti per basso e medio/alto rischio (vedi figura 56)

Figura 56. Articolazione della valutazione e rivalutazione del rischio in gravidanza



INDICATORE: Valutazione di performance clinica del percorso nascita

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

L'indicatore C7 Materno-infantile assume una valutazione pari alla media pesata di alcuni degli indicatori che lo compongono (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi). L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei sotto indicatori valutati (i pesi dei singoli sottoindicatori sono indicati in parentesi): C7.1 % cesarei depurati (NTSV) (70%), C7.3 % episiotomie 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 2019, APSS ottiene una valutazione di performance ottima (■4,23).

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

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■ 11.44%

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■ 12.39 %

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■ 6,83%

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva, 22.15%

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4, 5.8%

Agli indicatori di valutazione sono stati assegnati pesi differenti in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica, e in base a questo l'indicatore C7.1 "Percentuale di cesarei depurati" (in significativo miglioramento nel 2019 rispetto al 2018) è quello che incide maggiormente sulla valutazione del percorso nascita materno-infantile, vista la sua importanza a livello clinico e l'ampia condivisione dell'indicatore anche a livello internazionale.

Figura 57. Valutazione di performance clinica del percorso nascita – Network – S. Anna di Pisa (anno 2019)

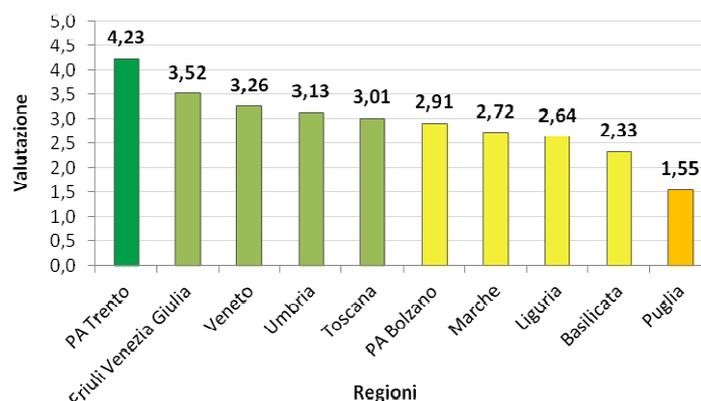
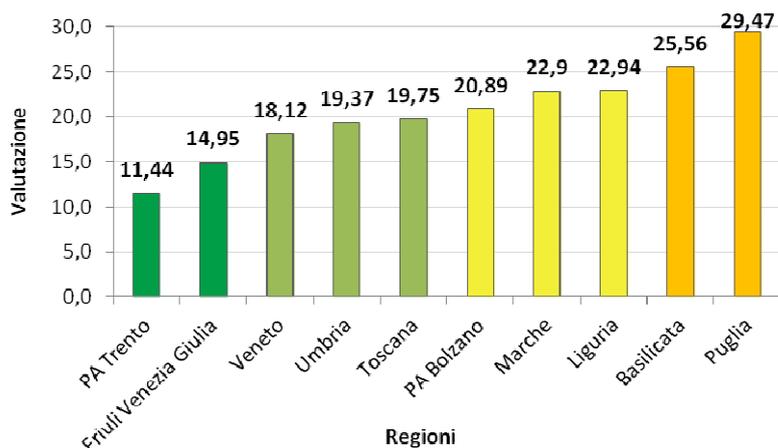


Figura 58. C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) – Anno 2019



PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Il Centro Provinciale per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) con sede presso l'ospedale "Alto Garda e Ledro" ad Arco si occupa da 14 anni della medicina riproduttiva.

Il Centro Provinciale per la PMA ha ottenuto, per la prima volta già nel 2016 l'accreditamento istituzionale da parte della Provincia Autonoma di Trento e l'attestato di conformità dall'ente certificatore italiano per la PMA, il Centro Nazionale Trapianti dell'Istituto Superiore di Sanità, che provvede ad effettuare regolari ispezioni.

Dal 2018 il Centro Provinciale per la PMA di Arco fa anche parte del compendio europeo degli istituti dei tessuti.

Una squadra multidisciplinare composta da ginecologi, andrologi, biologi, genetisti, psicologi, infermieri ed ostetriche collabora per aiutare le coppie a realizzare il loro sogno di genitorialità.

La prima tappa del percorso è dedicato alla diagnostica dei problemi di fertilità. Direttamente ad Arco ed in maniera sistematica e veloce viene offerta l'esecuzione di tutti gli esami preliminari di laboratorio (ormonali, genetici, infettivologici e l'esame del liquido seminale), come pure l'ecografia ginecologica, la visita andrologica, la consulenza genetica e psicologica, se necessari.

Se non è possibile ripristinare la fisiologica funzione della riproduzione il Centro per la PMA offre come principali forme di terapia:

- le inseminazioni intrauterine con induzione farmacologia dell'ovulazione
- la fecondazione in vitro (inclusa la tecnica ICSI – cioè stimolazione ovarica controllata, prelievo degli ovociti, fecondazione extracorporea e trasferimento di embrioni nell'utero)

In seguito al potenziamento strutturale del Centro, avvenuto nel 2018, si è verificato un significativo aumento delle coppie accettate (vedi tabella).

Tabella 57. Numero di coppie accettate dal centro PMA. Anni 2016-2019

Anno	N. coppie accettate
2016	432
2017	388
2018	680
2019	674

La **PMA eterologa**, è dedicata a quelle coppie, nelle quali un partner non dispone di propri gameti. Queste coppie in passato dovevano rinunciare al loro progetto di famiglia oppure rivolgersi a delle strutture estere o private. Ancora oggi ci sono meno di 10 strutture pubbliche attive sul territorio nazionale, che sono in grado di aiutare questo tipo di pazienti.

L'APSS ha stipulato un contratto con delle bio-banche fornitrici di gameti donati. I donatori e le donatrici, prima della donazione, vengono sottoposti a degli esami approfonditi, secondo la normativa europea. Le procedure sono molto simili a quelle che regolano il trapianto.

Risultati 2019

Eterologa femminile (2. livello = fecondazione in vitro): sono stati eseguiti 87 cicli di scongelamento di ovociti donati. Successivamente si son potuti eseguire 75 cicli di trasferimento embrionario con l'ottenimento di 19 gravidanze (25,3% sul transfer)

Eterologa maschile (1. livello = inseminazioni intrauterine): sono stati eseguiti 14 cicli di inseminazione intrauterina con seme donato, con l'ottenimento di 4 gravidanze (28,6% sull'inseminazione eseguita).

Eterologa maschile (2. livello = fecondazione in vitro): sono stati eseguiti 21 cicli di FIV con scongelamento di spermatozoi donati. Successivamente si son potuti eseguire 15 cicli di trasferimento embrionario, con l'ottenimento di 4 gravidanze (26,7% sul transfer).

La **diagnosi pre-impianto** (PGT = preimplantation genetic testing) è un metodo diagnostico prenatale eseguito prima che si instauri la gravidanza. Questa si esegue su un embrione - nell'ambito di una procedura di fecondazione in vitro - prima del suo trasferimento in utero. Il Centro per la PMA di Arco ha iniziato questa nuova attività nel 2018.

In mancanza di centri PMA pubblici che si occupano di coppie con un alto rischio di trasmettere patologie genetiche importanti ai loro figli, c'è una notevole domanda proveniente da tutto il Paese per questo servizio ad Arco. Purtroppo il percorso delle coppie è molto lungo e impegnativo: alla parte medico-scientifica richiedente vari esami preliminari - già di per sé piuttosto laboriosa - si aggiunge un iter amministrativo impegnativo per le coppie, quello finalizzato ad ottenere le relative autorizzazioni da parte delle aziende sanitarie di provenienza.

Nel 2019 sono state trattate 64 coppie con problemi genetici. Nel corso dell'anno è stato possibile effettuare indagini genetiche in 39 casi. Molti embrioni non sono stati ancora trasferiti. Negli 11 casi in cui è stato possibile eseguire un transfer nel 2019, non è stata ottenuta alcuna gravidanza.

Nell'ambito del progetto di **preservazione della fertilità** in giovani donne e uomini, che devono affrontare terapie lesive alla loro fertilità, nel corso dell'anno 2019, 9 pazienti femmine sono state sottoposte ad un totale di 11 prelievi ovocitari (pick up) con la crioconservazione di n. 111 ovociti maturi e 25 pazienti maschi in attesa di terapie lesive della fertilità hanno potuto crioconservare il liquido seminale (totale paillettes 177).

Per quanto riguarda la **PMA omologa** nella tabella 58 sono riportati i dati di attività per il periodo 2016-2019.

Tabella 58. Dati di attività di PMA omologa

	2016	2017 (8 mesi)	2018 (10 mesi)	2019
Gravidanze I livello	13	10	16	14
Gravidanze II livello	135	94	134	100
% di gravidanze su ET (fresco e congelato)	29,4%	29,5%	30,8 %	24,9%

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA

Trentino Emergenza 118

Nel 2019 per il secondo anno le chiamate di soccorso sono pervenute interamente al Numero Unico di Emergenza 112, "NUE 112", gestito dalla nuova Centrale Urgenza Emergenza "CUE 112". Il significativo miglioramento in termini quantitativi e qualitativi delle richieste di soccorso è confermato e consolidato come dimostrano i dati che seguono.

Tipologia delle richieste

Nel 2019 si registrano complessivamente 653 richieste in più rispetto il 2018, aumento dello 0,4%, per cui possiamo parlare di valori sovrapponibili. Non si osserva la riduzione dell'anno scorso che era stata attribuita esclusivamente all'introduzione del Numero Unico di Emergenza (NUE), 112, che è diventato operativo dalla metà circa del mese di Giugno 2017. Questo dato è indice di miglioramento della qualità delle richieste al numero di emergenza. Il "NUE 112" gestito dalla Centrale Operativa 112 "CUE", ha permesso di "alleggerire" notevolmente il carico delle chiamate in entrata alla CO 118, consentendo agli operatori di concentrare maggiormente il loro impegno agli eventi emergenti/urgenti.

Nel 2019 gli eventi di soccorso primario, l'attività più importante del Trentino emergenza per l'impiego di risorse umane e tecnologiche, registrano un aumento con 540 eventi di in più rispetto il 2018, aumento di 1,1% che conferma la tendenza già osservata nell'anno precedente. Il trasporto secondario urgente con 5.704 richieste registra un aumento del 4,0%. Il trasporto programmato, apparentemente, non influisce direttamente dall'attività di emergenza/urgenza della Centrale Operativa e solo alcune delle richieste occupano le linee dirette, però essa richiede un enorme impiego di mezzi e di risorse umane per la sua gestione, nonché un grande impegno organizzativo. Esso registra 80.273 richieste, 2.203 in più rispetto il 2018 con un aumento del 2,8%. Come indice di qualità da segnalare inoltre la riduzione delle richieste per informazioni e intervento in corso. (vedi tabella 59)

Tabella 59. Tipologia delle richieste 2017-2018-e 2019

Tipologia delle richieste	2017	2018	2019	Δ 2018-2019	Δ%
Soccorso Primario	46.181	47.260	47.800	540	1,1
Trasporto Secondario Urgente	5.498	5.485	5.704	219	4,0
Trasporto Programmato	76.512	78.070	80.273	2.203	2,8
Informazioni	25.396	12.003	11.076	-927	-7,7
Guardia Medica	9.703	9.108	8.965	-143	-1,6
Ricerca posti letto	6	5	7	2	40,0
Intervento in corso	9.657	6.933	5.715	-1.218	-17,6
Altro	16.066	12.027	12.004	-23	-0,2
Totale:	189.019	170.891	171.544	653	0,4

Richieste di soccorso primario

Nel 2019 si registra un'ulteriore aumento degli eventi di soccorso primario.

Gli eventi di soccorso primario, l'attività più importante di Trentino emergenza per l'impiego di risorse umane e tecnologiche, registrano un aumento di 540 eventi in più nel 2019 rispetto l'anno precedente ($\Delta = 4,0\%$). Nel 2019 abbiamo assistito una lieve riduzione dell'utilizzo dell'elicottero e possiamo ragionevolmente ipotizzare che la quota dei soccorsi primari in elicottero è intorno al 4%, peraltro in linea con il modello di medicalizzazione adottato in Trentino. L'utilizzo dell'automedica nel 2019 rimane sostanzialmente uguale negli ultimi tre anni. Tuttavia la stragrande maggioranza degli eventi di soccorso primario, il 87,4% del totale dei soccorsi, avviene su strada. Il trend in aumento dei soccorsi primari è un dato da tenere in considerazione in virtù delle capacità logistiche del sistema 118 Trentino Emergenza che è chiamato ogni anno a soddisfare un maggior numero di richieste.

Richieste di Trasporto Secondario Urgente

Nel 2019 Il trasporto secondario urgente con 5.704 richieste registra un aumento rispetto il 2018 4,0%.

Richieste di Trasporto Programmato

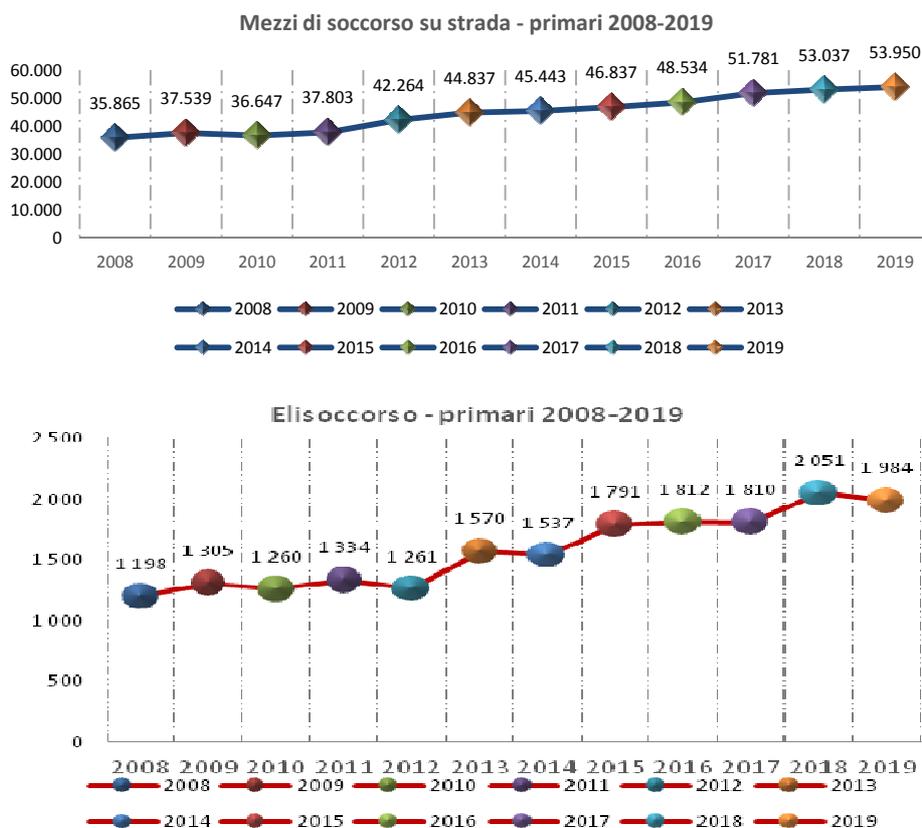
Il trasporto programmato, apparentemente, non influisce direttamente all'attività di emergenza/urgenza della Centrale Operativa e solo alcune delle richieste occupano le linee dirette, però essa richiede un enorme impiego di mezzi e di risorse umane per la sua gestione, nonché un grande impegno organizzativo. Esso registra 80.273 richieste, 2.203 in più rispetto il 2018 con un aumento del 2,8%. Questo dato è da tenere in considerazione in virtù delle capacità logistiche del sistema 118 Trentino Emergenza, che è chiamato anche in questo caso a soddisfare un maggior numero di richieste.

Tipologia mezzi nei soccorsi primari

Nel 2019 sono stati registrati 55.950 interventi di mezzi di soccorso, 846 in più rispetto l'anno precedente, con un aumento del 1,5%. Nel 96,5% del totale degli interventi è stato utilizzato un mezzo stradale, 913 interventi con mezzi stradali in più rispetto il 2018, in aumento del 1,7%. L'elicottero è intervenuto in 1.984 interventi, il 3,5% del totale, 67 interventi in meno rispetto l'anno precedente, in riduzione del 3,4%.

Le tabelle seguenti forniscono il confronto con gli anni precedenti per i soccorsi primari.

Figura 59– Tipologia mezzi nei soccorsi primari 2008-2019 – Trend

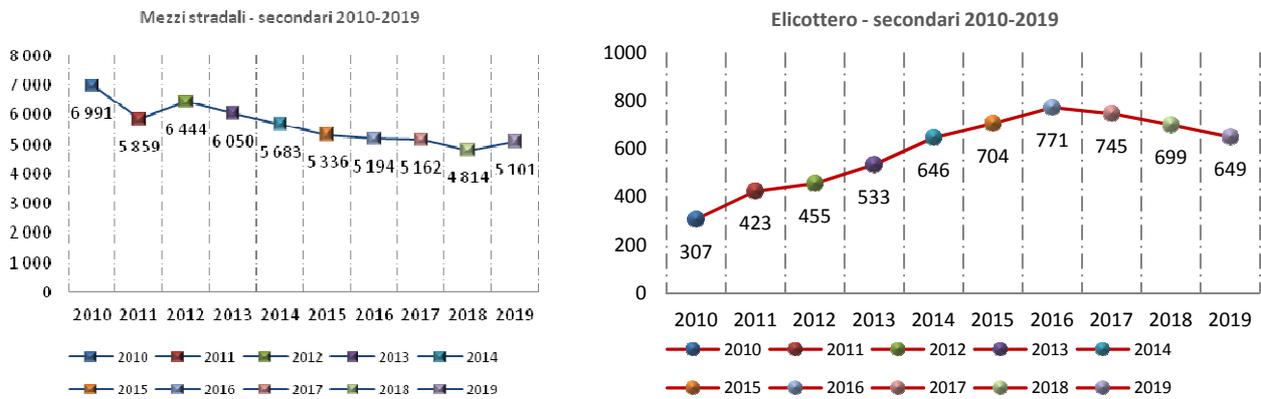


Tipologia dei mezzi nei trasporti secondari urgenti

Nel 2019 per i trasporti secondari sono stati utilizzati 5.750 mezzi, 237 in più rispetto il 2018 aumento del 4,1%. Nel 88,7% del totale dei trasporti, è stato utilizzato un mezzo stradale, 287 trasporti con mezzi stradali in più rispetto il 2018, aumento del

5,6%. L'elicottero è intervenuto in 649 trasporti, l'11,0% del totale, 50 trasporti in meno rispetto l'anno precedente, riduzione del 7,7%.

Figura 60 – Tipologia mezzi nei trasporti secondari urgenti 2008-2019 - Trend



Pronto Soccorso

Per quanto riguarda gli accessi di Pronto Soccorso, nel 2019 si evidenzia una stabilizzazione della numerosità come riportato nelle figura 61 e nella figura 62.

Figura 61. Totale accessi in PS a livello provinciale – Anni 2017-2019

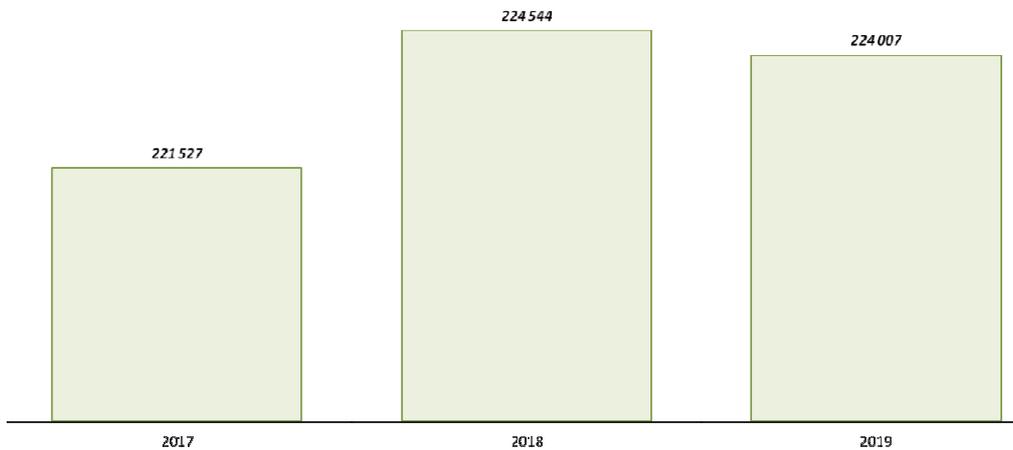
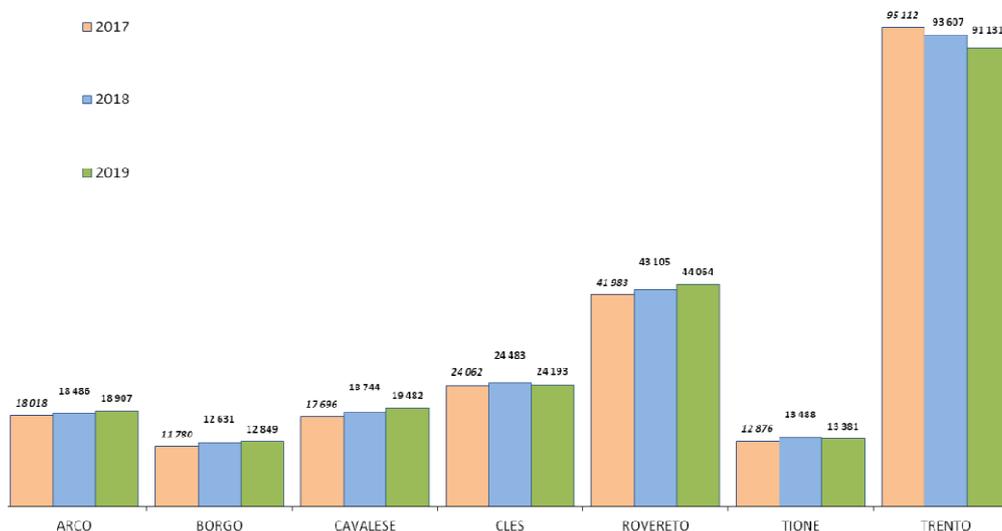


Figura 62. n. accessi al Pronto Soccorso nei singoli ospedali – Anni 2017-2019



Nella tabella 60 è riportata la distribuzione riferita all'anno 2019 della tipologia dei codici triage per ogni ospedale e in totale.

Tabella 60. Distribuzione degli accessi 2019 per codice triage e per ospedale

Anno 2019		no triage		BIANCO		VERDE		GIALLO		ROSSO	
ARCO	18 907	2	0%	2 850	15%	11 990	63%	3 886	21%	179	1%
BORGO	12 849	2	0%	1 782	14%	8 975	70%	1 948	15%	142	1%
CAVALESE	19 482	0	0%	3 386	17%	12 253	63%	3 601	18%	242	1%
CLES	24 193	2	0%	2 912	12%	17 423	72%	3 726	15%	130	1%
ROVERETO	44 064	235	1%	6 877	16%	28 561	65%	8 030	18%	361	1%
TIONE	13 381	0	0%	2 410	18%	8 499	64%	2 365	18%	107	1%
TRENTO	91 131	24	0%	17 870	20%	57 564	63%	14 459	16%	1 214	1%
totale	224 007	265	0%	38 087	17%	145 265	65%	38 015	17%	2 375	1%

Per quanto riguarda i Codici Bianchi e i Codici Verdi nelle figure che seguono sono relativamente al 2019 i Tempi di attesa dal Triage alla Visita e il Tempo di permanenza dal triage alla dimissione.

Tabelle 61 e 62 - Tempi di attesa e tempi di permanenza in pronto soccorso

anno 2019 - accessi in PRONTO SOCCORSO		<i>in codice</i>		BIANCO									
Tempi di attesa (da triage a chiamata in visita)													
		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
ARCO	2 850	867	30%	548	19%	944	33%	358	13%	102	4%	31	1%
BORGO	1 782	269	15%	255	14%	717	40%	390	22%	101	6%	50	3%
CAVALESE	3 381	1 398	41%	760	22%	973	29%	217	6%	30	1%	3	0%
CLES	2 920	1 584	54%	269	9%	590	20%	273	9%	109	4%	95	3%
ROVERETO	6 886	4 178	61%	802	12%	1 263	18%	506	7%	113	2%	24	0%
TIONE	2 410	1 148	48%	331	14%	565	23%	274	11%	77	3%	15	1%
TRENTO	17 858	6 965	39%	2 769	16%	4 791	27%	1 644	9%	669	4%	1 020	6%
	38 087	16 409	43%	5 734	15%	9 843	26%	3 662	10%	1 201	3%	1 238	3%
Tempi di permanenza (da triage a dimissione)													
		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
ARCO	2 850	127	4%	351	12%	1 207	42%	817	29%	263	9%	85	3%
BORGO	1 782	60	3%	109	6%	641	36%	594	33%	240	13%	138	8%
CAVALESE	3 386	118	3%	721	21%	1 583	47%	740	22%	166	5%	58	2%
CLES	2 912	77	3%	368	13%	1 367	47%	668	23%	258	9%	174	6%
ROVERETO	6 882	115	2%	765	11%	3 578	52%	1 648	24%	497	7%	279	4%
TIONE	2 410	39	2%	273	11%	1 154	48%	609	25%	241	10%	94	4%
TRENTO	17 865	1 640	9%	1 629	9%	7 275	41%	4 172	23%	1 377	8%	1 772	10%
	38 087	2 176	6%	4 216	11%	16 805	44%	9 248	24%	3 042	8%	2 600	7%

Tabelle 63 e 64 – Tempi di attesa e tempi di permanenza in pronto soccorso

anno 2019 - accessi in PRONTO SOCCORSO		in codice		VERDE									
Tempi di attesa (da triage a chiamata in visita)													
		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
ARCO	11 999	4 918	41%	2 807	23%	3 656	30%	555	5%	53	0%	10	0%
BORGO	8 985	1 696	19%	1 901	21%	4 005	45%	1 164	13%	200	2%	19	0%
CAVALESE	12 256	4 965	41%	3 096	25%	3 668	30%	502	4%	23	0%	2	0%
CLES	17 422	7 510	43%	2 279	13%	4 639	27%	2 378	14%	540	3%	76	0%
ROVERETO	28 561	14 748	52%	4 380	15%	7 140	25%	1 979	7%	298	1%	16	0%
TIONE	8 496	2 598	31%	2 099	25%	3 220	38%	555	7%	24	0%	0	0%
TRENTO	57 546	13 810	24%	11 757	20%	20 629	36%	8 016	14%	2 692	5%	642	1%
	145 265	50 245	35%	28 319	19%	46 957	32%	15 149	10%	3 830	3%	765	1%
Tempi di permanenza (da triage a dimissione)													
		10 min.		30 min.		2 ore		4 ore		6 ore		> 6 ore	
ARCO	11 991	144	1%	1 060	9%	4 817	40%	3 925	33%	1 202	10%	843	7%
BORGO	8 975	44	0%	356	4%	2 608	29%	3 028	34%	1 471	16%	1 468	16%
CAVALESE	12 253	59	0%	993	8%	4 989	41%	4 110	34%	1 316	11%	786	6%
CLES	17 423	73	0%	948	5%	5 903	34%	5 937	34%	2 797	16%	1 765	10%
ROVERETO	28 561	159	1%	2 052	7%	11 931	42%	8 708	30%	3 153	11%	2 558	9%
TIONE	8 499	63	1%	512	6%	2 856	34%	2 891	34%	1 268	15%	909	11%
TRENTO	57 563	567	1%	3 187	6%	17 829	31%	17 890	31%	9 843	17%	8 247	14%
	145 265	1 109	1%	9 108	6%	50 933	35%	46 489	32%	21 050	14%	16 576	11%

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

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, APSS nella valutazione del percorso di emergenza-urgenza rispetto ai dati del 2019, Trento ottiene una performance media (■ **2,89**).

Emerge però che nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è tra le più elevate del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (5,44%), in live aumento rispetto al 2018.

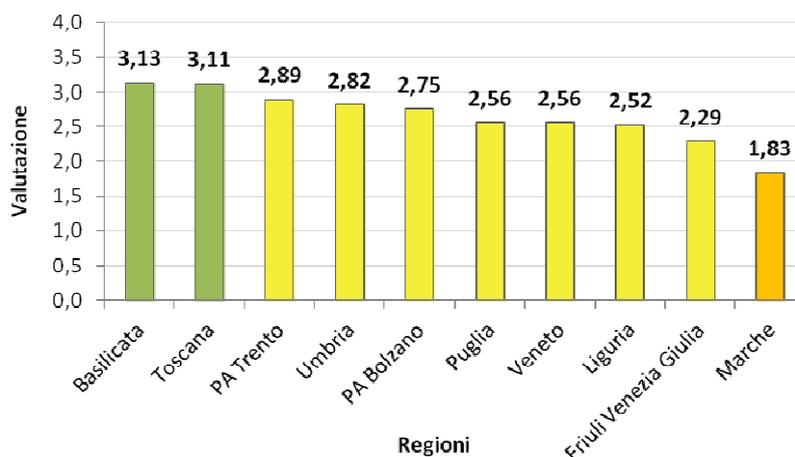
L'indicatore di sintesi utilizzato (C16 Percorso Emergenza-Urgenza) assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ad alcuni sottoindicatori che lo compongono come di seguito specificato:

C16.1 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti ■ **92.98%**

C16.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora ■ **66.3%**

C16.3 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore ■ **77,3%**

Figura 63. Valutazione del percorso di emergenza-urgenza: confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa- Anno 2019



DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

La donazione di organi e tessuti è ovviamente ciò che consente al SSN di dare risposta alla necessità di trapianto dei pazienti con insufficienza terminale d'organo. In linea con quanto previsto dalla normativa e dalla sinergia tra CNT e Coordinamenti trapianti delle singole Regioni/PPAA continua l'attività del Coordinamento Provinciale Trapianti che ha quindi dedicato grande attenzione a favorire l'incremento quantitativo e qualitativo delle donazioni sia con progetti di sensibilizzazione che con la costante presenza negli ospedali ed in particolare nei reparti dove maggiore è la probabilità di decesso.

Promuovere la sensibilizzazione in tema di donazione nei confronti del territorio provinciale è un aspetto che non vede come destinatari i soli operatori o le sole le strutture sanitarie, bensì i singoli cittadini e le istituzioni pubbliche e private, quali associazioni, comuni, scuole.

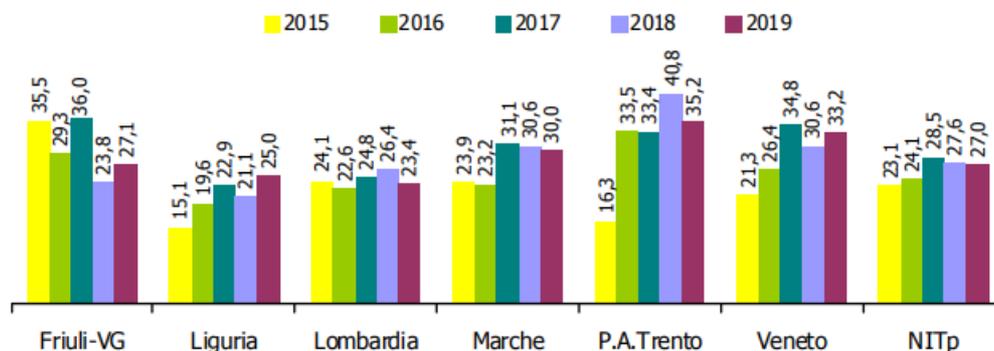
Sono stati rivolti alla società civile molti momenti, attività, attenzioni al fine di informare le persone e far capire che ciascuno di noi potrebbe avere la possibilità di diventare donatore cercando di sensibilizzare su cosa significhi essere messi in lista e rimanere in lista d'attesa, ricordando altresì che ciascuno di noi può improvvisamente essere catapultato in una lista d'attesa. La quasi totalità dei Comuni trentini è attiva per raccogliere la dichiarazione in merito alla donazione di organi e tessuti al momento del rinnovo della carta d'identità. Contestualmente continuano le raccolte di dichiarazioni nei vari sportelli APSS e nelle molteplici sedi AIDO ben radicate nel territorio provinciale.

Nelle due tabelle sotto (Fonte NIT) è riportato il confronto dell'attività di reperimento tra il 2018 e il 2019 in area Nit e i donatori utilizzati/p.m.p. negli ultimi 5 anni.

Tabella 65. Attività di reperimento organi da donatore 2018-2019

	A.M. ^a		Procurati ^b		Reali ^c		Effettivi ^d		Utilizzati		Opposizioni	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Friuli V.G.	53	60	32	36	31	36	30	35	30	33	16	18
Liguria	51	70	35	46	35	44	34	43	33	39	14	20
Lombardia	423	416	297	270	280	257	271	245	265	235	103	116
Marche	89	75	58	53	53	52	50	46	47	46	23	20
P.A. Trento	30	28	26	20	26	20	26	19	22	19	3	7
Veneto	279	285	181	189	168	182	159	173	150	163	68	73
NITp	925	934	629	616	593	591	570	561	547	535	227	254

Figura 64. Donatori utilizzati PMP negli ultimi 5 anni. (popolazione italiana = dati ISTAT)



Nel 2019 si è purtroppo manifestato un importante incremento nelle opposizioni, sia registrate in vita che raccolte dagli aventi diritti nei casi previsti dalla legge.

Tutti gli ospedali del SOP sede di Terapia Intensiva hanno contribuito all'attività di donazione di organi e tessuti con la condivisione di protocolli e strategie al fine di mantenere elevati i livelli di competenza tecnica e relazionale.

Tabella 66. P. A. Trento: Confronto attività di donazione 2017-2019 – Dettaglio per struttura

	2017	2018	2019
Donatori	21	26	19 (di cui 2 a Rovereto)
Accertamenti di morte	25	30	28 (di cui 3 a Rovereto)
Opposizioni	2	3	7
Non idoneo	2	3	1
% di donatori procurati	84%	86%	68%

I donatori delle rianimazioni del SOP hanno permesso di utilizzare a scopo di trapianto sia organi che tessuti

Nella tabelle sono riportati gli organi resi disponibili a scopo di trapianto e i tessuti prelevati dai donatori di organi, che quindi in alcuni casi sono stati contemporaneamente anche donatori di tessuti per l'anno 2019.

Tabella 67. Organi disponibili a scopo di trapianto. Anno 2019

Cuore	Polmoni	Reni	Fegato	Pancreas	Pancreas per insule
6	8	38	15 (17 riceventi)	3	3

Tabella 68. Tessuti prelevati. Anno 2019

Cuore per valvole	Cornee	Cute	Vasi	Osso
2	26	5	4	5

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:

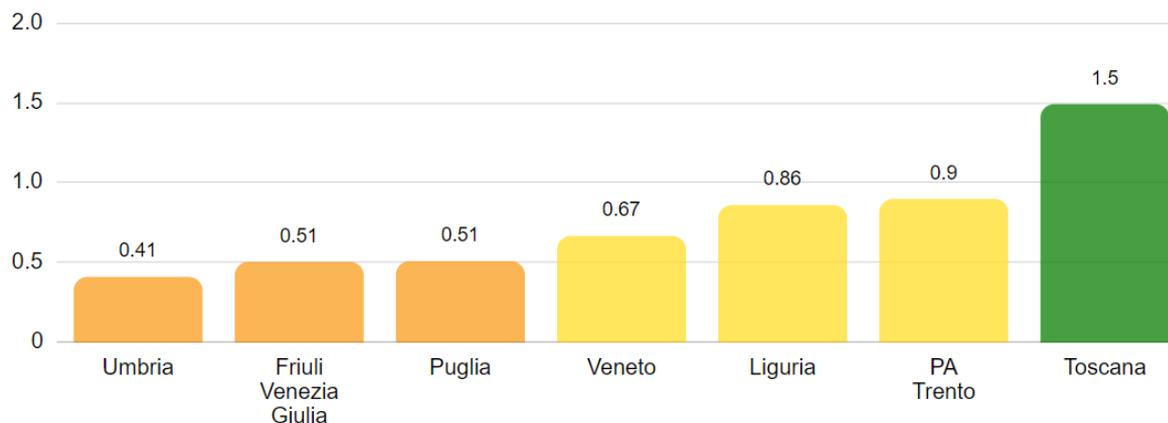
- B6a Donazioni organi ■ **3,08**
- B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica ■ **0,9%**
- B6.1.9 Opposizione alla donazione **25%**
- B6.1.2 Percentuale donatori procurati ■ **71.43%**

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 65. B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche – Anno 2019



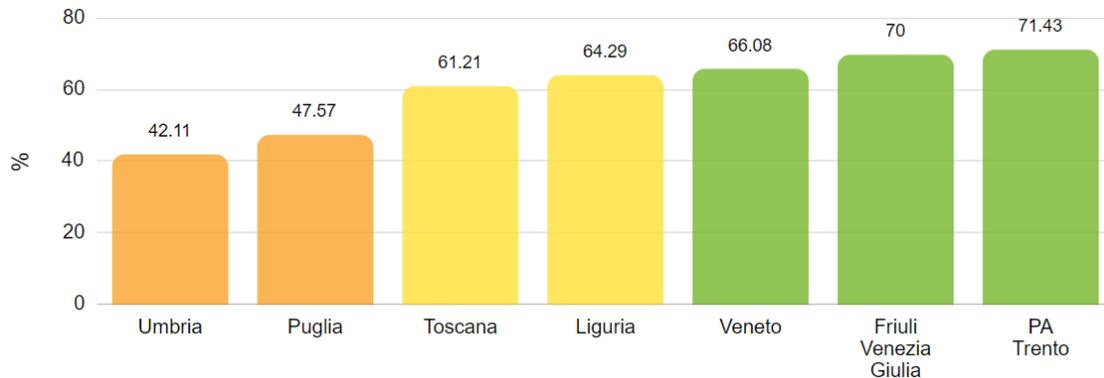
INDICATORE: Donazione di organi da soggetti sottoposti a manovre rianimatorie - Percentuale di donatori procurati sugli accertamenti di morte

La percentuale di donatori di organi procurati considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio

con i familiari, vari fattori locali e organizzativi. Si intende procurato il soggetto con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa, in assenza di fattori clinici già noti che controindicano la donazione ed in presenza di non opposizione alla donazione di organi e tessuti espressa in vita, oppure dagli aventi diritto.

Nella figura sottostante è riportata la performance di APSS per la percentuale di donatori procurati, che si conferma anche per il 2019 la più alta del network.

Figura 66. B6.1.2 Percentuale di donatori procurati – Anno 2019



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 in riferimento all'anno 2019 comprendono:

- la raccolta e la lavorazione degli emocomponenti (25.341 emazie concentrate, 1.266 unità di plasma da aferesi, 1.671 unità di piastrine, l'irradiazione di oltre 3.400 emocomponenti),
- l'invio al frazionamento industriale del plasma destinato alla produzione degli emoderivati (7311 kg),
- la gestione dell'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti in regime programmato e di urgenza/emergenza (i pazienti trasfusi sono stati 4.392),
- la diagnostica immunoematologica (eseguiti più di 51.000 gruppi sanguigni, più di 31.520 tra Test di Coombs e prove di compatibilità crociate e più di 2130 identificazioni e titolazioni anticorpali),
- l'ambulatorio di ematologia per trasfusioni, salassi terapeutici e terapia marziale (più di 1130 trasfusioni di emocomponenti, più di 540 salassi terapeutici, trattati più di 50 pazienti con ferro per via endovenosa),
- la gestione della Malattia Emolitica del Neonato,
- il laboratorio di qualificazione biologica delle epatiti B, C, dell'HIV e della LUE nei donatori (eseguiti più di 103.700 esami sierologici e più di 23.900 analisi molecolari),
- il laboratorio e l'ambulatorio per le terapie con emocomponenti a uso topico ha trattato più di 330 pazienti per produzione di emocomponenti a uso topico per ulcere e infiltrazioni endoarticolari e più di 70 pazienti per applicazioni di sierocollirio,
- il laboratorio di coagulazione di 2° livello certificato dalla Federazione Centri per la Diagnosi della Trombosi e la Sorveglianza delle Terapie Antitrombotiche (eseguiti più di 26.000 esami per rischio trombotico ed emorragico),
- l'ambulatorio per le Malattie Emorragiche Congenite,
- l'ambulatorio per le terapie anticoagulanti orali,
- il laboratorio di Tipizzazione Tissutale HLA del Centro Donatori di Midollo Osseo e/o cellule staminali periferiche certificato dall'European Federation for Immunogenetics (più di 1.340 tipizzazioni HLA di cui 700 per IBMDR (320 in loco, 380 come riparto nazionale presso gli Ospedali Galliera).

Il contributo di APSS all'autosufficienza nazionale di emocomponenti è consistito nella cessione di 6.383 emazie concentrate a fronte del raggiungimento dell'autosufficienza Provinciale con 18.271 emazie concentrate trasfuse.

La rilevazione e la contabilizzazione dello scambio di emocomponenti labili tra Regioni avviene tramite applicativo SISTRA con conguaglio annuale dei saldi. Si rappresentano di seguito le matrici dei saldi della Provincia autonoma di Trento dal 2017 al 2019.

Tabella 69. Attività di cessione emocomponenti labili

	2017	2018	2019
Mobilità attiva	1.250.891	1.096.498	1.155.323
Mobilità passiva	1.810	1.239	3.218
SALDO	1.249.081	1.095.259	1.152.105

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.

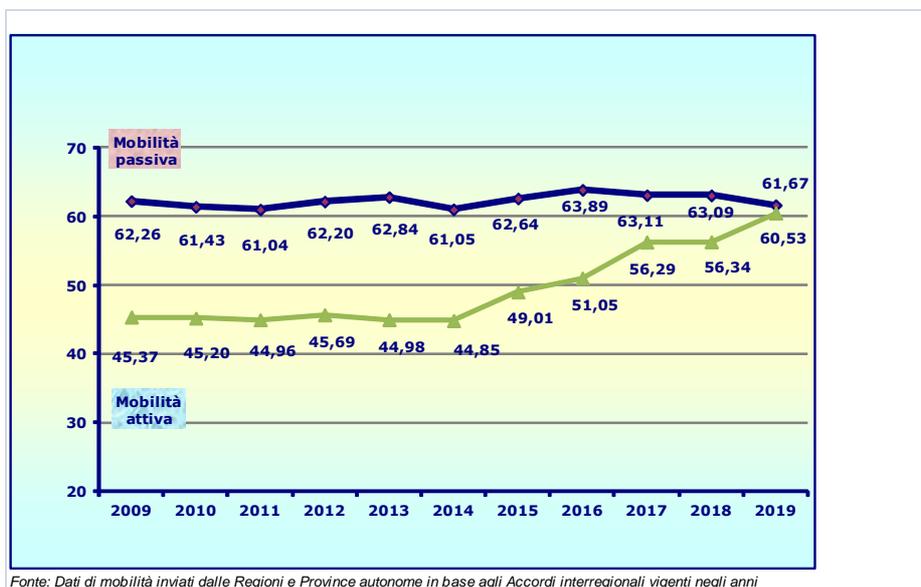
FLUSSI STANDARD

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 2019 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 67. andamento dei totali di mobilità attiva e passiva degli ultimi dieci anni (importi espressi in milioni di euro)



Si espongono ora i dati di mobilità attiva e passiva relativi all'anno 2019, suddivisi per tipologia di attività.

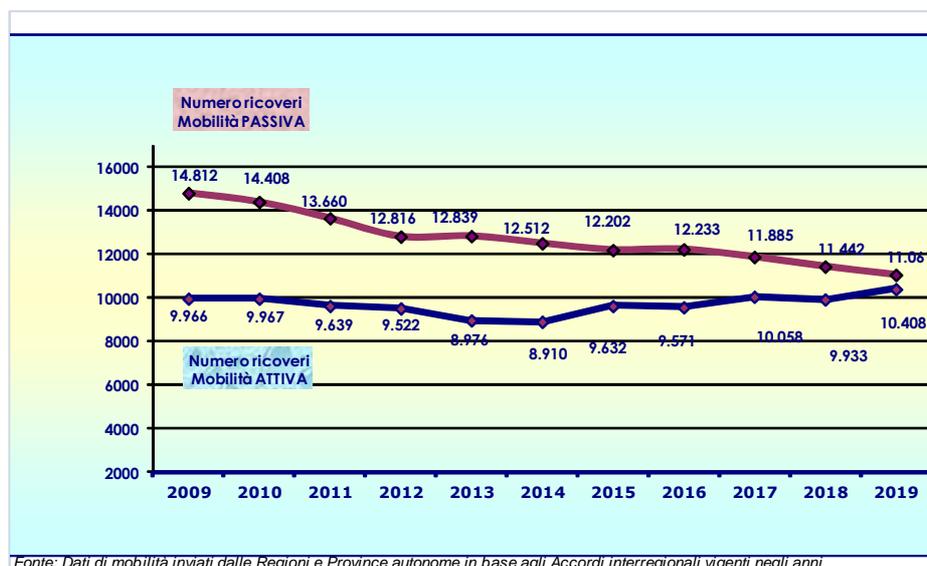
Tabella 70. Mobilità attiva e passiva anno 2019 - per tipologia di attività

ATTIVITA'	RICOVERI	MED.BASE	SPECIAL. AMB.	FARMAC.	TERME	SOMM. FARM.	TRASPORTI	TOTALE
Mobilità ATTIVA	43.592.727	216.631	8.249.040	702.797	1.634.911	1.217.772	4.922.114	60.535.992
Mobilità PASSIVA	44.682.724	242.512	8.886.617	496.258	576.600	5.775.673	1.015.929	61.676.312
SALDO	-1.089.997	-25.881	-637.577	206.539	1.058.311	-4.557.901	3.906.185	-1.140.320

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.06.2020

Il grafico seguente illustra invece il numero di ricoveri ospedalieri addebitati in mobilità attiva e passiva dal 2009 al 2019.

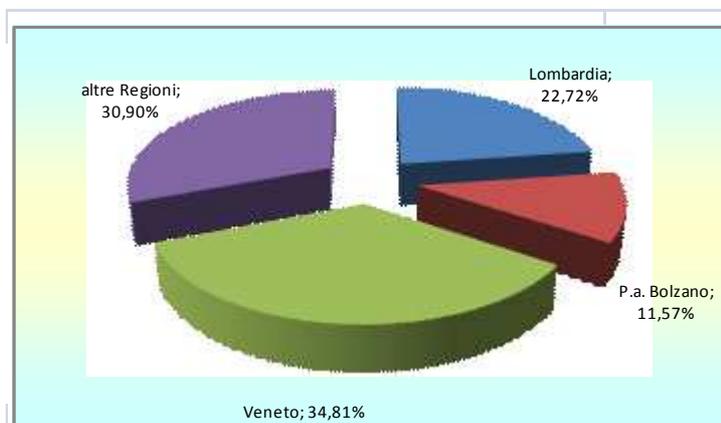
Figura 68. Numero di ricoveri addebitati in mobilità attiva e passiva negli ultimi dieci anni



Mobilità sanitaria interregionale attiva

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

Figura 69. Mobilità attiva 2019 - composizione addebiti per Regione di provenienza

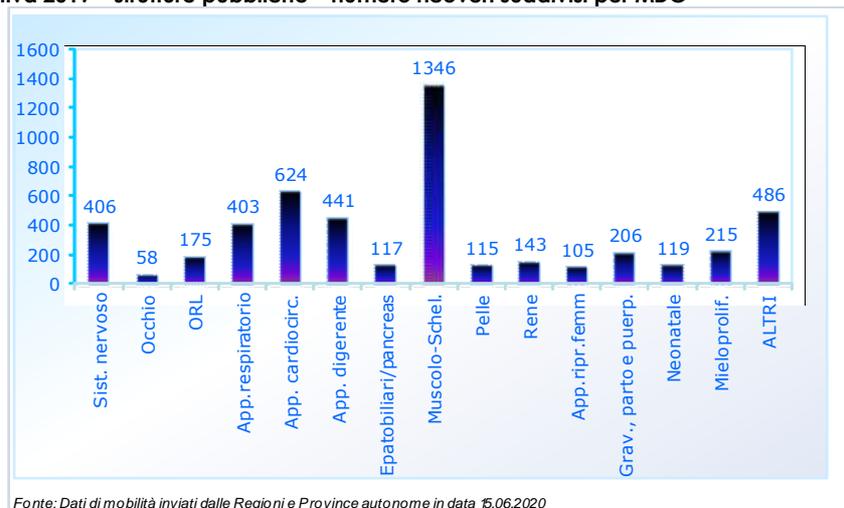


Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.06.2020

Relativamente all'attività di degenza, si precisa che poco meno della metà delle dimissioni è riferita a strutture APSS (47,6% del numero dei ricoveri – pari a n. 4.959) mentre il restante 52,4% dei ricoveri (n. 5.449) è riconducibile a strutture private accreditate. Percentuali simili si registrano anche analizzando il valore delle degenze.

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

Figura 70. Mobilità attiva 2019 – strutture pubbliche – numero ricoveri suddivisi per MDC



Con riferimento all'attività di specialistica ambulatoriale, si evidenzia che le prestazioni erogate dalle UU.OO. delle strutture APSS rappresentano oltre il 62% del valore complessivo della mobilità attiva registrata per questo flusso di attività (pari a € 5,1 milioni su 8,2 milioni complessivi).

Nella tabella sottostante si propone il confronto tra il volume complessivo dell'attività specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture APSS nel 2019 per esterni e le prestazioni erogate ai soli pazienti extra provinciali (3,4%). Con riferimento a queste ultime si fornisce anche il dettaglio delle prestazioni effettuate dalle UU.OO. di Pronto Soccorso.

Tabella 71. Specialistica ambulatoriale 2018 – strutture pubbliche - numero prestazioni e importo al lordo del ticket

ATTIVITA' - anno 2019 prestazioni erogate da strutture pubbliche ad esterni		MOBILITA' ATTIVA - anno 2019 strutture pubbliche			MOBILITA' ATTIVA di PRONTO SOCCORSO - anno 2019 - strutture pubbliche		
nr. prestazioni	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO	% nr. prestazioni in mobilità rispetto al nr. totale prestazioni	nr. prestazioni	importo LORDO	% nr. prestazioni erogate da UO di PS rispetto al nr. prestazioni in mobilità
9.990.461	134.865.532	340.223	5.945.703	3,41%	186.968	2.381.575	54,95%

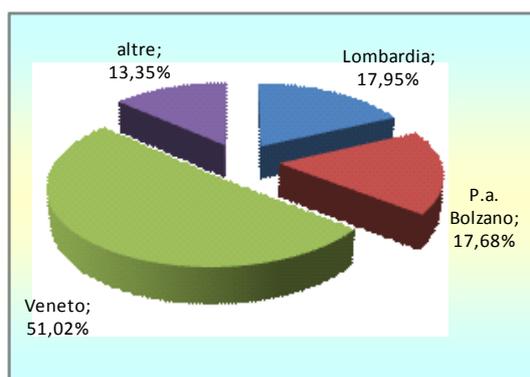
Fonti: Controllo di Gestione - Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.06.2020

In relazione all'attività erogata dall'**U.O. di Protonterapia** dell'ospedale di Trento, si precisa che nel 2019 sono state imputati in mobilità 270 mila euro, ai quali vanno aggiunti 4,9 milioni di euro addebitati alle Asl di residenza dei pazienti tramite fatturazione diretta. Le prestazioni di protonterapia, infatti, pur essendo state introdotte nei LEA nazionali con il DPCM 12.01.2017, non risultano valorizzate con apposita tariffa. Pertanto la regolamentazione degli addebiti avviene secondo modalità concordate tra la PAT e le singole Regioni.

Mobilità sanitaria interregionale passiva

Dal grafico sottostante si evince che oltre l'87% del valore della mobilità sanitaria passiva anno 2019 è imputabile all'attività erogata a favore di pazienti iscritti al SSP da strutture ubicate in Veneto, Lombardia e nella Provincia autonoma di Bolzano.

Figura 71. Mobilità passiva 2019 – composizione addebiti per Regione



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.06.2020

Il flusso di attività finanziariamente più rilevante è quello dei ricoveri ospedalieri, il cui valore ammonta a 44,6 milioni di euro e rappresenta il 72% del volume complessivo della mobilità passiva anno 2019. Seguono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (8,9 milioni di euro - pari al 14%) e la somministrazione diretta di farmaci, che si assesta a 5,7 milioni di euro (pari al 9%).

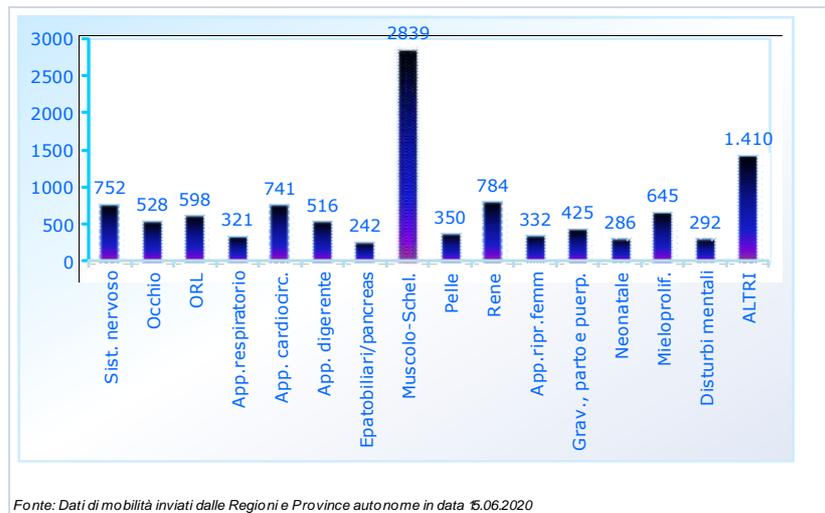
Per analizzare correttamente i dati di mobilità passiva va considerata la 'mobilità necessitata' derivante da:

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

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

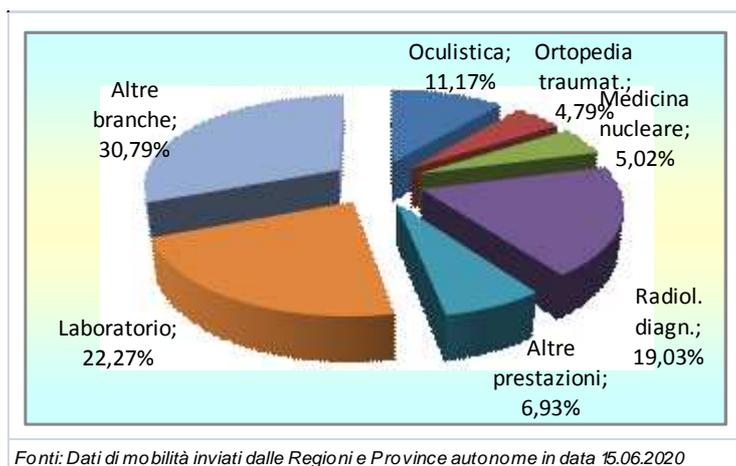
Di seguito viene rappresentata la composizione dei ricoveri di mobilità passiva anno 2019 per MDC Major Diagnostic Categories.

Figura 72. Mobilità passiva 2019 – numero ricoveri suddivisi per MDC



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

Figura 73. Mobilità passiva 2019 – composizione specialistica ambulatoriale per branca



L'attività di somministrazione diretta farmaci addebitata per il 2019 alla PAT dalle regioni Lombardia, Veneto e Provincia autonoma di Bolzano è pari a 5,2 milioni di euro e rappresenta oltre il 92% dell'importo complessivo addebitato per tale flusso di attività (5,7 milioni di euro).

Le erogazioni riferite al gruppo terapeutico '*Farmaci antineoplastici e immunomodulatori*' sono pari a 4,3 milioni di euro e rappresentano il 75% del totale addebitato.

ALTRE ATTIVITA'

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

Tabella 72. Altre voci di attività regolamentate tramite mobilità interregionale - anno 2019

VOCI	IMPORTO
Flussi standard	-1.140.320
Ricerca e reperimento cellule staminali	-359.011
Plasmaderivazione	-126.431
Cessione emocomponenti	1.152.105
Disabili cronici	-48.401
TOTALE	-522.058

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome nel mese di giugno 2020

Mobilità sanitaria internazionale

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

Solo la direttiva 2011/24/UE del 9.03.2011 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, recepita dall'Italia con Decreto Legislativo n. 38/2014, ha formalizzato il diritto dei pazienti – già sancito dalla giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea - a recarsi in uno Stato membro diverso da quello di appartenenza al fine di ricevere cure, ottenendo successivamente un rimborso da parte dello Stato di appartenenza.

La mobilità sanitaria internazionale, come quella interregionale, può essere analizzata come mobilità attiva e passiva. La prima riguarda cittadini assicurati in un Paese comunitario o in un Paese in convenzione che beneficiano di prestazioni sanitarie da parte delle strutture del Servizio Sanitario Provinciale; la seconda si riferisce ad assistiti del SSP che si rivolgono ai servizi sanitari di Paesi convenzionati. A differenza della mobilità interregionale, la mobilità internazionale non segue il criterio della residenza anagrafica degli assistiti bensì quello della residenza "assicurativa": a titolo esemplificativo, per il cittadino residente in Provincia di Trento titolare di sola pensione tedesca la competenza economica per le prestazioni sanitarie erogate in PAT è in capo alla Germania e non all'Italia.

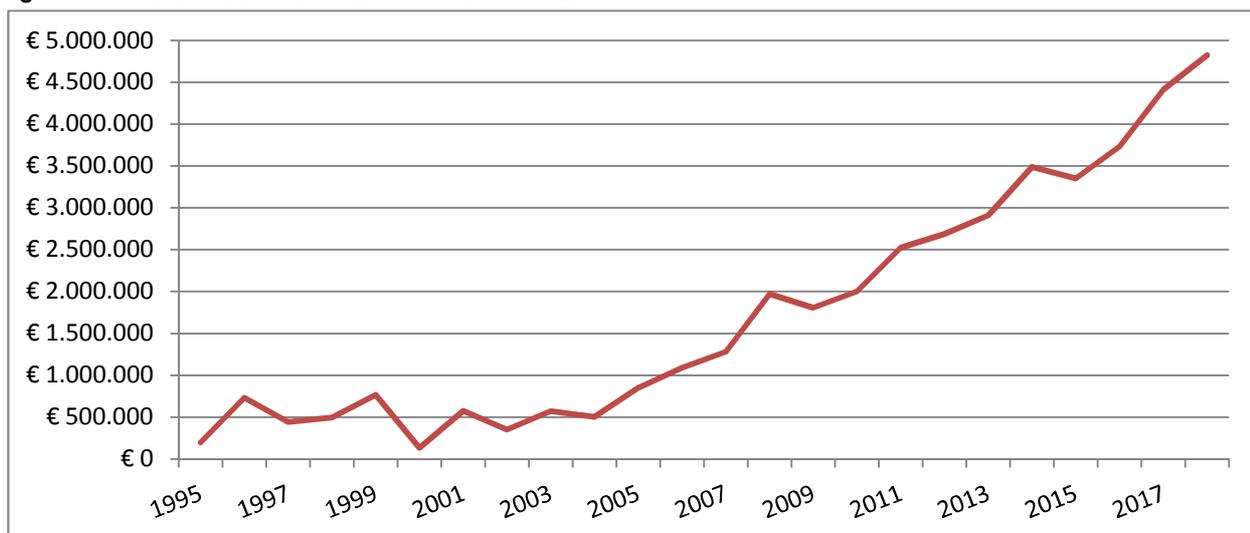
L'erogazione delle prestazioni avviene, di norma, in forma diretta mediante esibizione da parte dell'assicurato di idoneo attestato di diritto (es. TEAM) e successiva richiesta di rimborso all'istituzione estera competente tramite l'organismo nazionale di collegamento (per l'Italia il Ministero della Salute). In linea generale si distingue tra: attestati che aprono il diritto ad ottenere le cure medicalmente necessarie nel corso di un temporaneo soggiorno in un altro Paese (di seguito "temporaneo soggiorno"); attestati che aprono il diritto ad ottenere le cure programmate in un altro Paese (di seguito "trasferimenti per cure"); attestati che consentono l'assistenza sanitaria completa nell'altro Paese con oneri a carico del Paese emittente (di seguito "iscritti a carico di istituzioni estere").

APSS rileva nel proprio bilancio i valori di mobilità sanitaria internazionale iscritti nella tabella C allegata al Riparto del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno di riferimento.

Di seguito esporremo i dati complessivi di mobilità internazionale rilevati dall'applicativo ministeriale NSIS-ASPE in data 23.07.2020. Va precisato però che, in attuazione dell'art. 2 co. 4 lett. b) del D.P.R. n. 224 del 24 novembre 2017, i costi per l'assistenza sanitaria fruita all'estero da soggetti non residenti in Italia (ovvero la mobilità passiva per i soggetti "iscritti a carico di istituzioni estere") sono posti a carico dello Stato e non delle Asl per il tramite delle Regioni/Province autonome.

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 **2018 (ultimo anno completo disponibile)** il saldo economico di mobilità internazionale registrato per la Provincia Autonoma di Trento è sempre stato attivo ed è passato da 199.301 euro nel 1995 a **4.822.401 euro** nel 2018.

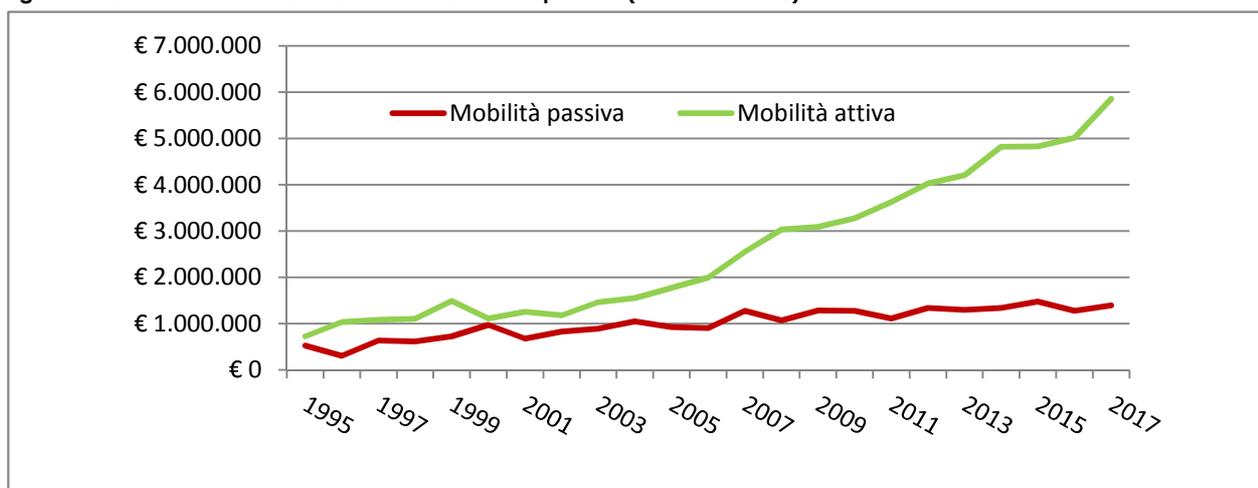
Figura 74. Saldi di mobilità internazionale - anni 1995-2018:



Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 23.07.2020.

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), il cui valore complessivo si attesta intorno a 1,5 milioni euro.

Figura 75. Confronto mobilità internazionale attiva – passiva (anni 1995-2018):



Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 23.07.2020.

Nel 2018 sono aumentati sia i valori di mobilità attiva che di mobilità passiva, con un incremento del saldo (positivo) di mobilità internazionale rispetto all'anno precedente di quasi il 10%.

Di seguito vengono rappresentati, per ciascuna categoria di assistiti, gli importi a credito (mobilità attiva) e a debito (mobilità passiva) relativi all'anno 2018.

Tabella 73. Mobilità attiva e passiva 2018 - importi per categoria di assistiti:

Categoria assistiti	Temporaneo Soggiorno	Trasferimenti per cure	Iscritti a carico di istituzioni estere	Altro	TOTALE
Mobilità ATTIVA	4.612.213	511.468	1.231.103	16.541	6.371.325
Mobilità PASSIVA	863.427	195.195	487.136	3.166	1.548.924
SALDO	3.748.786	316.273	743.967	13.375	4.822.401

Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 23.07.2020.

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.

Nella tabella sottostante si propone, per le stesse categorie, il confronto con l'anno precedente. Anche per il 2017 si espongono i dati aggiornati al 23.07.2020, che differiscono leggermente da quelli indicati nell'ultimo Bilancio di Missione: i rendiconti contabili, disponibili sull'applicativo ministeriale NSIS-ASPE, possono infatti subire variazioni a seguito della ricezione o invio di nuovi addebiti per prestazioni erogate negli anni precedenti o di annullamento degli stessi da parte dello Stato creditore.

Tabella 74. Confronto mobilità 2017/2018 - importi per categoria di assistiti:

Tipologia assistiti	Temporaneo Soggiorno		Trasferimenti per cure		Iscritti a carico di istituzioni estere		Altro		TOTALE	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Mobilità ATTIVA	4.691.038	4.612.213	165.508	511.468	1.002.961	1.231.103	10.845	16.541	5.870.352	6.371.325
Mobilità PASSIVA	790.938	863.427	156.895	195.195	511.456	487.136	1.015	3.166	1.460.304	1.548.924
SALDO	3.900.100	3.748.786	8.613	316.273	491.505	743.967	9.830	13.375	4.410.048	4.822.401

Fonte: Applicativo N.S.I.S. – dati aggiornati al 23.07.2020.

Con riferimento alla mobilità attiva, si registra una lieve flessione degli addebiti per prestazioni erogate nel corso di un temporaneo soggiorno in PAT e un significativo aumento degli addebiti per cure programmate. Tale aumento è ascrivibile all'espansione dell'attività svolta dal Centro di Protonterapia di Trento a favore di pazienti esteri muniti di apposito modello comunitario S2. I pazienti trattati nel 2018 sono stati 13, provenienti da Slovenia (9), Grecia (3) e Romania (1).

Il volume della mobilità passiva ha subito un lieve aumento, mantenendosi comunque intorno a 1,5 milioni di euro.

RELAZIONE CON I CITTADINI

COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ

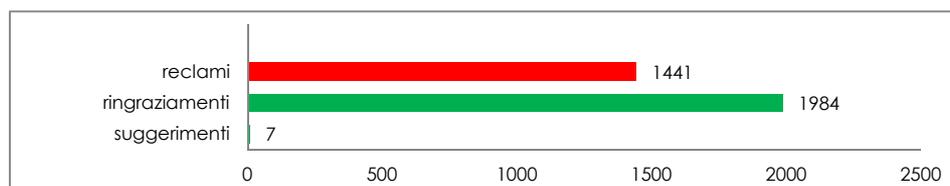
La comunicazione efficace con gli utenti si avvale in APSS di una serie di strumenti informativi ormai consolidati: dall'attività informativa allo sportello e telefonica (numero telefonico Urp e Prontosanità), agli incontri con le associazioni dei cittadini, alle iniziative editoriali aziendali, all'aggiornamento 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 2019, suddivise tra reclami, ringraziamenti e suggerimenti/proposte.

Figura 76. Segnalazioni distinte per tipologia (anno 2019)



Ringraziamenti: le 1984 segnalazioni positive pervenute nel 2019 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 58 % circa di tutte le segnalazioni pervenute.

Reclami: Complessivamente si è registrato un aumento dei reclami pervenuti rispetto al 2018 (+22,3%). Le segnalazioni di disservizio in percentuale più numerosa sono riconducibili alle procedure di accesso ai servizi (ticket al PS e facilità degli adempimenti), all'informazione e al trattamento sanitario (in particolare per il trattamento sanitario) e ai tempi di attesa per le visite specialistiche. Si è registrata una diminuzione dei reclami sugli aspetti della cortesia e dell'umanizzazione.

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

- Servizio di continuità assistenziale (guardia medica): qualità prestazioni e disponibilità;
- Contestazione ticket al Pronto soccorso;
- Assistenza odontoiatrica Lea Provinciali: offerta non corrispondente alla domanda e ambiti territoriali per l'indiretta troppo vasti;
- 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 (RMN, oculistica, odontoiatria, cardiologia);
- Visite di controllo non prenotate direttamente al momento della prima visita;
- Non rispetto degli orari dell'appuntamento (in particolare: ambulatorio otorino osp di Rovereto);
- Medico di medicina generale non reperibile telefonicamente o comunque difficoltà nell'accesso/contatto;
- Criticità relazionali fra operatori, familiari e pazienti
- Difficoltà di contatto telefonico con alcuni servizi/numeri sempre occupati (Cardiologia S.Chiara, dermatologia Villa Igea, segreteria Commissione patenti, igiene pubblica-vaccinazioni Trento e Rovereto).

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 2019 i tempi medi di risposta sono stati in media di 19,8 giorni rispetto ai 23,1 giorni dell'anno precedente.

Tabella 75. Segnalazioni di disservizio: tempi di risposta in giorni

	2015	2016	2017	2018	2019
Tempi di risposta (giorni)	18,5	19,2	21,4	23,1	19,8

Figura 77. Trend delle segnalazioni distinte per tipologia dal 2013 al 2019

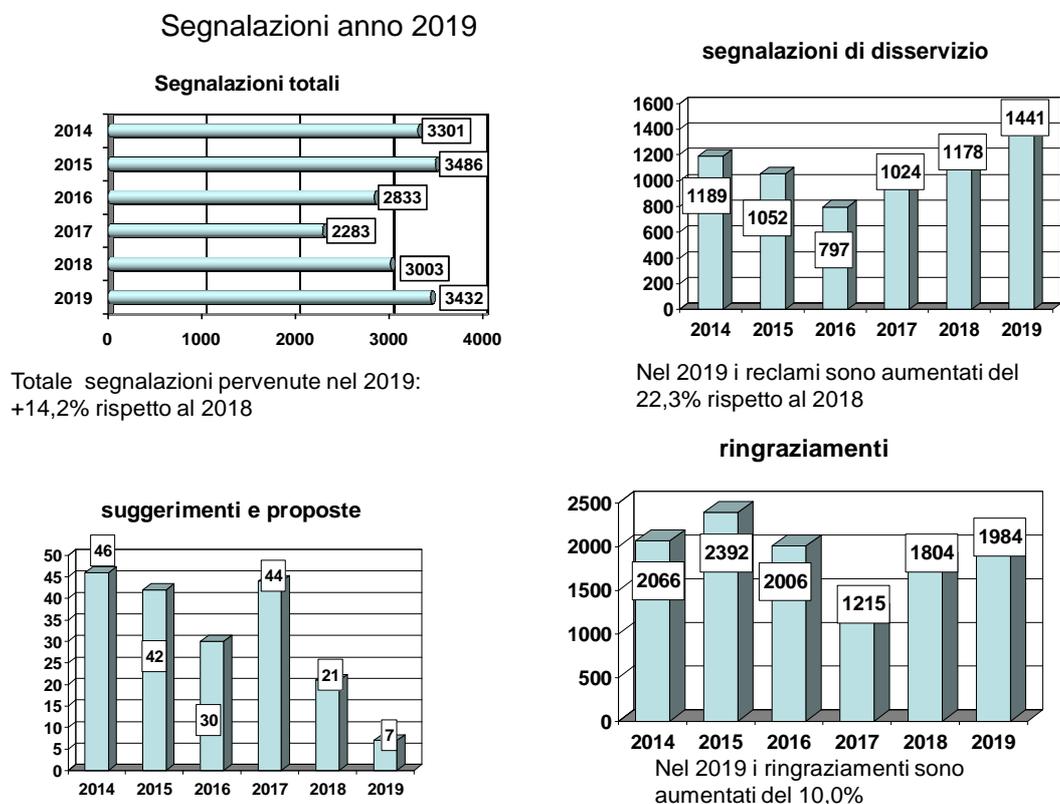


Figura 78

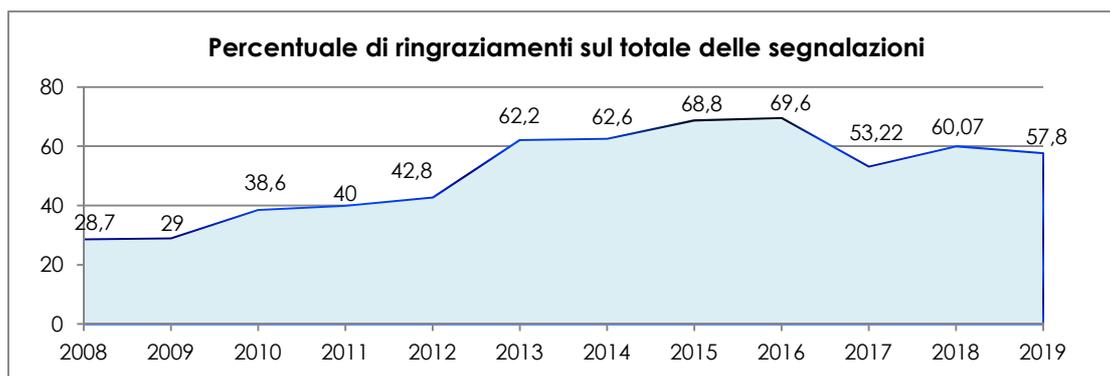


Tabella 76. Ringraziamenti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
n. ringraziamenti	1769	2066	2392	2006	1215	1804	1984
n. segnalazioni totali	2846	3301	3486	2833	2283	3003	3432
% ringraziamenti	62,2%	62,6%	68,6%	69,6%	53,22%	60,07%	57,8%

L'esame dell'andamento delle segnalazioni evidenzia un aumento generale delle segnalazioni di disservizio, a cui corrisponde anche un aumento dei ringraziamenti.

QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO

Apss è da sempre impegnata nel garantire ai cittadini, e più in generale a tutte le parti interessate, servizi di elevata qualità e sicurezza. In questa ottica ha da tempo intrapreso percorsi strutturati di revisione dei processi organizzativi ed operativi che le consentono di perseguire questi obiettivi, confrontandosi con i modelli professionali ed organizzativi più avanzati, e sottoponendosi a verifiche esterne sui progressi ottenuti. In questa logica si collocano i numerosi percorsi di accreditamento intrapresi da APSS nel corso degli anni.

L'accREDITAMENTO è un processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti. I programmi di accreditamento e i loro requisiti (in costante evoluzione) puntano a sviluppare un "insieme coordinato di elementi" che gestisce la qualità dando enfasi soprattutto ai contenuti professionali delle organizzazioni sanitarie, anche se non vengono trascurati gli aspetti strutturali e tecnologici. La finalità di questi processi è garantire a tutte le parti interessate (utenti, operatori, fornitori, finanziatori), la qualità e sicurezza dei servizi/prestazioni erogati attraverso una valutazione delle stesse e dei processi coinvolti nella loro produzione condotta da soggetti esterni autorevoli.

I processi di accreditamento possono essere distinti in **istituzionale**, quando è previsto dalla normativa e quindi requisito obbligatorio, e **volontario** (noto anche come accreditamento professionale o all'eccellenza), quando non è previsto da specifiche normative ed intraprenderlo è una libera scelta dell'organizzazione.

L'accREDITAMENTO Istituzionale delle strutture sanitarie consiste nel possesso della attestazione rilasciata dalle Regioni e Province Autonome del soddisfacimento dei requisiti di qualità dalle stesse definiti. Questo accreditamento è previsto da norme nazionali che obbligano le organizzazioni che erogano prestazioni sanitarie a nome del Servizio Sanitario ad adeguarvisi. Gli specifici standard di accreditamento (requisiti) sono stabiliti dalle singole Regioni e Province Autonome in cui le organizzazioni sanitarie operano, a partire dai criteri generali, definiti a livello Nazionale dal "Tavolo per la revisione della normativa in materia di accreditamento" (TRAC), costituito presso il Ministero della Salute, ed approvati in conferenza Stato-Regioni nel 2012. La Provincia Autonoma di Trento ha definito modalità e criteri per l'accREDITAMENTO Istituzionale nelle Delibere della Giunta Provinciale n°1202 del 20/07/2015, n°1711 del 6/10/2015 e n°1848 del 5/10/2018.

Nel corso del 2018 APSS ha avviato uno specifico progetto denominato "Progetto Akredito" finalizzato alla predisposizione degli elementi preliminari per avviare il processo di AccREDITAMENTO istituzionale e presentare la relativa domanda. Nello specifico sono stati costituiti ed avviati alcuni gruppi di lavoro finalizzati al coordinamento generale del progetto, al presidio dei fabbisogni formativi e di comunicazione, alla autovalutazione circa il livello di soddisfacimento dei criteri di accreditamento, inclusa la raccolta delle evidenze documentali, ed allo sviluppo di un sistema informatico di supporto nella raccolta della documentazione relativa alla domanda.

Per quanto concerne alcune specifiche attività la Giunta Provinciale, o direttamente la normativa statale, hanno previsto che l'accERTAMENTO dei criteri di accREDITAMENTO venga accertato da enti certificatori esterni specificamente individuati.

- AccREDITAMENTO dei **Laboratori medici** con la norma ISO 15189 certificata da ACREDIA, con prima certificazione in data 14/11/2018.
- U.O Igiene e sanità pubblica – certificazione norme UNI CE EN ISO/IEC 17025. Nel corso del 2019 è proseguito l'impegno per il miglioramento continuo della qualità dell'**Unità operativa igiene e sanità pubblica veterinaria**, coerentemente con lo standard UNI EN ISO 9001:2015. La certificazione del sistema di gestione per la qualità dell'Unità operativa, in scadenza il 18/12/2019, è stata rinnovata a seguito dell'esito favorevole della verifica dell'ente di certificazione Bureau Veritas, che si è svolta nei giorni 23 e 24 gennaio 2020 e ha interessato l'ufficio direzione di Trento e le sedi periferiche di Pergine, Borgo e Tione. Il nuovo certificato di conformità ha validità fino al 18/12/2022.
- AccREDITAMENTO Joint Accreditation Committee Isct Ebmt (JACIE) della **Ematologia** per l'impiego delle Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), il cui processo per ottenere la certificazione della durata di quattro anni, ha preso avvio nel corso del 2018. Nell'anno 2019 sono stati analizzati i processi oggetto di accREDITAMENTO e l'unità operativa sta lavorando per la preparazione alla visita di accREDITAMENTO prevista nel 2021.
- AccREDITAMENTO dei **processi trasfusionali** – nel corso del 2019 sono state condotte le verifiche del mantenimento dei requisiti di accREDITAMENTO secondo le previsioni del DM del 02/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
- AccREDITAMENTO dei processi di **tipizzazione tissutale HLA** del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale secondo i criteri della European Federation for Immunogenetics (EFI), per il quale nel corso del 2019 sono state adottate le iniziative per il mantenimento della certificazione in scadenza per il 2020.
- AccREDITAMENTO del processo per la **Procreazione Medicalmente Assistita** – con determina del Dipartimento Salute n. 203 del 20 luglio 2018 è stato rinnovato il certificato di accREDITAMENTO per i processi di Procreazione Medicalmente Assistita

Gli **accREDITAMENTI volontari** o professionali sono processi a cui le organizzazioni si sottopongono per garantire alle parti interessate il possesso di requisiti di qualità e sicurezza ulteriori rispetto ai requisiti previsti dai processi di accREDITAMENTO istituzionale. Gli standard sono definiti e le verifiche condotte da organizzazioni non istituzionali riconosciute dalla comunità professionale di riferimento. Esistono certificazioni che coinvolgono l'intero sistema organizzazione e altre che ne coinvolgono singole parti o singoli processi. Alcuni sistemi di accREDITAMENTO sono applicabili alle organizzazioni, o a parti di esse, indipendentemente dalla loro natura e finalità, e tendono a verificare in particolare il modo con cui l'organizzazione che vuole essere accREDITATA si struttura per garantire alle parti interessate un servizio/prodotto di qualità ovvero com'è disegnato e come funziona il loro "**sistema di gestione qualità**" (dove per sistema di gestione qualità si intende un insieme coordinato di comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi e

risorse che consente di soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate), talvolta anche riferendosi limitatamente ad un particolare processo. APSS ha intrapreso alcuni percorsi di accreditamento di questo tipo fra i quali i maggiormente significativi sono:

- **UNI EN ISO 9001** – modello per la garanzia di qualità nella progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione, assistenza – è un modello orientato alla verifica del modello di gestione aziendale della qualità simile al modello EFQM per finalità ma diverso nelle modalità di approccio. Con questo modello nel 2019 risultano accreditati alcuni settori aziendali ed in particolare:
 - U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
 - U.O. Igiene e sanità pubblica veterinaria
 - Servizio Prevenzione e Protezione e Nucleo Operativo del Medico Competente
 - Servizio Formazione
- **BS OHSAS 18001**- sistema aziendale per la gestione della sicurezza dei lavoratori – finalizzato a garantire un adeguato controllo riguardo alla sicurezza e alla salute dei lavoratori oltre al rispetto delle norme cogenti. Il mantenimento di questa certificazione consente fra l'altro una riduzione delle tariffe versate da APSS ad INAIL.
- **Certificazione del Bilancio d'esercizio** – che consente una valutazione esterna della validità e della correttezza del documento di Bilancio

Altri sistemi di accreditamento sono disegnati in modo da definire criteri di qualità più specificamente orientati alla natura e finalità delle organizzazioni. APSS è impegnata in processi di accreditamento volontari specificamente orientati alle organizzazioni sanitarie. Fra questi i percorsi maggiormente significativi sono:

- **Accreditamento Joint Commission International (JCI) dell'ospedale S. Chiara di Trento** - L'accREDITAMENTO JCI è un processo di certificazione di carattere internazionale, che valuta l'organizzazione ospedale nella suo complesso e le connessioni che intercorrono fra le reciproche parti del sistema ed è finalizzato a creare una cultura organizzativa del miglioramento della qualità e sicurezza delle cure che sia parte integrante della pratica quotidiana dei professionisti a beneficio dei pazienti. Il valore aggiunto dell'accREDITAMENTO JCI è traducibile nell'adozione di un metodo di lavoro che favorisce la definizione di obiettivi e di indicatori per l'analisi di tutte le imperfezioni che possono essere presenti all'interno dell'organizzazione, al fine di trovare le opportune azioni di miglioramento sia delle performance generale dell'organizzazione che dei comportamenti dei singoli professionisti facendo diventare il miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti parte integrante della pratica quotidiana. L'Ospedale S. Chiara è stato coinvolto in questo processo di accREDITAMENTO sin dal 2003, ottenendo la prestigiosa certificazione per la prima volta il 24 giugno 2005, ed è stata riconfermata con visite di verifica ogni tre anni. Nel corso settembre 2018 è stata effettuata la visita per la 5^a conferma dell'accREDITAMENTO.
- **Accreditation Canada** – L'esigenza di avviare un processo di certificazione volontario di carattere internazionale che potesse garantire a tutte le parti interessate standard di elevata sicurezza e qualità delle cure e dell'assistenza erogata in modo diffuso e sistematico su tutta l'azienda, ha spinto la direzione aziendale ad individuare nel programma di certificazione **Qmentum International di Accreditation Canada** lo strumento che può consentire di intraprendere un percorso che incida su tutte le dimensioni assistenziali: prevenzione, cura e riabilitazione, sia territoriale che ospedaliera.
Con la Delibera del Direttore Generale n° 246 del 3/5/2018 è stato formalizzato l'avvio del percorso di accREDITAMENTO che coinvolgerà a partire dall'anno 2019 il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio territoriale ed il Servizio Ospedaliero Provinciale, e gli ospedali di Arco, Tione, Cavalese e Borgo Valsugana. Il percorso si concentrerà sull'adeguamento di APSS a 27 standards e complessivamente oltre 3000 criteri di qualità (ciascuno standard si riferisce ad un particolare processo ed è composto da numerosi criteri che ne definiscono il livello di qualità atteso). Il percorso ha preso avvio nel corso del 2018 in particolare la effettuazione di un corso di formazione in due edizioni rivolto alla leadership aziendale ed ai coordinatori dei gruppi di lavoro per l'adeguamento agli standard, nel quale sono state presentate le caratteristiche del percorso di accREDITAMENTO Qmentum International e la struttura degli standard. Nel 2019 è stata effettuata da 16 gruppi di lavoro l'autovalutazione dell'azienda rispetto ai requisiti richiesti dal programma di accREDITAMENTO internazionale. Sono state così individuate le aree di miglioramento ed è stato impostato un piano di adeguamento per la preparazione alla visita di accREDITAMENTO prevista a fine 2020.
- **BFHC – Baby Friendly Hospital and Community** – Iniziativa dell'OMS/UNICEF che offre agli ospedali ed alle comunità territoriali linee guida per diventare centri di sostegno all'allattamento materno e cure amiche della madre; protocollo di intesa PAT e UNICEF. Il processo di accREDITAMENTO è stato intrapreso inizialmente dall'Ospedale di Trento a partire dal 2016, successivamente dal 2018 è stato esteso anche agli altri ospedali ed alle strutture del Servizio Territoriale. Nel corso del 2019 le unità operative sono state impegnate nella preparazione alla fase 2 il cui conseguimento è previsto per la primavera-estate del 2020.

I PERCORSI CLINICI

Un importante strumento di miglioramento della qualità delle cure, in costante incremento in APSS, consiste nella formulazione di precisi percorsi clinici, volti alla diffusione e applicazione omogenea delle migliori pratiche in modo contestualizzato e innovando i modelli organizzativi.

I Percorsi Clinici sono finalizzati a descrivere nel miglior modo possibile gli interventi appropriati per un paziente affetto da una determinata patologia o con una certa condizione clinica. La definizione di Percorso clinico comprende: PIC (percorso integrato di cura), PDT (percorso diagnostico terapeutico) PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), percorso (profilo) di cura, percorso clinico-assistenziale. Questi strumenti descrivono tutto il percorso di cura del paziente – o una o più fasi del percorso – nei diversi *setting*: ambulatoriale, ospedaliero o domiciliare, in modo tale da fornire indicazioni metodologiche alle strutture per uniformare le loro attività e assicurare una presa in carico omogenea e in linea con le

nuove evidenze e le innovazioni tecnologiche, sulla base delle specifiche linee guida e della letteratura scientifica disponibile.

I principi a cui si fa riferimento nella redazione dei percorsi clinici sono: il "centrare le cure sulla persona" e sulla famiglia coinvolgendo la persona stessa nella gestione della malattia, la riduzione dei passaggi non essenziali, l'adozione delle migliori pratiche cliniche, la valorizzazione delle competenze e la riduzione degli sprechi.

Caratteristica del percorso clinico è quella di essere la risultanza di un approccio multidisciplinare e multi professionale che include specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e rappresentanti delle Associazioni dei pazienti.

Le patologie prese in considerazione sono quelle più rilevanti per frequenza e per impatto sui singoli, sulla rete familiare e sulla comunità e che implicano complessità interdisciplinare e molteplicità dei setting coinvolti, cioè condizioni in cui può registrarsi variabilità e disomogeneità di risposta in ambito aziendale.

Una volta approvati formalmente e diffusi (pubblicati anche sul sito internet APSS), i percorsi clinici sono poi soggetti ad un attento monitoraggio che ne misura la concreta applicazione e analizza gli scostamenti individuando gli interventi correttivi. Ciascun percorso è soggetto a revisione periodica, almeno triennale.

Nell'anno 2019 sono stati definiti o aggiornati i seguenti Percorsi Clinici aziendali:

- PDTA per le Malattie infiammatorie croniche intestinali
- PDTA per la persona con Malattia Parkinson (revisione)
- PDTA Preservazione della fertilità femminile nelle pazienti affette da tumore mammario
- PDTA per le persone con demenza e le loro famiglie (revisione)
- Percorso di diagnosi e cura della patologia neuro-oncologica cerebrale

La stesura dei Percorsi ha comportato la raccolta delle informazioni relative alla descrizione del percorso esistente per la specifica condizione/patologia, la ricerca nelle banche dati nazionali e internazionali delle specifiche linee guida alle quali fare riferimento e l'individuazione degli indicatori di processo e di esito per il monitoraggio periodico.

Progetto DAMA

Le persone con grave disabilità intellettiva (DI) o gravi deficit comunicativi possono trovare difficoltà nel vedere soddisfatto il proprio diritto alla salute nei percorsi ospedalieri e territoriali "ordinari" in caso di accesso per prestazioni di varia complessità.

Per rispondere alle esigenze di queste persone, tenuto presente quanto realizzato in altre realtà nazionali, in collaborazione con ANFFAS Trentino onlus, a fine anno 2019 è stato avviato anche in provincia di Trento il progetto DAMA, individuando nell'UO Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara un'equipe multidisciplinare di riferimento per l'organizzazione della presa in carico della persona adulta con DI in presenza di bisogni sanitari complessi a cui dare una risposta ambulatoriale o in regime di ricovero.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza erogando in tempi e in ambienti appropriati le cure centrate sulla persona con disabilità e la sua famiglia, in forte sinergia con l'Associazioni dei pazienti.

COMITATO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

APSS da anni si muove nella logica della governance integrata, fondata sui principi della promozione della salute e del miglioramento continuo della qualità, rispetto ai quali l'obiettivo della sicurezza dei pazienti è ritenuto strategico e prioritario per tutte le strutture e i processi aziendali.

Al fine di sostenere e diffondere all'interno della propria organizzazione cultura e sensibilità rispetto alle tematiche della sicurezza dei pazienti nell'ambito delle attività sanitarie, APSS ha adottato un sistema aziendale di gestione del rischio clinico atto a ridurre tutti i fattori di rischio presenti (clinici, strutturali e organizzativi) e, al contempo, capace di imparare dall'evento indesiderato, attivando percorsi virtuosi di miglioramento continuo e riduzione dei margini di rischio, anche attraverso il necessario coinvolgimento di tutte le competenze professionali presenti nell'organizzazione 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. Pertanto, è stato sviluppato un sistema unico informatizzato di raccolta delle segnalazioni che, per tenere conto delle specificità dei diversi contesti aziendali, si articola nelle seguenti schede:

- *Incident reporting ospedaliero*: nel corso del 2019 è stata completata l'implementazione in tutti gli Ospedali;
- *Incident reporting territoriale*: nel corso del 2019 è stata aggiornata la "struttura" informatica, al fine di adeguarla alla mutata organizzazione del Servizio Territoriale;
- *Incident reporting 118*: nel corso del 2018 è stata completata l'implementazione.

Come è possibile vedere dalla figura sottostante, nel corso del 2018 e ancor più nel 2019 è aumentato in modo significativo il numero di incident reporting effettuati in APSS. **Tale aumento non è dovuto ad un incremento reale di eventi avversi, ma all'introduzione del nuovo sistema aziendale informatizzato di incident reporting (la precedente scheda consentiva di segnalare solo cinque tipologie di eventi) e al notevole lavoro di sensibilizzazione degli operatori sull'importanza della**

segnalazione degli eventi avversi e, ancor più, dei quasi eventi. Infatti, la conseguente attività di analisi per individuare le eventuali azioni correttive costituisce una preziosa e fondamentale opportunità di miglioramento.

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

Figura 79. N. segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi con scheda di incident reporting (triennio 2017 – 2019). Si segnala che non sono presenti le cadute accidentali, in quanto dal 2017 è stata introdotta una specifica scheda di segnalazione

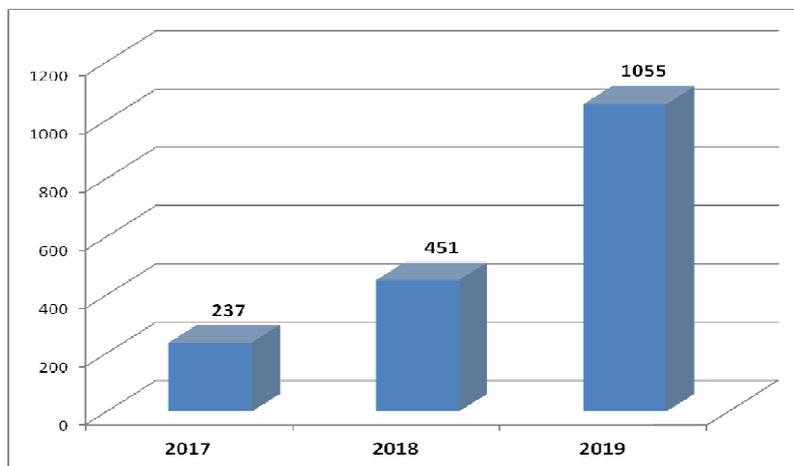


Tabella 77. Tipologie di eventi segnalati in APSS con le schede di incident reporting nel triennio 2017 – 2019

Tipologia di evento	2017	2018	2019
	N. casi	N. casi	N. casi
Gestione farmaco	166	278	472
Eteroaggressività	33	25	76
Altri eventi	15	20	18
Prestazione assistenziale	6	24	73
Procedura amministrativa no adeguata	5	2	9
Identificazione paziente / lato / sede	4	31	104
Procedura diagnostica	3	11	41
Gestione dispositivi / ausili / apparecchiature	2	15	57
Procedura chirurgica/terapeutica	2	6	34
Gestione sangue	1	5	18
Codice gravità - attribuzione	0	2	0
Coordinamento Centrale Operativa	0	10	18
Comunicazione / Passaggio di informazioni (*)	0	0	89
Coordinamento interforze (*)	0	0	7
Gestione mezzo di soccorso	0	4	6
Identificazione luogo intervento	0	11	23
Procedura di soccorso	0	7	9
Barriere linguistiche / Problematiche di traduzione	0	0	1
Totale	237	451	1055

Legenda: (*): categorie di eventi introdotte nel corso del 2019

Nel corso del 2019 sono state realizzate e/o avviate diverse progettualità di miglioramento, tra le quali si evidenziano:

- completamento del passaggio all'IR informatizzato degli Ospedali e delle Aree del Servizio Territoriale. Ciò ha richiesto la realizzazione nelle diverse sedi Ospedaliere e negli ambiti del Servizio Territoriale di numerosi incontri rivolti al personale, al fine non solo di spiegare lo strumento, ma anche di restituire i dati relativi alle segnalazioni pervenute e di sensibilizzare sull'importanza dell'utilizzo dello strumento di incident reporting come opportunità di miglioramento. Tali

incontri hanno, inoltre, consentito di discutere con gli operatori sulle corrette modalità di utilizzo dello strumento di segnalazione, attraverso la ricostruzione di casi realmente accaduti;

- avvio della stesura di una procedura di Trentino Emergenza 118 sulla gestione del dolore nel soccorso extra-ospedaliero;
- proseguimento dell'implementazione del software per la gestione informatizzata della terapia farmacologia in Unità Operative ospedaliere (date le dimensioni di APSS si tratta di un piano pluriennale), che rappresenta un importante strumento per migliorare la sicurezza delle fasi di prescrizione e somministrazione dei farmaci;
- prosecuzione dell'attività di formazione rivolta ai professionisti sanitari che prestano la propria attività nei contesti dell'Area della Salute Mentale del Servizio Territoriale per la prevenzione e gestione dell'aggressività in Psichiatria. Il corso, interattivo e realizzato in tre giornate con la guida di esperti, ha avuto come obiettivo accompagnare i professionisti ad affinare le capacità di aumentare la propria sicurezza e il proprio benessere psico-fisico sul posto di lavoro e altresì di gestire, in maniera professionale e competente, comportamenti aggressivi nelle relazioni interpersonali;
- avvio della progettazione di un piano formativo a valenza aziendale per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori che comprenda sia corsi di formazione di tipo interattivo con docenti in aula, sia attività di formazione a distanza;
- estensione a tutti gli ambiti territoriali delle Cure Primarie della pre-accettazione informatizzata prelievi ematici al domicilio, in modo da poter stampare il foglio di lavoro giornaliero dei prelievi da effettuare e le etichette da apporre sulle provette dei pazienti programmati. Tale modifica organizzativa ha permesso di superare una serie di non conformità che si erano verificate, legate a problemi di prenotazione dei prelievi giornalieri, etichettatura non corretta dei campioni, mancata preparazione di tutte le provette necessarie. L'introduzione di tale nuova modalità organizzativa ha migliorato la qualità del servizio offerto agli utenti.

Procedura aziendale per la gestione dei farmaci chemioterapici antitumorali

Nel corso del 2019 è stata redatta e diffusa la "Procedura aziendale per la gestione dei farmaci chemioterapici antitumorali", in cui sono fornite agli operatori sanitari indicazioni per la gestione di tali farmaci, al fine di assicurare la sicurezza sia del paziente che degli operatori in tutte le fasi del loro utilizzo/manipolazione.

Parallelamente, al fine di promuovere la conoscenza dei contenuti della procedura e approfondire alcuni aspetti della stessa, è stata avviata la progettazione del seminario "Aggiornamento per la manipolazione dei farmaci chemioterapici antitumorali in APSS: prevenire gli errori e ridurre i rischi", che sarà rivolta a tutto il personale coinvolto sia del Servizio Ospedaliero Provinciale che del Servizio Territoriale.

Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale

Nel corso del 2019 è stata curata l'implementazione della "Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute" revisionata, attraverso la diffusione del documento a tutte le Unità Operative interessate, la pubblicazione in intranet all'interno della cartella "Rischio Clinico" e la realizzazione di incontri informativi rivolti a tutti gli operatori sanitari.

Inoltre, si è provveduto ad alimentare il database in Excel delle schede cartacee di segnalazione delle cadute riferite all'anno 2018 e ad elaborare i dati per la predisposizione dello specifico report.

Con il supporto del Servizio Soluzioni Sanità Elettronica è stato avviato il lavoro di informatizzazione della modulistica prevista dalla procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute – rev. 01 (Scala ReTos; Scala Humpty Dumpty; Modulo pianificazione misure preventive; scheda di segnalazione cadute).

Linee guida aziendali per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione negli adulti

Nel corso del 2019 sono state ultimate e diffuse le "Linee guida aziendali per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione negli adulti", che offrono agli operatori un inquadramento della problematica delle lesioni da pressione ed un supporto nella scelta degli interventi per la loro prevenzione ed il loro trattamento, sulla base delle migliori evidenze disponibili e del progetto di cura del singolo paziente.

In aggiunta a quanto sopra, è stato sperimentato negli Ospedali di Valle un apposito applicativo informatico per la raccolta dei dati di prevalenza delle lesioni da pressione. L'esito positivo del test, ha permesso di programmare, a partire dal 2020, l'introduzione della raccolta sistematica dei dati di prevalenza delle lesioni da pressione in tutte le Unità Operative con degenza degli Ospedali di APSS.

Poster "10 passi per la sicurezza delle cure"

In occasione della 1ª "Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita", tenutasi il 17 settembre u.s., è stato predisposto il poster "10 passi per la sicurezza delle cure" contenente semplici ma importanti indicazioni sulla riduzione dei rischi collegati all'assistenza come, ad esempio, l'appropriato utilizzo dei farmaci, l'igiene delle mani, la corretta identificazione del paziente, ecc.. Tale iniziativa, basata su un impegno di collaborazione reciproca tra professionisti sanitari, pazienti e familiari, mira a raggiungere livelli di sicurezza sempre maggiori e a rafforzare il delicato rapporto di fiducia tra pazienti e operatori.

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

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

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 e 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.

Il buon uso degli antibiotici

Nel corso dell'anno 2019 una delle attività prioritarie è stata quella rivolta alle iniziative di buon uso degli antibiotici (antimicrobial stewardship), nell'ambito della strategia nazionale espressa nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020. Le iniziative aziendali sono state messe in atto negli ospedali e sul territorio coordinandosi con il Gruppo Tecnico provinciale costituito da esperti aziendali nel settore medico e veterinario e collegato al CIPASS, il Coordinatore del quale coordina anche il gruppo provinciale PNCAR.

Tra le iniziative messe in atto è risultata particolarmente importante quella di tipo informativo e di sensibilizzazione al corretto uso degli antibiotici, nella forma di seminari itineranti tenuti presso le sette sedi ospedaliere del Servizio ospedaliero Provinciale (SOP) e aperta agli operatori sanitari (medici e infermieri) sia ospedalieri che territoriali.

Oltre ai sette seminari organizzati nei vari ospedali, sono stati tenuti a Trento due seminari specifici, uno per i Medici e Medicina Generale e PLS e uno per gli operatori sanitari delle RSA.

Questi interventi sono stati sostenuti da un corso di Formazione a distanza (FAD) sul problema del controllo delle ICA e della antibiotico resistenza. Nel complesso l'iniziativa formativa ha consentito di raggiungere una elevata percentuale di professionisti sanitari.

L'aggiornamento delle procedure

Nel corso dell'anno diversi Gruppi Operativi specifici del CIPASS hanno lavorato per aggiornare procedure ed elaborarne di nuove:

- Gruppo Controllo Legionellosi: aggiornato il documento aziendale delle "Procedure per la sorveglianza delle Polmoniti Nosocomiali causate da Legionella spp – rev. 03 del 10.07.2019";
- Gruppo vaccinazioni Operatori Sanitari: elaborato il documento della "Politica aziendale sulle vaccinazioni degli operatori sanitari – rev.00 del 01.09.2019" e il documento della "Procedura delle vaccinazioni negli operatori sanitari APSS – rev. 00 del 01.09.2019". La diffusione di questi documenti è stata supportata da un seminario aziendale (Trento, 13 novembre 2019 – La Politica aziendale sulle vaccinazioni), e da quattro edizioni di formazione a distanza E-learnig su piattaforma Moodle. Ai partecipanti è stato anche somministrato un questionario pre e post corso elaborato e validato da un progetto europeo intitolato "Hproimmune – promozione dell'immunizzazione degli operatori sanitari in Europa" che valutava l'impatto del corso stesso sull'opinione dei discenti rispetto all'efficacia delle vaccinazioni ed alla loro disponibilità al vaccinarsi.

I risultati ottenuti dall'analisi delle risposte al questionario sono stati presentati nell'ambito del convegno predetto.

- Gruppo antibiotico profilassi in chirurgia: ha elaborato il documento di "La profilassi antibiotica nella chirurgia dell'adulto rev. 03 del 10.07.2019". I contenuti del documento negli aspetti principali sono stati diffusi nell'ambito degli incontro seminariali di cui si è detto in precedenza sul buon uso degli antibiotici.
- Gruppo dei Disinfettanti e Antisettici: ha continuato il lavoro sulla revisione e l'aggiornamento del documento del "Prontuario dei Disinfettanti e antisettici in APSS" che sarà ultimato nei primi mesi del 2020;
- Gruppo dei Processi di Sterilizzazione: ha avviato una serie di verifiche presso le centrali di sterilizzazione e i blocchi operatori di tutta l'azienda per aggiornare e omogeneizzare le procedure in un documento aziendale di cui è prevista l'emanazione a fine 2020.

La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

In relazione al programma di Accreditamento di Eccellenza con la metodologia di Accreditation Canada per diversi ospedali e ambiti territoriali avviato in APSS, il CIPASS ha organizzato un gruppo di lavoro per implementare i criteri e gli standard riguardo alle Infezioni correlate all'assistenza in Ospedale, alle Infezioni correlate all'assistenza sul Territorio e ai Processi di Sterilizzazione. Nel corso dell'anno è stata svolta una verifica del grado di raggiungimento dei diversi standard richiesti ed elaborato un documento programmatico con le specifiche iniziative da attuare per rispondere agli adeguamenti e miglioramenti necessari per il raggiungimento dei requisiti richiesti dal livello di accreditamento stabilito.

La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, è riconosciuta essere una procedura tra le più efficaci per ridurre la frequenza delle infezioni acquisite in ospedale, ed è svolta presso tutte le strutture del SOP con il Sistema di Sorveglianza basata sui dati Laboratorio. La sorveglianza basata sui dati di laboratorio, offre la possibilità di:

- identificare microrganismi "pericolosi" (alert organism)
- identificare epidemie sostenute da un unico microrganismo
- monitorare l'andamento nel tempo delle resistenze batteriche

Il Direttore della U.O. di Microbiologia e Virologia ha aggiornato per il CIPASS il documento di procedura di tali sorveglianze che è attualmente in fase di verifica da parte del Comitato e sarà formalizzato nel corso d'21 2020.

I dati della sorveglianza delle antibiotico resistenze sono restituiti alle UU.OO. e alle Direzioni Mediche sotto forma di un report semestrale per ospedale e suddiviso per specie batteriche e Unità Operative.

Dal 18 al 29 novembre 2019 si è svolto presso gli Ospedali del SOP con il coordinamento dle CIPASS e presso le 54 RSA provinciali con il coordinamento di UPIPA, uno studio di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici. Lo studio è stato effettuato con la collaborazione dell'Istituto di Igiene dell'Università di Verona che in particolare si è occupato di elaborare una piattaforma informatica di rilevazione e sistematizzazione dei dati. Le informazioni sono state raccolte seguendo la metodologia dello studio internazionale di prevalenza puntuale (PPS2) promosso dall'ECDC europeo.

La diffusione del ritorno dei risultati elaborati dall'Università di Verona, è prevista nel corso del 2020.

Il programma di vaccinazione antinfluenzale dei dipendenti

Fra le iniziative promosse in Azienda a sostegno della sicurezza degli utenti che accedono alle strutture e servizi aziendali è da evidenziare il programma di vaccinazione antinfluenzale dei dipendenti finalizzato a prevenire le patologie da influenza

non solo negli operatori ma anche nei pazienti, specie in coloro che per età o per altra condizione di fragilità risultano particolarmente vulnerabili.

Figura 80. Raffronto 2015-2019 numero operatori SOP vaccinati

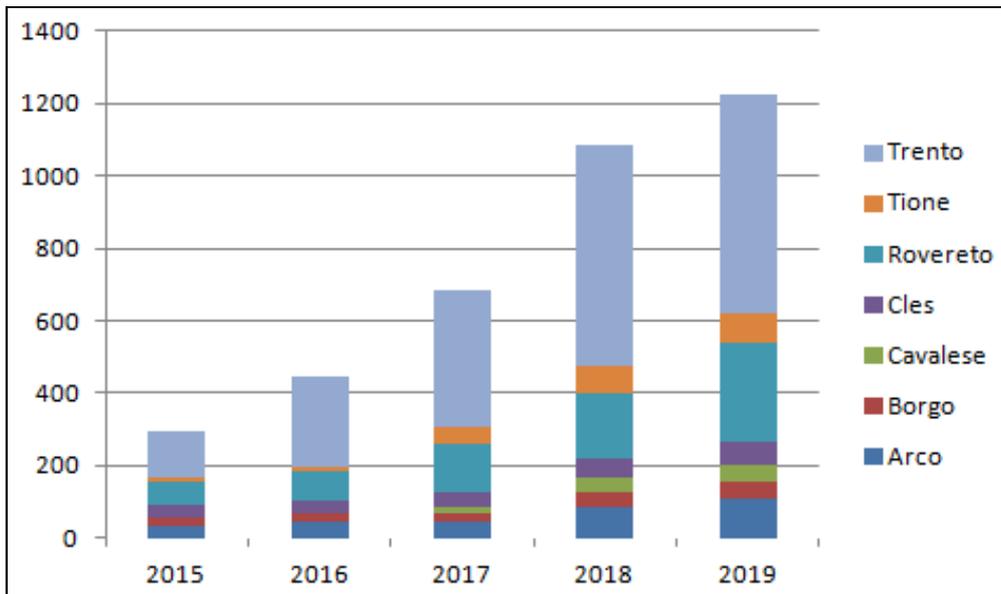
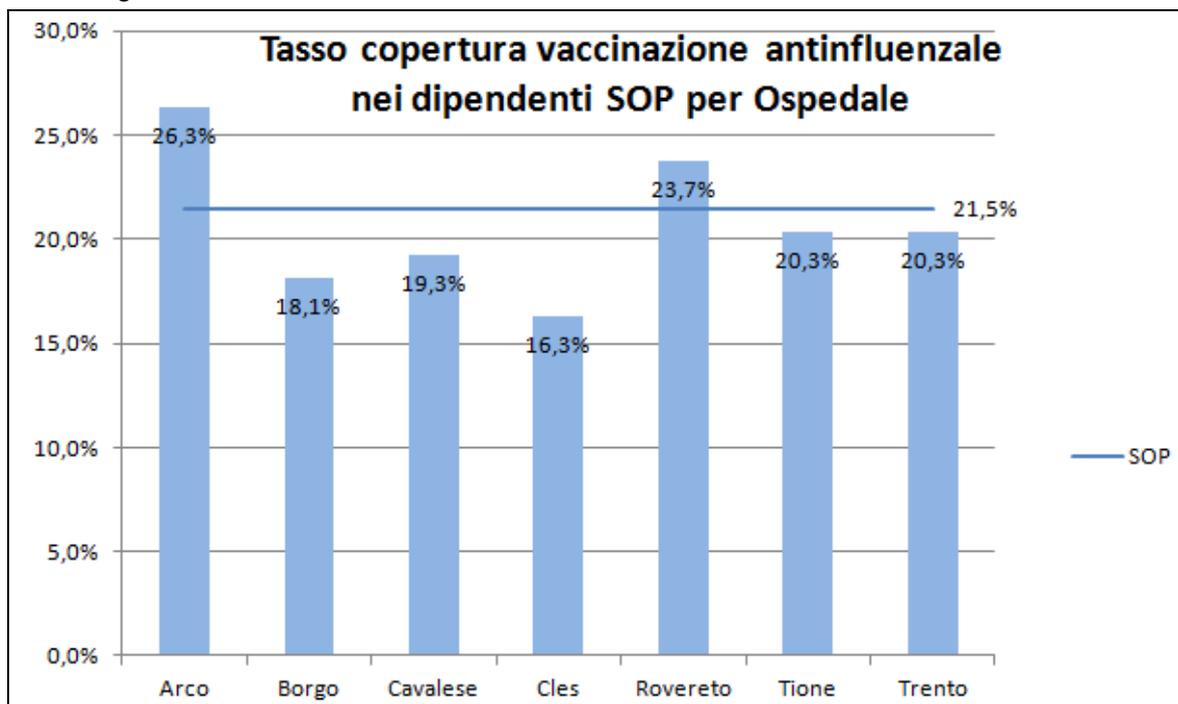


Figura 81



COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE

Nel 2019, in occasione della "Giornata Nazionale del Sollievo, il Comitato Ospedale Territorio senza dolore (COTSD) con la collaborazione del Polo Universitario per le Professioni Sanitarie, ha promosso e coordinato lo svolgimento di una indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore rivolta ai pazienti ricoverati e in trattamento ambulatoriale complesso (dialisi, intervento di cataratta ...) in tutte le strutture del servizio ospedaliero provinciale e nelle strutture private convenzionate. Sono stati complessivamente inclusi nell'indagine 1.472 pazienti, di cui 1.318 adulti collaboranti (età media $67,1 \pm 17,8$, 58,7% età ≤ 75 anni, 50,3% genere femminile), 120 adulti non collaboranti (età media $82,2 \pm 12,7$, 74,2% ≥ 75 anni, 50,2% genere femminile) e 39 minori.

Nella tabella seguente è riportata la prevalenza del dolore e il dolore medio rilevato negli adulti collaboranti e negli adulti non collaboranti.

Tabella 78

	Adulti collaboranti	Adulti non collaboranti
Prevalenza dolore ≥ 4	al movimento = 32,8% a riposo = 21,5%	25% (33,7% dichiarato dai caregiver)
Dolore medio (in una scala da 0 a 10)	$4,5 \pm 2,5$ durante il movimento $3,8 \pm 2,3$ a riposo	$3,6 \pm 2,2$ ($4 \pm 2,2$ dichiarato dai caregiver)

Più del 92% delle persone che hanno risposto ai questionari si sono dichiarate soddisfatte/molto soddisfatte del trattamento per la gestione del dolore ricevuto in ospedale, dati in linea con quanto rilevato negli anni precedenti, come riportato nella figura e nella tabella sottostanti.

Figura 82. Grado di soddisfazione dei pazienti del trattamento per la gestione del dolore – Anno 2019

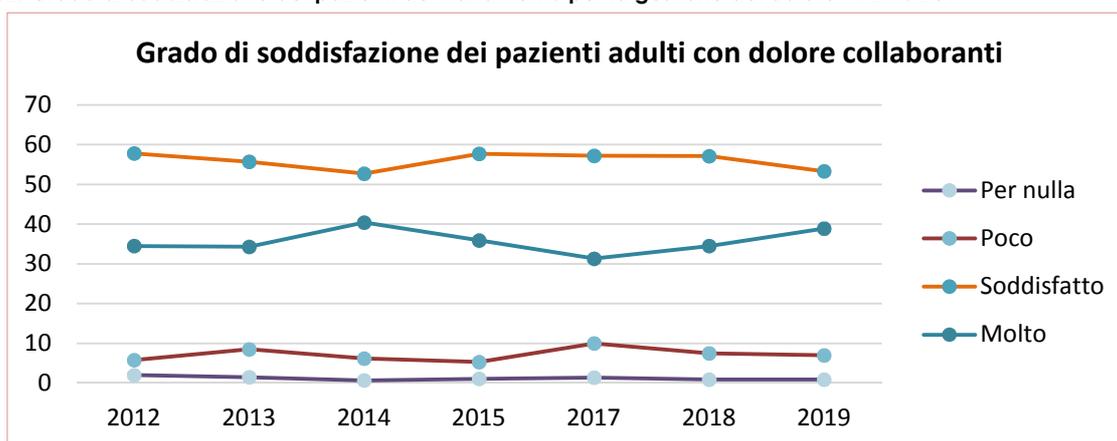


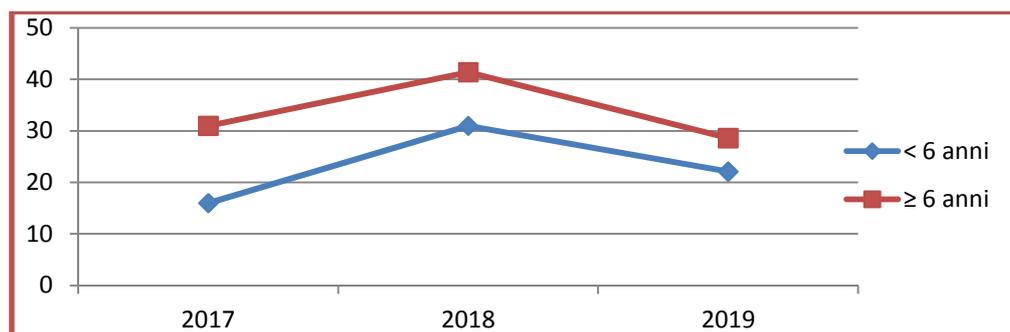
Tabella 79

Grado soddisfazione	2012	2013	2014	2015	2017	2018	2019
Per nulla	2	1,5	0,7	1,1	1,4	0,9	0,9
Poco	5,8	8,5	6,2	5,3	10,0	7,5	7
Soddisfatto	57,8	55,7	52,7	57,7	57,2	57,1	53,3
Molto	34,5	34,3	40,4	35,9	31,3	34,5	38,9

Per quanto riguarda l'età pediatrica, sono stati inclusi nell'indagine 39 minori, di cui 18 di età inferiore ai 6 anni (età media $2,9 \pm 1,4$), 21 di età superiore ai 6 anni (età media $10,9 \pm 4$).

L'indagine ha rilevato una diminuzione del dolore non controllato dal 2018 al 2019, come riportato nella figura seguente

Figura 83. Prevalenza del dolore ≥ 4 in età pediatrica



La causa primaria di dolore nel biennio 2018-19 nei pazienti di età <6 anni è la puntura(41,9), così come nei bambini di età ≥ 6 anni(36%).

Nel 2019 il 58,3% dei pazienti è soddisfatto del trattamento del dolore; 25% molto soddisfatto, nessuno si considera per nulla soddisfatto.

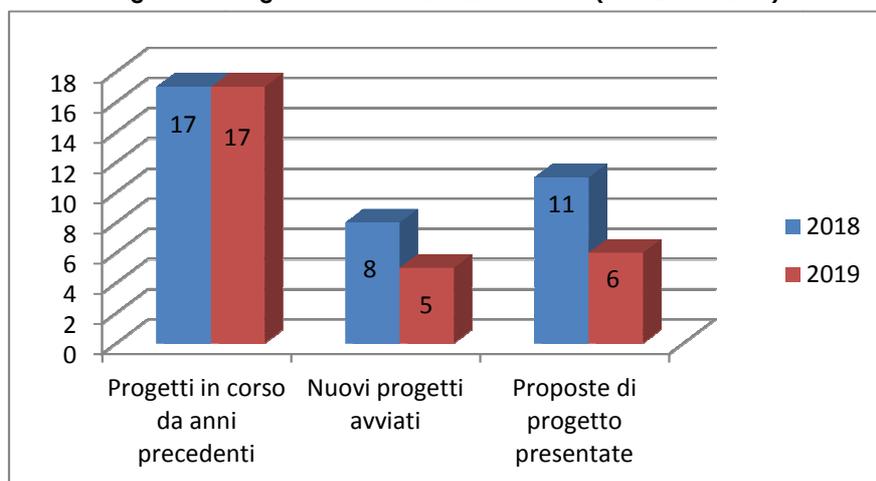
RICERCA E INNOVAZIONE

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 2019 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 84. Progetti di ricerca finanziati in APSS (anni 2018 - 2019)



SOSTENIBILITA' ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO

LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda, quale ente strumentale della Provincia, finanzia le proprie attività attraverso le risorse messe a disposizione dal **Fondo Sanitario Provinciale** (FSP), con il quale si provvede al finanziamento delle prestazioni relative ai livelli essenziali di assistenza, e dal **Fondo per l'Assistenza Integrata** (FAI), che finanzia le prestazioni relative ai livelli aggiuntivi di assistenza sanitaria e quelle dell'area dell'integrazione sociosanitaria. Com'è noto, infatti, la spesa sanitaria provinciale viene finanziata tramite il fondo sanitario provinciale e il fondo per l'assistenza integrata cui si aggiungono la compartecipazione diretta dei cittadini, i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, anche a carattere territoriale, e le prestazioni a tariffa. Gli investimenti invece vengono finanziati principalmente mediante risorse messe a disposizione sul Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale.

Nell'esercizio 2019, i sistemi di controllo interno della spesa (**budget**, con periodici report relativamente al livello delle risorse consumate per singoli centri di responsabilità) e la gestione dei **programmi periodici di spesa** (strumenti operativi per il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse da parte dei Servizi Ordinatori di Spesa), sono stati coerenti con le direttive dettate dalla Giunta Provinciale emanate con Deliberazione di G.P. n. 2423 di data 21.12.2018.

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Provinciale di parte corrente è stato assestato con integrazione ex Delibera di Giunta Provinciale n. 1969 di data 06.12.2019 in €uro 1.190.755.757,29=.

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 63,77 milioni di €uro verso residenti italiani e per 4,98 milioni di €uro per utenti internazionali), i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket, per 22,17 milioni di €uro), i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione sanitaria (per €uro 12,27 milioni), le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (per €uro 6,46 milioni), i concorsi, recuperi e rimborsi (per €uro 9,65 milioni, compresa la contabilizzazione del Pay back), gli altri ricavi e proventi (per €uro 4,58 milioni), le prestazioni erogate ad assistiti extra PAT nella REMS e nelle strutture dell'ex OP (pari, nel complesso, ad € 1,46 milioni) e le prestazioni di Protonterapia ad Aziende Sanitarie Extraregione, nonché le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggette a compensazione pari, complessivamente, ad €uro 5,41 milioni, **per un totale complessivo di ricavi propri pari a 130,75 milioni di €uro**.

L'attribuzione della quota del finanziamento al Servizio Sanitario Provinciale è effettuata dalla Giunta Provinciale, ai sensi dell'art. 16 e succ. della L.P. n. 16/10, in coerenza con le risorse disponibili nell'ambito del Bilancio Annuale e Pluriennale Provinciale. Nell'esercizio 2019 sono stati attuati gli interventi richiesti dall'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica provinciale, al fine di garantire da parte del sistema territoriale integrato il rispetto del Patto di Garanzia recepito con la Legge n. 190/2014 e così come declinati, per il settore sanitario, nel provvedimento della Giunta Provinciale n. 2423/2018 attraverso specifiche direttive in materia di razionalizzazione della spesa per l'anno 2018.

Sul versante dei vincoli di spesa, la Giunta Provinciale ha definito i tetti sui principali aggregati funzionali di spesa, che risultano nel complesso rispettati, come indicato nel provvedimento provinciale di approvazione del bilancio di esercizio (Deliberazione di G.P. n. 1006 di data 17.07.2020), **registrando un margine complessivo di oltre 29 milioni di €uro**.

Nel corso dell'anno 2019 l'Azienda ha mantenuto e, in taluni ambiti (es. la Protonterapia), potenziato il complessivo quadro di offerta dei servizi, nell'ambito di un trend di fisiologico aumento della spesa sanitaria in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e della cronicità di alcune patologie, con ciò garantendo il raggiungimento del complessivo equilibrio di bilancio, dal momento che è stato rilevato un **utile "tecnico"** di €uro 17.902,58. Anche dal punto di vista finanziario l'Azienda ha garantito l'equilibrato andamento dei flussi finanziari, che ha permesso il regolare assolvimento delle obbligazioni contrattuali.

Trimestralmente l'Azienda provvede a formulare il fabbisogno di cassa alla Provincia sulla base del provvedimento di assegnazione disposto dalla Giunta Provinciale: il trasferimento avviene per quote mensili ad eccezione dei progetti specifici, che sono finanziati a seguito di presentazione delle rendicontazioni degli oneri sostenuti. Dal punto di vista operativo, l'erogazione avviene mediante accredito dei fondi sulla contabilità speciale aperta presso il tesoriere della Provincia ogni settimana/decade, in concomitanza con le principali scadenze di pagamento. Il Servizio Bancario dell'APSS accede giornalmente alla contabilità speciale, a ripiano, sulla base dell'effettivo fabbisogno e, nel corso del 2019, ha utilizzato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di €uro 1.153,62 milioni, con un incremento di circa €uro 88 milioni rispetto all'anno precedente.

Tabella 80. Erogazioni provinciali di cassa (in milioni di euro)

2017	2018	2019
1.171	1.066	1.154

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 2019 è stato mediamente pari a **93 giorni** (in decremento rispetto al dato di riscossione a 142 giorni registrato nel 2018)⁵.

Sul fronte dei pagamenti ai fornitori, si segnala che i medesimi sono stati assolti nei termini previsti dalle rispettive obbligazioni contrattuali. Al riguardo "**l'indicatore di tempestività dei pagamenti**"⁶ per l'esercizio 2019 è pari a **-4,69 giorni**, quindi i fornitori sono mediamente pagati quattro giorni prima della scadenza.

Il **puntuale pagamento** rappresenta altresì un positivo elemento nella valutazione fatta da parte dei fornitori nella partecipazione alle gare di appalto, che può concorrere a determinare migliori condizioni sui prezzi offerti.

LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE

Le iniziative di investimento sono prevalentemente finanziate dal Fondo Sanitario Provinciale (di parte capitale o in conto esercizio specificatamente destinate agli investimenti) e, in via residuale, da risorse di altri enti o da progettualità di sperimentazione/ricerca. I finanziamenti in conto capitale sono articolati e distinti per attrezzature sanitarie, per attrezzature tecnico economiche, per presidi protesici e per lavori sul patrimonio immobiliare per garantirne il mantenimento in efficienza e rendere le strutture aziendali sempre più rispondenti alle esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti.

Il provvedimento di finanziamento per le spese di investimento approvato dalla Giunta provinciale identifica le linee di investimento o gli specifici lavori finanziati, fatta eccezione per alcuni importi residuali destinati alle spese indistinte. I finanziamenti in c/capitale disposti dalla P.A.T. assegnati all'Azienda nell'anno 2019 sono stati pari ad €uro 8,61 milioni, così ripartiti:

- Presidi Protesici: € 3,00 milioni;
- Opere di edilizia sanitaria (Osp. Di Borgo Vals. e messa a norma antincendio): €uro 5,61 milioni.

Tabella 81. Finanziamenti PAT in conto investimento (in milioni di euro)

Voce	2017	2018	2019
Attrezzature Sanitarie	7,69	11,81	-
Attrezzature Non Sanitarie ed Economiche	2,52	8,97	-
Presidi Protesici	2,40	2,40	3,00
Lavori	6,53	35,70	5,61
Totale APSS	19,14	58,88	8,61

Il 2019 è stata un'annualità importante, in quanto in fase di definizione delle disposizioni provinciali per la chiusura di bilancio d'esercizio, la Provincia ha assegnato ad investimenti specifiche risorse in c/esercizio per complessivi €uro 18,23 milioni finalizzati a coprire il maggior fabbisogno delle annualità future.

In considerazione della normativa nazionale vigente e delle disposizioni della Giunta Provinciale in tema di monitoraggio della spesa in c/capitale, si è adottata anche per la spesa in c/capitale la gestione per commesse, finalizzata a soddisfare il debito informativo sullo stato di avanzamento e utilizzo dei finanziamenti provinciali in c/capitale e per garantire una corretta tracciatura della spesa. Sono stati definiti corrispondenti programmi di spesa ed è stato individuato specifico applicativo quale strumento operativo. Il monitoraggio avviene su 4 livelli: 1) Delibera di finanziamento 2) Finanziamento, corrispondente alla ripartizione delle risorse tra assegnatari aziendali 3) Progetto, atto a riunire commesse omogenee 4) Commessa per singola linea di investimento ovvero quale aggregato di più linee.

LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO

Le risorse da autofinanziamento riguardano i ricavi della gestione caratteristica derivanti dall'attività istituzionale e nel 2019 sono pari a circa €uro 62,01 milioni al netto dei ricavi della mobilità sanitaria interregionale ed internazionale. Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i servizi vari ad imprese ed enti (le tre voci rappresentano circa il 65,95% del totale).

Dal punto di vista tariffario la competenza dell'Azienda riguarda unicamente la gestione della libera professione e talune voci del tariffario amministrativo (copie documentazione amministrativa e sanitaria, erogazione pasti), in quanto tutte le altre voci sono definite da nomenclatori approvati dalla Giunta Provinciale (Prestazioni della specialistica ambulatoriale, Igiene e sanità pubblica, ricoveri). Sul fronte delle entrate proprie, quindi, la possibilità dell'Azienda di incidere sull'entità complessiva del gettito è pertanto notevolmente ridotta per effetto della competenza provinciale in materia tariffaria.

Nel 2018, i controlli sulle esenzioni per patologia hanno consentito di garantire il corretto riconoscimento delle prestazioni esenti in coerenza allo specifico profilo di esenzione, nonché di incassare un ticket pari a circa 194.323 €uro. Inoltre, i

controlli sulle esenzioni per reddito a seguito delle comunicazioni pervenute dal Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'Economia e Finanze hanno permesso di recuperare circa 290.000 €uro a titolo di ticket e di sanzione amministrativa.

⁵ Non sono considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa.

⁶ L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come il tempo medio ponderato di pagamento rispetto alle scadenze contrattualmente previste.

LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI

Nell'esercizio 2019 l'Azienda ha partecipato a progetti di ricerca finanziati da Enti esterni attraverso trasferimenti finalizzati che sono gestiti separatamente rispetto alle quote del Fondo Sanitario.

L'APSS ha effettuato una puntuale attività di coordinamento, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali ed internazionali, nonché sono stati mantenuti i rapporti con gli enti finanziatori e i partner di progetto per la corretta gestione delle attività amministrative connesse ai programmi di ricerca sanitaria, anche di livello internazionale/europeo, in particolare proseguendo la collaborazione con il mondo della ricerca trentino. Sotto il profilo della gestione delle risorse vi è un consistente impegno amministrativo, in quanto i finanziamenti vengono erogati a consuntivazione delle attività svolte, mediante presentazione della relativa documentazione giustificativa della spesa.

La gestione c.d. per "commessa", sviluppata negli ultimi anni nell'ambito del sistema contabile, consente una migliore individuazione dei costi riferibili ad ogni singola iniziativa e permette una puntuale rendicontazione di fine esercizio all'ente finanziatore, con la possibilità - in tempo reale - di reperire dati contabili e tecnici dal sistema di contabilità integrato.

Tabella 82. Finanziamenti per contributi e progetti di ricerca (in migliaia di euro)

Descrizione	2017	2018	2019
Contributi finalizzati P.A.T.	149	0	30
Progetti finalizzati altri enti	364	913	1.044

Nel corso del 2019 sono stati inoltre introitati 292.600 euro per l'alimentazione del Fondo unico per il miglioramento della qualità dei servizi, al cui interno si contabilizzano i proventi da donazioni (232.562 €), i proventi da sponsorizzazione (29.000 €), nonché le quote di iscrizione per eventi formativi (29.751 €). Tali fondi consentono di incrementare le attività formative a favore del personale dipendente, nonché l'organizzazione di eventi scientifici anche di rilievo nazionale.

RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO

L'APSS è una delle maggiori realtà economiche della Provincia Autonoma di Trento per numero di dipendenti, risorse gestite e rete di relazioni con le parti interessate (fornitori, sistema bancario, terzo settore, strutture accreditate con il Servizio Sanitario Provinciale, personale convenzionato), contribuendo allo sviluppo economico, oltre che sociale, del territorio. Sotto questo profilo l'Azienda genera anche importanti ricadute economiche sul territorio, anche attraverso flussi finanziari "di ritorno" alla comunità, in relazione ai meccanismi di devoluzione fiscale per la compartecipazione di quota parte dei tributi che garantiscono il gettito erariale.

Figura 85. Ricadute economiche dell'attività di APSS sul territorio

I RISULTATI

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

