



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

BILANCIO DI MISSIONE 2021

(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.....	5
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	7
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	15
LA CENTRALE COVID	15
LA CAMPAGNA VACCINALE COVID-19	17
TUTELA DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	20
SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	23
SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA.....	25
SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI.....	26
SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING	28
ASSISTENZA TERRITORIALE.....	31
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	31
ASSISTENZA DI BASE	36
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	39
CURE DOMICILIARI	40
SERVIZI CONSULTORIALI	42
PROGETTO PERCORSO NASCITA.....	44
SALUTE MENTALE.....	46
ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	63
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	70
ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	76
GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA	76
ATTIVITÀ CHIRURGICA.....	77
AREA MATERNO INFANTILE.....	85
AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA.....	87
DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI.....	90
MOBILITÀ SANITARIA	95
RELAZIONE CON I CITTADINI.....	105
COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ	105
QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	108
I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	108
I PERCORSI CLINICI.....	109
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	109
COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI	112
COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE.....	113
RICERCA E INNOVAZIONE.....	113
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO.....	115
LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE.....	115
LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE	116
LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO	116
LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI	117
RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO.....	117

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.

Anche nel 2021 la pandemia da Covid-19 ha profondamente segnato l'attività di APSS. L'Azienda ha dovuto fronteggiare, da un lato, un importante incremento di attività per l'individuazione, il tracciamento, il monitoraggio, la presa in carico e la cura dei pazienti Covid positivi, dei contatti e dei sospetti. Dall'altro lato, le attività di prevenzione, diagnosi e cura delle altre patologie hanno subito importanti rallentamenti in seguito alle limitazioni degli accessi alle strutture e alla ridestinazione temporanea del personale su attività correlate all'emergenza, con conseguente incremento delle liste d'attesa e riduzione delle prestazioni erogate in quasi tutti gli ambiti. Il piano vaccinale contro il Covid, avviato negli ultimi giorni del 2020, ha richiesto un forte impegno di risorse da parte di tutte le strutture aziendali, in particolar modo per il Dipartimento di Prevenzione.

Tale impatto emerge anche dal presente documento, che si compone di diverse sezioni, redatte grazie al contributo delle varie articolazioni organizzative aziendali (contesto di riferimento, esiti dell'attività svolta nell'ambito della prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera, mobilità sanitaria, rapporti con i cittadini, qualità e sicurezza nelle cure, sostenibilità economica e ricadute sul territorio).

Per uscire dall'autoreferenzialità e avere una valutazione più completa degli impatti dell'attività svolta da APSS nei confronti degli stakeholder, il documento contiene altresì contributi provenienti dall'esterno di APSS. In un apposito paragrafo, è rappresentato il bilancio - dalla prospettiva della Consulta per la salute provinciale - delle ricadute di quanto APSS ha messo in campo nel 2021. Un altro paragrafo è invece dedicato alle valutazioni fatte nel contesto del Sistema di valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali 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 120 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.

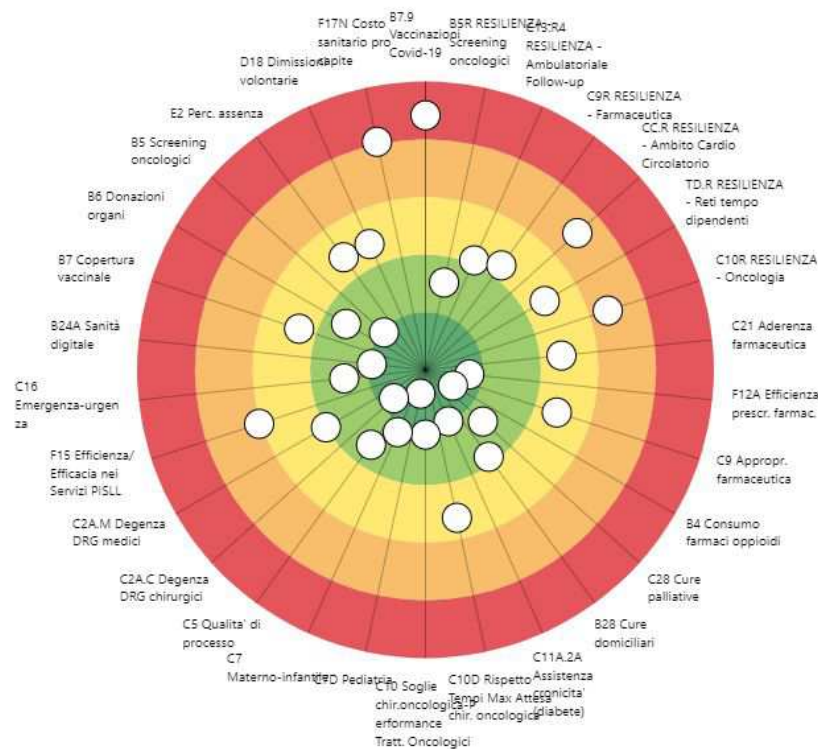
In aggiunta ai bersagli regionali e aziendali, il Laboratorio MeS fornisce solitamente anche delle rappresentazioni "a pentagramma" degli indicatori, che permettono di confrontare i sistemi sanitari regionali relativamente all'efficacia di presa in carico dei pazienti nei percorsi cronicità, oncologici, materno-infantile e emergenza-urgenza. Inoltre, il sistema permette di regola di evidenziare gli indicatori migliorati e peggiorati rispetto all'anno precedente in un diagramma a matrice denominato "mappa di performance".

Tuttavia, in un contesto anomalo come è stato quello degli anni 2020 e 2021, caratterizzato da una generale riduzione dei volumi e di riorientamento forzato delle attività, è risultato quindi evidente che svariati indicatori non potessero consentire la misurazione adeguata e la valutazione dell'assistenza sanitaria erogata in fase pandemica, né nel confronto con gli anni precedenti, né rispetto ai benchmark individuati.

Pertanto, al fine di meglio valutare le attività regionali nel 2020 e nel 2021, la Scuola superiore S. Anna di Pisa si è mossa al fine di aggiornare l'elenco degli indicatori, selezionando i più appropriati per misurare le performance 2021. Si è quindi attivato uno specifico monitoraggio della capacità di resilienza dei servizi sanitari regionali, in collaborazione con Agenas, costituito da un insieme di indicatori basati sui volumi di attività in termini di numero di interventi inderogabili e non differibili, nonché di prestazioni ambulatoriali erogate, al fine di misurare le capacità di mantenimento dei livelli di erogazione dei servizi durante la pandemia. I risultati di tali indicatori, calcolati su base mensile per il 2019, 2020 e per il 2021, sono stati integrati all'interno del bersaglio di ciascuna Regione.

Di seguito il bersaglio 2021 e la mappa di performance della Provincia autonoma di Trento.

Bersaglio 2021 - Trento



Fonte: <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

I principali risultati per la PAT si possono sintetizzare come segue:

- una performance complessiva che, nonostante qualche criticità, evidenzia una buona capacità della PAT di far fronte all'elevato impatto pandemico
- un'ottima performance nelle aree materno infantile, emergenza e cronicità, con i risultati tra i migliori del network negli screening, nella sanità digitale e nell'efficienza della prescrizione farmaceutica;
- l'assenza di particolari criticità, rispetto alla media delle altre regioni, sull'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in periodo di pandemia.

BILANCI E ASPETTATIVE: LA PROSPETTIVA DELLA CONSULTA DELLA SALUTE

Innanzitutto ringraziamo per questo spazio concesso, ormai consueto, alla Consulta per la salute per formulare a propria volta un minimo di bilancio sulle iniziative e attività messe in campo a tutela della salute dei cittadini.

Il 2021 è stato ancora un anno piuttosto difficile per la sanità trentina a causa delle ricorrenti ondate di Covid con le conseguenti complicanze e limitazioni legate ai vari colori assegnati nazionalmente ai territori dal bianco al giallo, al rosso. Un anno di grande stress per la struttura sanitaria e per gli operatori a tutti i livelli, con una novità importantissima: finalmente avevamo un vaccino. Se poi spostiamo lo sguardo dal "mondo" Covid possiamo constatare che nonostante tutto è stato anche un anno ricco di proposte e progetti. In questo quadro anche il lavoro della Consulta è stato particolarmente intenso non solo nel segnalare le criticità, ma anche nel proporre nuovi approcci e nuove proposte per superare in positivo le difficoltà e per condividere nuovi orizzonti per la salute dei cittadini.

Ricordiamo solo per cenni i temi sui quali la Consulta ha prodotto e posto all'attenzione della comunità, della APSS e dell'Assessorato provinciale alla salute, le proprie valutazioni e proposte:

- Nel febbraio 2021 la Consulta ha formalizzato una richiesta d'incontro all'Assessorato provinciale alla salute per esaminare i criteri (quali soggetti con priorità dopo le figure sanitarie e socio sanitarie) e modalità di avvio della campagna vaccinale. Ai fini della programmazione si è particolarmente insistito per dare la precedenza ai soggetti fragili, alle persone affette da patologie croniche, da disabilità e con demenza. La nota predisposta concludeva con la disponibilità ad *"offrire da subito il nostro apporto effettivo alla accelerazione massima della campagna di vaccinazione per raggiungere il prima possibile l'obiettivo della sconfitta di questa pandemia che ha generato tante sofferenze."* Oltre al programma relativo alle vaccinazioni la Consulta chiedeva un riscontro sulle liste di attesa e tempi di recupero delle visite specialistiche, screening, esami strumentali e percorsi riabilitativi che subivano continui slittamenti e ritardi. L'incontro con l'Assessore alla salute avveniva nel l'aprile del 2021 e in tale occasione venivano segnalate diverse criticità segnalate da diverse Associazioni: Fibrosi cistica e trapianti, Centro sordi e ciechi, Reumatici trentini, Malattie rare, Mucopolisaccaridosi, Diabetici, Malattie congenite bambini, Cittadinanzaattiva e altre.

- Nel giugno 2021 la Consulta esaminava il "Programma di sviluppo strategico 2021 – 2025" predisposto dalla APSS evidenziando alcune considerazioni che venivano poi esaminate con la direzione APSS e l'Assessorato provinciale alla salute in un incontro via web dell'agosto. In tale sede veniva sottolineata *"l'importanza della proposta di un rafforzamento del Dipartimento di prevenzione e della prevenzione primaria, dell'educazione sanitaria nelle scuole e la promozione, a tutte le età, degli stili corretti di vita come elementi di promozione della salute più che di difesa verso le malattie. Bene anche la proposta di potenziamento dell'informatizzazione e dell'utilizzo di nuove tecnologie come strumenti necessari per modernizzare al massimo il sistema e per strutturare la telemedicina per avvicinare i territori e migliorare la medicina territoriale. Sono state invece confermate le forti perplessità circa l'introduzione del nuovo modello organizzativo ospedaliero dell'ospedale policentrico con potenziale trasferimento di attività specialistiche oggi collocate principalmente all'interno dell'ospedale di S. Chiara a Trento e quello di Rovereto".* Sul piano della riforma della medicina del territorio, rispetto alle indicazioni del PNRR, veniva formalmente richiesto alla Giunta provinciale (richiesta poi del tutto disattesa) di non approvare la delibera che definiva il numero dei Distretti sanitari per non creare elementi di contraddizione con gli standard in via di definizione a livello nazionale. A tale proposito veniva ribadito che *"per la Consulta una riforma così impegnativa e di lungo respiro non poteva essere liquidata con un solo incontrorichiede un cambio culturale sul tema salute ... e sarà necessario garantire livelli diversificati di partecipazione e coinvolgimento sia degli operatori sanitari, che delle organizzazioni sociali e di volontariato."*

- Nell'agosto 2021 la Consulta, attraverso uno specifico documento cercava di formulare alcune risposte e indicazioni rispetto alle prospettive della sanità trentina. In tale nota venivano rilevate incertezze e sottovalutazioni in atto rispetto alle indicazioni e standard proposti a livello nazionale circa l'attuazione della riforma della medicina del territorio e concludeva ribadendo che *"progettare un modello innovativo di medicina territoriale o meglio di medicina di vicinanza alle necessità di salute dei cittadini non può non tener conto di quanto a livello nazionale e locale di buono e avanzato si sta maturando."*

- Nel settembre si evidenziava la forte preoccupazione per la tenuta del sistema sanitario trentino con il personale sanitario e infermieristico sottodimensionato e sottoposto da troppo tempo ad uno stress lavorativo eccessivo. Contestualmente i cittadini da troppo tempo rilevano ritardi e liste di attesa sproporzionate con ritardi e rimandi spesso intollerabili.

- Ai primi di ottobre la Consulta predisponendo un proprio documento con valutazioni e suggerimenti di miglioramento al disegno di legge n. 7 del 31.01.2019 presentato poi durante l'audizione della IV Commissione del Consiglio provinciale. In tale documento si ribadisce *"l'acuirsi delle disuguaglianze di salute con un significativo accumulo di ritardi nelle programmazione delle visite e l'allungamento delle liste di attesa causato anche da un lungo periodo di blocco delle visite specialistiche nel 2020 (derivato in particolare dalla necessità di concentrare il personale nelle strutture ospedaliere per l'emergenza Covid 19).... Siamo quindi ancora all'interno di una situazione di emergenza in cui le liste di attesa per le prestazioni non Covid tendono ad allungarsi ulteriormente generando di fatto un restringimento del diritto alle cure per i cittadini."* Vengono poi formulate alcune indicazioni/proposte sul tema delle liste di attesa e sulla proposta di attribuzione al difensore civico il ruolo di garante per il diritto alla salute. In chiusura si sottolinea che *"va comunque recuperato e valorizzato al massimo il ruolo pubblico della sanità evitando fughe verso il privato e le prestazioni a pagamento che di fatto segnano pesantemente una diseguità nell'approccio del cittadino ai temi della salute."*

- E' del 22 novembre 2021 il documento riportante il titolo *"Per lo sviluppo di un progetto di salute per la comunità trentina"*. In tale documento si affrontano i temi delle modalità attuative della medicina del territorio così come proposto a livello nazionale nel PNRR e fornendo molteplici indicazioni sugli standard riferiti alla popolazione e sulle varie articolazioni territoriali in cui il nuovo modello organizzativo dovrebbe articolarsi. Si evidenziano anche alcune "incongruità" fra quanto elaborato a livello locale e quanto previsto dalle indicazioni nazionali. Ancora una volta il documento si chiude richiedendo il coinvolgimento della Consulta e quindi dei cittadini organizzati nelle loro associazioni di volontariato, per consentire una concreta partecipazione alla formulazione, individuazione e condivisione di scelte legate *"a questo importante e fondamentale cambiamento per la tutela concreta del diritto alla salute per tutte le persone che vivono sul nostro*

territorio". In questo lavoro di predisposizione di documenti e note, a cui è in parte seguito anche qualche riflesso sulla stampa locale, la Consulta nel suo insieme si è sentita impegnata con la convinzione che la strada maestra per affrontare i grandi temi della salute, i percorsi di riforma necessari e l'innovazione passa attraverso un costante e costruttivo coinvolgimento di tutti i protagonisti in gioco, dagli operatori sanitari di tutte le specialità e ambiti professionali ai cittadini (Consulta e parti sociali). Su questo piano specifico dobbiamo purtroppo ancora constatare troppe incertezze o sottovalutazioni sia nella parte politica (Assessorato provinciale) che in quella più tecnica (APSS). Quando si riforma un settore così delicato e importante come quello della salute pubblica la "mission" non può essere se non quella di costruire i vari passaggi in modo partecipato, coinvolgendo tutti gli stakeholder.

Per la Consulta per la salute
Il Presidente Renzo Dori

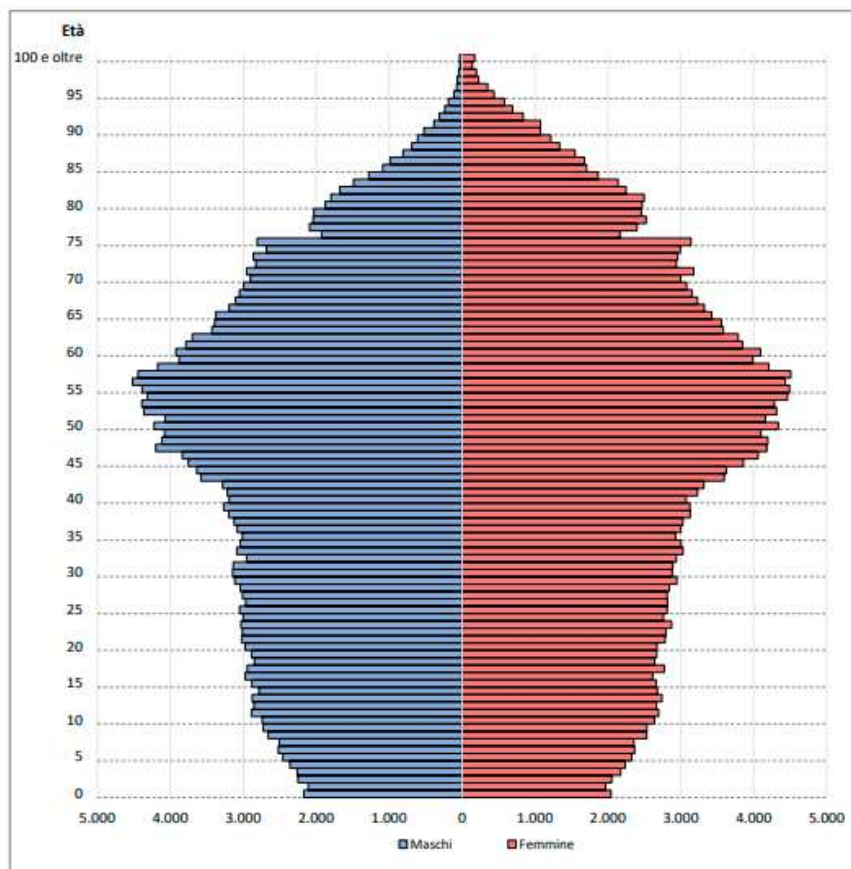
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2022 la **popolazione residente in Trentino** ammonta a 542.158 persone. Nel corso del 2021 i nati vivi residenti sono stati 4.185 e il conseguente tasso di natalità, pari a 7,7‰ abitanti, è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 6,8‰). Il numero **dei morti residenti è stato di 5.502 persone**, a cui corrisponde un tasso di mortalità del 10,1‰ abitanti, al di sotto della media nazionale pari al 12,0‰.

La struttura per età della popolazione, relativa al 2022¹, conferma un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata (figura 1). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 13,7% della popolazione totale, quelle di 65 anni e più rappresentano il 22,8% e le persone di 75 anni e più sono l'11,5%.

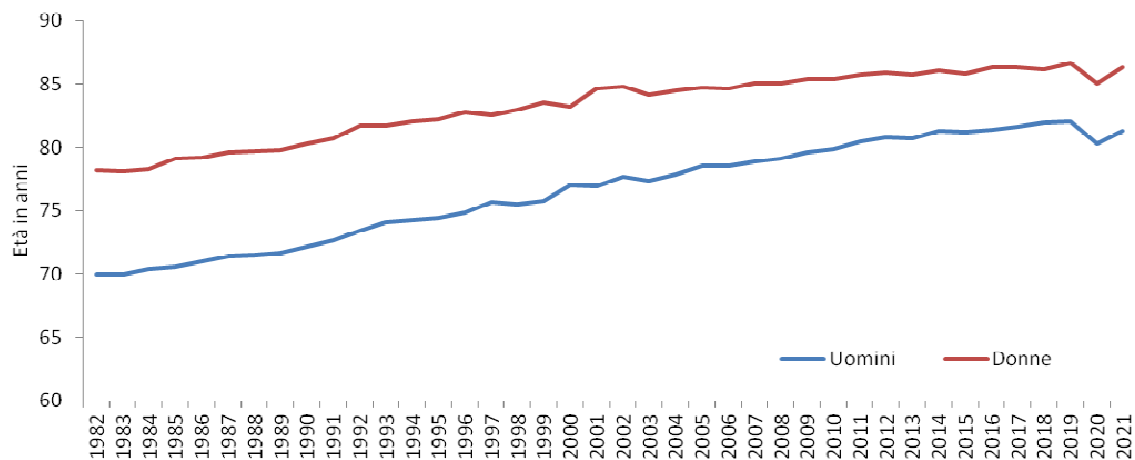
Figura 1. Popolazione residente in Trentino al 1° gennaio 2022 per genere e età.



La struttura per età della popolazione è il risultato congiunto delle seguenti componenti: natalità, mortalità e migratorietà. Il progressivo aumento del numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere (speranza di vita alla nascita) registrato negli ultimi decenni ha subito un arresto nel 2020 a causa della pandemia Covid-19. La speranza di vita è tornata a salire nel 2021 mostrando negli uomini un valore pari a 81,3 anni e nelle donne pari a 86,3 anni [figura 2]. L'indice di vecchiaia risulta superiore a quello dell'anno scorso ed è pari a 166,7, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 167 persone sopra i 64 anni, la media italiana è pari a 187,9. Il numero medio di figli per donna è 1,42 in Trentino, valore tra i più alti in Italia (secondo solo all'Alto Adige con 1,71). Tale valore è pari a 1,25 figli per donna in Italia.

¹ I dati e gli indicatori della popolazione al 1/1/2022 sono tratti dal sito <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 22/08/2022) e i dati sul movimento della popolazione sono tratti dal sito <http://www.statistica.provincia.tn.it> (ultimo accesso 22/08/2022)

Figura 2. Speranza di vita alla nascita in Trentino per genere. (ISPAT 1982-1988, Istat Health for All 1989-2016, Istat 2017-21²)



Gli stranieri residenti sul territorio provinciale al primo gennaio 2022 sono 48.726, 539 in meno rispetto al 2021, in linea con il trend in calo degli ultimi anni. La popolazione straniera costituisce il 9,0% della popolazione totale, la percentuale in Italia è uguale all'8,8%.

L'età degli stranieri è molto più giovane di quella della popolazione trentina, il 18% ha meno di 15 anni e meno del 6% ha 65 anni e oltre. I livelli di fecondità sono molto più elevati (tasso di natalità: 13,2‰ stranieri residenti rispetto a 6,9‰ dei residenti con cittadinanza italiana).

La Natalità

Anche nell'arco del 2021 l'emergenza dovuta alla pandemia da Covid-19 ha implicato la sospensione temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese dal 14 novembre 2020 al 31 maggio 2021. Altre ripercussioni della pandemia sono consistite nella riduzione della durata di degenza dopo il parto, sia per i parti vaginali che per i cesarei, nell'aumento dei parti a domicilio e nella riduzione della proporzione di parti da donne con cittadinanza straniera.

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2021, 3.948 bambini, a cui si aggiungono i 53 nati a domicilio, i 18 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e gli 88 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale complessivo di 4.107 neonati, con un aumento di 83 nati rispetto all'anno precedente (+2,1%). I nati da donne residenti sono 3.959, di cui 3.950 nati vivi.

Nel 2021 il *tasso di natalità* provinciale (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 7,7 nati vivi per mille residenti (valore in leggero aumento dopo un trend di costante diminuzione, mentre il tasso di fecondità totale è 1,42 figli per donna, valore secondo solo all'Alto Adige (1,71) nel panorama nazionale).

Nel 2021 il 45,7% delle donne dichiara di essere stata seguita da un'ostetrica del Percorso Nascita (dato in linea con quello del 2020, maggiore rispetto al 2019), il 24,6% da un ginecologo privato, il 20,4% da un ginecologo di struttura pubblica, il 3,8% da un ginecologo del consultorio familiare e l'1,6% da un'ostetrica privata (quasi esclusivamente per i parti a domicilio).

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2021, l'88,7% delle nascite trentine (87,0% nel 2020, 84,3% nel 2019 e 85,6% nel 2018). La proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali, nel 2021 rimane sui valori del 2019-2020, dopo il marcato decremento rispetto al 2018, con un valore pari al 5,6% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti (n=236). Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali della val di Fassa (16,7%), delle Giudicarie (10,0%) e della val di Fiemme (8,3%).

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.

² La speranza di vita 2021 è una stima, <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 22/08/2022)

Figura 3. Provincia di Trento. Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2021

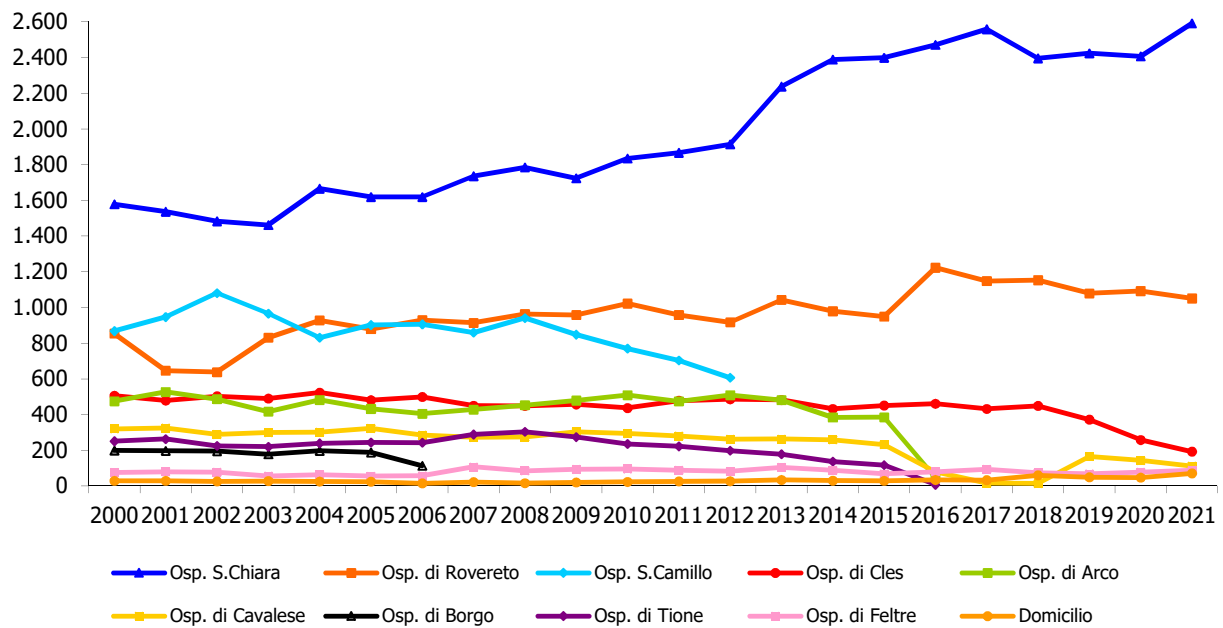
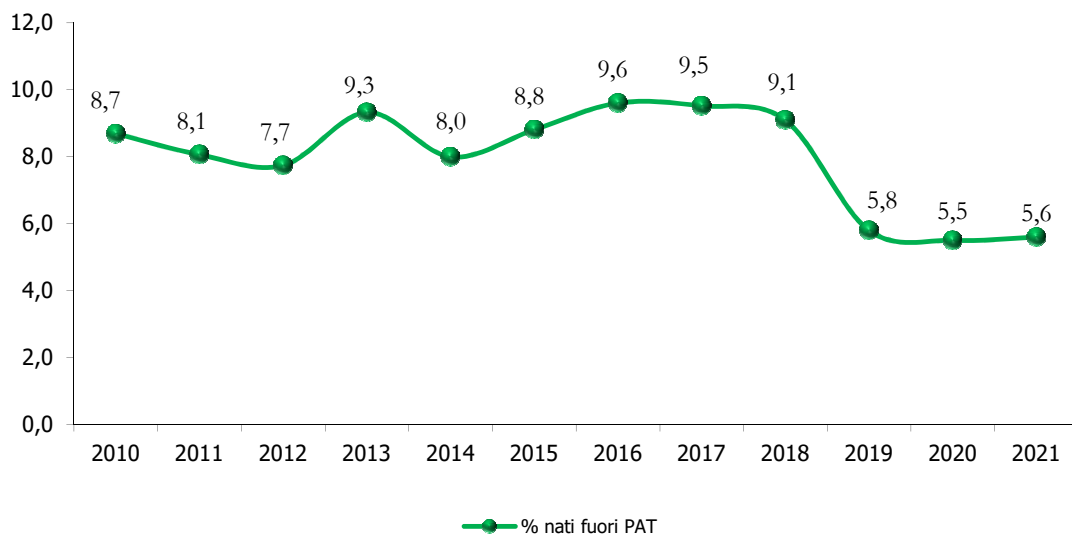


Figura 4. Proporzione di nati vivi di donne residenti, partoriti fuori provincia di Trento. Anni 2010-2021



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 2021 è pari al 21,2%, con un trend di decremento negli ultimi sei anni. L'età media al parto è di 32,1 anni: per le italiane 32,5 anni, per le straniere 30,6 anni. Anche l'età media al primo figlio (complessivamente pari a 30,7 anni) differisce significativamente in base alla cittadinanza materna: 31,1 anni per le italiane rispetto ai 28,6 anni per le straniere.

Tra le partorienti del 2021, il 3,1% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. L'11,1% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,1% delle gravidanze "naturali").

I controlli in gravidanza (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati nel territorio: la proporzione di madri con meno di quattro visite è del 2,3%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La

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

proporzione di donne che ha eseguito 2 ecografie (secondo quanto raccomandato nelle linee guida nazionali e internazionali) è al 4,6%. La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le straniere eseguono mediamente 3,8 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,1). Questo differenziale italiane/straniere si è comunque ridotto nell'ultimo triennio.

Per quanto riguarda le indagini prenatali in gravidanza, il 5,7% delle donne effettua almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi) per diagnosticare un'eventuale anomalia congenita. Il dato è in decremento negli anni e questo aspetto è da mettere in relazione con una crescente offerta di test di screening non invasivi: il test combinato è stato effettuato dall'84,6% delle madri (78,6% nel 2020, 74,6% nel 2019 e 69,6% nel 2018), il prelievo del DNA fetale dal 6,5% (4,2% nel 2020, 4,0% nel 2019 e 3,9% nel 2018).

La prevalenza di fumatrici in gravidanza sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2021 è pari al 6,0% (6,7% nel 2020, 5,9% nel 2019 e 6,6% nel 2018). La proporzione di donne fumatrici che ha smesso appositamente durante la gravidanza è pari al 7,2%, mentre il rimanente 86,8% risulta essere non fumatrice.

L'82,7% delle nullipare residenti frequenta un corso di accompagnamento alla nascita, proporzione in crescita negli ultimi 15 anni; il valore del 2021 ha raggiunto l'80% indicato come desiderabile dalle linee guida, probabilmente grazie all'offerta di partecipazione on-line.

Dopo i già ottimi risultati degli anni 2015-2020, la proporzione di parti cesarei nel 2021 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose (20,0%).

Nel 2021 i nati morti sono stati 10 (di cui 9 da donne residenti in provincia di Trento). Il tasso di *natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pari a 2,4 per mille nati. In Italia nel 2020 il tasso di *natimortalità* è stato 2,7‰.

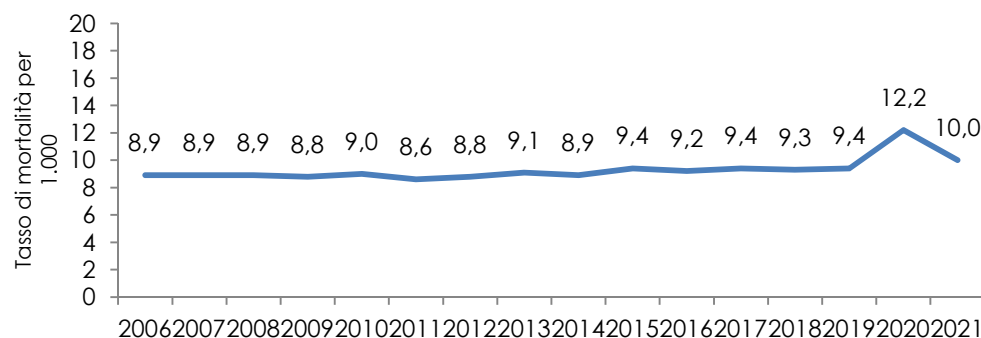
I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute, nonostante la percentuale di neonati ricoverati alla nascita rimanga elevata: 15,3% nel 2021, 13,3% nel 2020, 15,1% nel 2019 e 13,7% nel 2018 (rispetto all'11,1% del 2015 e all'8,4% del 2014); un Apgar inferiore a 4 è rilevato nello 0,39% dei casi, mentre il 4,6% dei nati vivi viene sottoposto a procedure di rianimazione (di cui lo 0,5% con intubazione). La degenza media per tutti i parti è di 2,5 giorni, valore in riduzione rispetto agli anni precedenti (era 2,6 nel 2020, 3,0 nel 2018-2019, 3,1 nel 2017 e 3,2 nel 2016).

L'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda la quasi totalità dei nati vivi (97,0%). La proporzione di nati vivi allattati in modo esclusivo o predominante al seno è pari all'82,3% nel 2021 vs. l'80,7% nel 2020, l'81,8% del 2019 e l'84,7% del 2018.

La mortalità generale

Nel 2021 sono decedute, in provincia di Trento, 5.445 persone, con un tasso di mortalità del 10,0‰. Il numero di deceduti e contestualmente il tasso di mortalità risentono, ancora nel 2021, dell'impatto della pandemia da Covid-19, anche se il dato sta rientrando verso il valore medio annuale provinciale. Il trend temporale del tasso grezzo per l'insieme delle cause di morte evidenzia bene questo fenomeno, con il valore che si mantiene, sostanzialmente, stabile tra il 2006 ed il 2019, mentre evidenzia un picco ascendente nel 2020 ed una flessione nel 2021.

Figura 5. Tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Istat, 2006-2021



La mortalità infantile

Nel 2021, in provincia di Trento si sono registrati 5 decessi nel primo anno di vita in bambini residenti (6 nel 2020). In 2 casi (40%) il decesso avviene entro le prime 24 ore di vita, in nessun caso entro la prima settimana, in 1 caso (20%) nel primo mese e in 2 casi oltre il 1 mese ed entro il 1 anno di vita (40%).

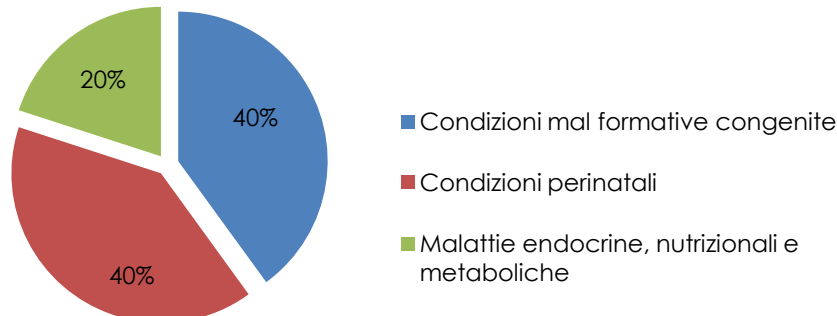
Nella tabella seguente sono riportati gli eventi riguardanti i casi residenti, suddivisi per le fasi cronologiche del decesso.

Tabella 1. Provincia di Trento. Mortalità neonatale ed infantile nei residenti. Anno 2021

N. decessi per periodo di tempo	Freq.	Freq. cum.	%	% cum.
N. nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	2	2	40,0	40,0
N. nati vivi e deceduti tra il 2° giorno e la 1° settimana	0	2	0,0	40,0
N. nati vivi e deceduti tra l'8° ed il 1° mese	1	3	20,0	60,0
N. nati vivi e deceduti oltre il 1° mese - 12° mese	2	5	40,0	100,0
Totale	5	—	100,0	—

Un basso peso alla nascita (<2.500g) occorre in 4 dei 5 casi (80%), una condizione di prematurità (<37 settimane di gestazione) occorre in tutti e 5 i casi. La causa del decesso è rappresentata in 2 casi da "Condizioni mal formative congenite" ed in 2 casi da "Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale". In 1 caso il decesso è stato causato da "Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche"

Fig. 6. Provincia di Trento. Mortalità infantile nei residenti. Per grandi gruppi di cause. Anno 2021



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.

Gli stili di vita: scelte individuali e condizionamenti ambientali Dati PASSI 2017-2021⁴

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%). Fumare è un'abitudine più diffusa tra gli uomini di cui il 26% è un fumatore rispetto al 18% delle donne. Inoltre, l'abitudine al fumo è più praticata tra i più giovani, tra le persone con difficoltà economiche e con basso titolo di studio.

Il 3% dei trentini fuma la sigaretta elettronica; nella maggior parte dei casi con nicotina (69%). È usata soprattutto da fumatori in aggiunta alla sigaretta tradizionale (73%), 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 8 casi su 10.

Il divieto di fumo è generalmente rispettato nei locali pubblici (96%) e in ambiente lavorativo (97%). Anche nella maggioranza delle case trentine non si fuma (91%), mentre in una percentuale contenuta, ma stabile nel tempo, si fuma in alcune stanze/ore/situazioni (7%) o addirittura sempre (2%), percentuali che scendono rispettivamente al 4% 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 30% gli adulti trentini consuma alcol a maggior rischio perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (3%) o prevalentemente fuori pasto (21%) o perché è un bevitore binge (14%) oppure una combinazione delle tre modalità, il 38% consuma alcol in maniera moderata e il 32% non ne consuma affatto.

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, infatti solo un uomo su 5 non consuma alcol (21%), rispetto a quasi una donna su 2 (43%), e ben il 39% degli uomini ne fa un consumo a maggior rischio, rispetto al 21% delle donne. 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 molto alte (58%), percentuali che scendono progressivamente all'aumentare dell'età. Infine, il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso tra i maschi italiani rispetto agli stranieri.

L'attenzione degli operatori sanitari sul consumo di alcol è estremamente limitata, solo una piccola minoranza, pari al 4%, dei consumatori a maggior rischio riceve dal proprio medico il consiglio di ridurre il consumo.

Una delle cause di mortalità prematura sono gli incidenti sulla strada, spesso causati da guida in stato d'ebbrezza: il 7% degli uomini e il 2% delle donne dichiarano di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 5% degli intervistati di avere viaggiato con persone che stavano guidando sotto l'effetto dell'alcol.

⁴ Nel corso del 2020 a causa della pandemia le interviste sono state condotte solo nei primi 6 mesi dell'anno. Le interviste utili per le analisi descritte in questo paragrafo (periodo 2017-2021) sono 2.039.

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, riduce la mortalità complessiva e il rischio di morte prematura. L'attività fisica migliora l'umore e rallenta il declino cognitivo.

La maggior parte degli adulti trentini è fisicamente attivo o lo è almeno parzialmente (60% e 26% rispettivamente), mentre il 14% è completamente sedentario⁵. È attivo il 65% degli uomini e il 56% delle donne. La pratica dell'attività fisica è più diffusa tra i giovani (71% nei 18-24enni rispetto al 58% dei 50-69enni) e tra le persone con elevati titoli di studio (62% tra i laureati rispetto al 55% di chi ha al più il titolo di scuola media).

L'attenzione degli operatori rispetto alla pratica dell'attività fisica è rivolta principalmente alle persone portatrici di qualche patologia o a rischio di svilupparne. Infatti il 27% dei trentini ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica, percentuale che arriva al 39% in caso di persone con patologie croniche, al 35% quando la persona è in sovrappeso e al 57% per gli obesi.

Un modo per incrementare l'attività fisica svolta è fare gli spostamenti abituali a piedi e/o in bicicletta. Il 53% degli adulti trentini ricorre alla mobilità attiva nei propri spostamenti quotidiani (il 48% fa tragitti a piedi, il 14% in bicicletta).

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

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

Sebbene tutti i trentini adulti consumino qualche porzione di frutta e/o verdura al giorno, la quota di persone che ne mangia la quantità minima consigliata è limitata ad una piccola percentuale di popolazione (14%), che oltretutto non tende ad aumentare nel tempo. La buona abitudine a consumare le cinque porzioni quotidiane di vegetali è più diffusa tra le donne (18% rispetto al 10% degli uomini) e al crescere dell'età (13% dei 18-24enni rispetto al 17% dei 50-69enni).

L'uso consapevole del sale riguarda il 60% degli adulti trentini, è più frequente fra le donne e cresce all'avanzare dell'età. Prestano più attenzione all'uso del sale le persone in eccesso ponderale, in particolare gli obesi (66%) e quelle ipertese (74%). A fronte di questi dati sulla consapevolezza dei cittadini del rischio per la salute associato a un eccessivo consumo di sale a tavola, solo il 14% riceve il consiglio medico di fare attenzione alle quantità consumate.

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 (34% vs 18%). Inoltre l'eccesso ponderale è una condizione più frequente 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 36% di chi ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto all'11% 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 74% degli obesi e il 39% dei sovrappeso).

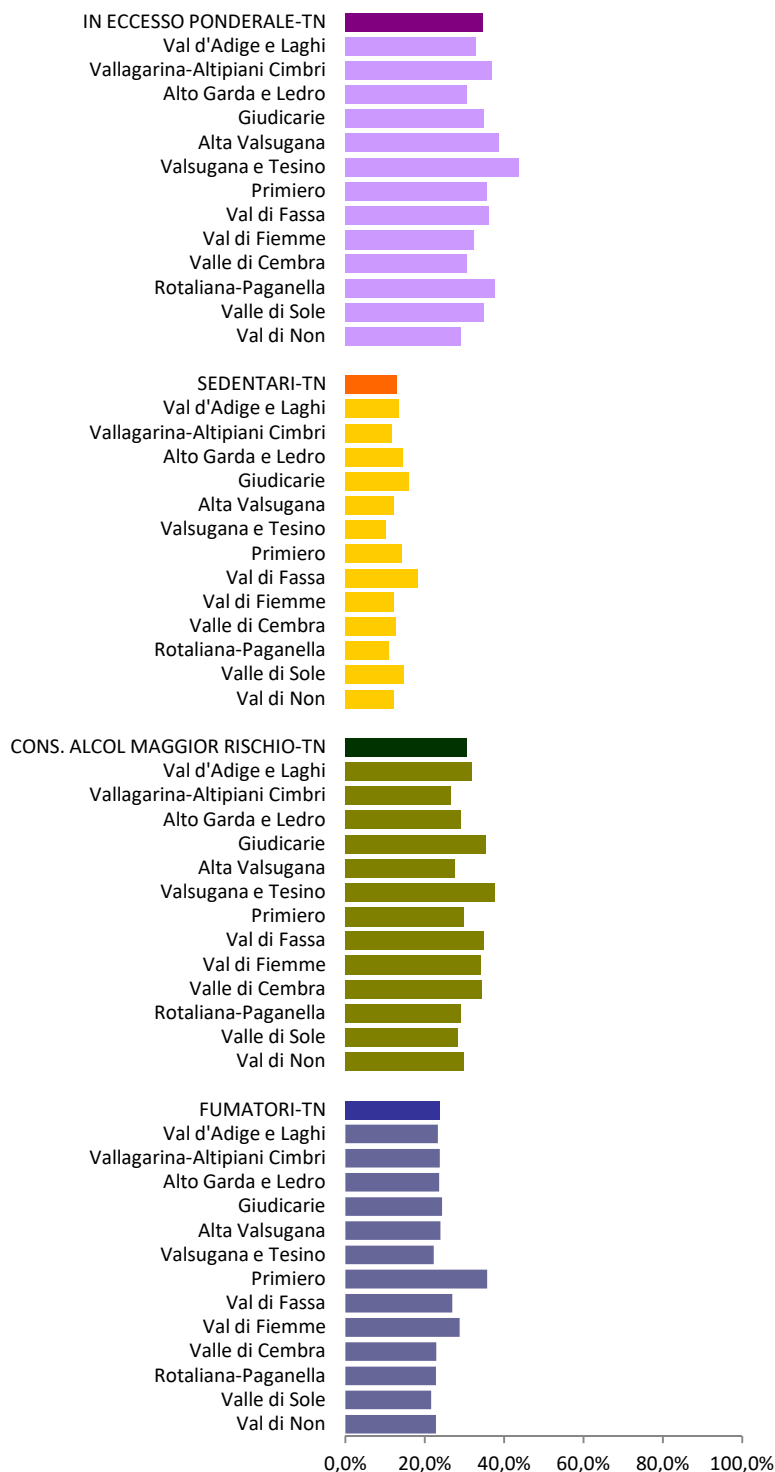
Disuguaglianze sociali ed effetti sulla salute. I fattori di rischio comportamentali, largamente responsabili delle principali malattie croniche, sono legati alle caratteristiche socio-economiche delle persone, tanto da distribuirsi nella popolazione secondo un gradiente sociale: sono maggiormente diffusi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

Pensando, quindi, di annullare le differenze dei determinanti sociali spostando tutta la popolazione nei livelli più favorevoli della scala sociale in Trentino ci sarebbero in meno circa 24.000 persone con problemi di peso (con una riduzione del 20%), 9.000 sedentari (-18%) e 14.000 fumatori (-17%).

⁵ Definizioni OMS 2020. Attiva: persona che svolge nel tempo libero almeno 150 minuti settimanali di attività fisica, moderata o intensa (i minuti di attività intensa valgono il doppio dell'attività moderata) oppure svolge un lavoro che richiede uno sforzo fisico notevole; Parzialmente attiva: persona che pratica attività fisica moderata o intensa nel tempo libero per meno di 150 minuti settimanali e non svolge un lavoro che richiede uno sforzo fisico notevole oppure non pratica attività fisica nel tempo libero ma svolge un lavoro che richiede uno sforzo fisico moderato; Sedentaria: persona che non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero e non lavora o svolge un lavoro sedentario

Figura 7: Fattori di rischio comportamentali. Prevalenze in provincia di Trento per rete professionale di residenza.

PASSI, 2012-2021⁶



⁶ A differenza dell'intero paragrafo in cui è stato considerato il periodo 2017-2021 in figura 6 è stato considerato il periodo 2012-2021 (n=5.253) che permette di ottenere la numerosità campionaria sufficiente a garantire la precisione delle stime del dettaglio territoriale.

INDICATORE: Stili di vita (PASSI) ■ 3,20

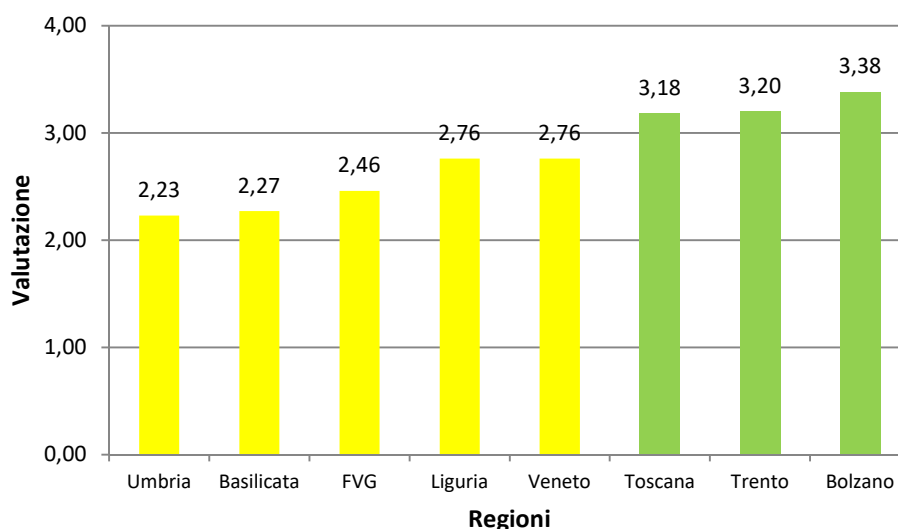
L'indicatore descrive lo stato di salute della popolazione attraverso il monitoraggio degli stili di vita e si muove lentamente nel tempo, pertanto, un miglioramento registrato oggi è determinato dalle scelte effettuate nel passato.

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

- A10.1.1 Percentuale di sedentari ■ 20,37%
- A10.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso ■ 33,34%
- A10.3.1 Percentuale di bevitori a rischio ■ 30,4%
- A10.4.1 Percentuale di fumatori ■ 21,2%.

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2021, la provincia di Trento ottiene un'ottima valutazione media (3,20), collocandosi al secondo posto dopo la provincia di Bolzano (figura 8.)

Figura 8. Stili di vita: confronto tra le regioni/province autonome aderenti al Network – S. Anna di Pisa 2021



INDICATORE: Promozione stili di vita sani (PASSI 2020-2021)

Il valore dei singoli indicatori è disponibile dalla rilevazione PASSI dell'Istituto superiore di sanità (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso 24/8/2022), 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 più attività fisica ■ 29,0%
- % persone obese consigliate dal medico o altro operatore sanit. di perdere o mantenere peso ■ 69,2%
- % persone sovrappeso consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare più attività fisica ■ 43,0%
- % bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno ■ 4,0%
- % fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare ■ 39,8%

Valutazione PASSI:

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

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Anche nel 2021 la pandemia e soprattutto la campagna vaccinale di massa anti SARS-CoV-2 hanno influito sull'organizzazione dei servizi che fanno parte del Dipartimento di prevenzione.

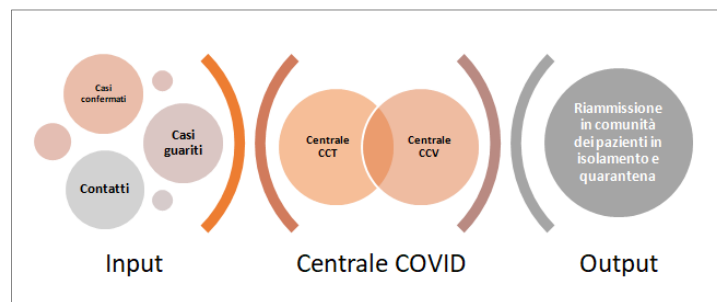
La capacità di risposta dei servizi preposti alla somministrazione delle vaccinazioni (servizi di igiene pubblica territoriale coordinati dall'U.O. Igiene e sanità pubblica) è stata notevolmente rafforzata grazie al contributo di professionisti provenienti sia dai Servizi del Dipartimento di prevenzione sia dell'intera APSS, sia dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sia da professionisti sanitari volontari che si sono resi disponibili.

LA CENTRALE COVID

La Centrale Covid, istituita il 1 Ottobre 2020, è un'articolazione funzionale della U.O. di Igiene e Sanità Pubblica e si occupa della presa in carico dei soggetti risultati positivi a Sars-Cov-2 e dei loro contatti stretti, per la gestione delle disposizioni di isolamento/quarantena, contact-tracing e fine isolamento/quarantena (anche scolastica).

La Centrale Covid è caratterizzata da un sistema complesso e dinamico, che si interfaccia con diversi servizi e professionisti coinvolti nel percorso del paziente/cittadino.

Fig. 9. Centrale Covid Dipartimento di Prevenzione, APSS Trento



La gestione dei casi e dei focolai richiede capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione. La complessità del processo in generale è legata a fattori di incertezza, esterni e interni al contesto, che determinano la necessità di modulare di continuo l'operato della Centrale Covid, di rivedere e riadattare il processo stesso e l'integrazione con tutti gli attori coinvolti.

Le frequenti modifiche delle disposizioni normative (indicazioni ISS, DPCM, D.L., Ordinanze Provinciali), definite sulla base delle nuove evidenze scientifiche e dei dati del Sistema di Sorveglianza Integrata Covid-19, comportano per la Centrale e i professionisti e servizi coinvolti nel processo, continui adeguamenti dello stesso; ad esempio la frequenza e il numero di tamponi per il monitoraggio dei casi indice e dei contatti, la durata del periodo di isolamento/quarantena variano in funzione delle indicazioni fornite dall'ISS e dal Ministero della Salute. Anche la tipologia di test diagnostici è definita sulla base delle suddette indicazioni e, dall'inizio dell'emergenza sanitaria, si è assistito ad un'evoluzione sulle possibilità a disposizione, dal tampone molecolare al test antigenico rapido, mediante tampone nasofaringeo o salivare. Le varianti del virus che si sono diffuse durante il 2021, hanno inciso ulteriormente sulle necessità di riadattamento del processo, sia in termini di tipologia e frequenza dei test diagnostici, che di tracciamento dei dati.

Il processo di gestione dei casi e dei contatti coinvolge più componenti tra loro interconnesse. La forte necessità di integrazione tra la Centrale e i cittadini con i servizi e i professionisti coinvolti nel percorso è un fattore di elevata complessità da amministrare. La Centrale collabora e si interfaccia con strutture e professionisti interni ed esterni all'Azienda; alcuni tra questi: i medici curanti (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta), le U.O. di Cure Primarie per la parte relativa all'assistenza domiciliare e per la gestione dei test diagnostici in modalità Drive e a domicilio, con gli Istituti Scolastici, con la Provincia, con la Logistica aziendale, con la Protezione Civile ecc. Anche la stretta connessione con il Numero Verde è inclusa nel processo, in quanto essa rappresenta il front office telefonico, si relaziona con il cittadino, accoglie le richieste di chiarimenti e segnala eventuali situazioni complesse o poco chiare alla Centrale.

Un'ulteriore attività che è stata gestita dalla Centrale Covid sono le richieste di informazioni e/o segnalazioni di difficoltà a reperire il Green Pass di guarigione. La Certificazione verde Covid-19 è rilasciata dal Ministero della salute in formato digitale e stampabile e viene generata in maniera automatica sulla base dei dati comunicati quotidianamente a livello centrale da Regioni e Province autonome. Una volta raccolte le informazioni la Piattaforma nazionale del Ministero della salute rilascia la Certificazione. Nel processo di trasmissione dei dati possono verificarsi problematiche che non consentono una corretta emissione della Certificazione verde. Dal giorno 11/08/2021 è attiva la segnalazione web (inserimento dei dati dal sito APSS), un format all'interno del quale il paziente inserisce i suoi dati e può descrivere la problematica.

L'elemento indispensabile per gestire la sorveglianza e la presa in carico dei casi Covid-19, è il sistema informatico gestionale, che ha snellito e agevolato le attività degli operatori, attraverso la digitalizzazione dei documenti, procedure informatizzate di acquisizione degli esiti dei test diagnostici e di messaggistica verso i pazienti a supporto dei corretti protocolli di isolamento e guarigione. Il continuo riadattamento dei processi si riflette anche sulla necessità di ristrutturazione del sistema informatico gestionale, che è stato modificato e aggiornato sulla base delle variazioni apportate al processo. La digitalizzazione dei processi ha dimostrato efficacia anche nella gestione delle quarantene scolastiche.

Tutti questi aspetti determinano un'elevata complessità organizzativa e richiedono soluzioni e strategie di gestione innovative, che si affiancano a un continuo sviluppo della tecnologia dell'informazione e della comunicazione.

Vengono descritte di seguito le attività corredate dei relativi volumi (fonte: *Report gestionale Salesforce e monitoraggio interno*).

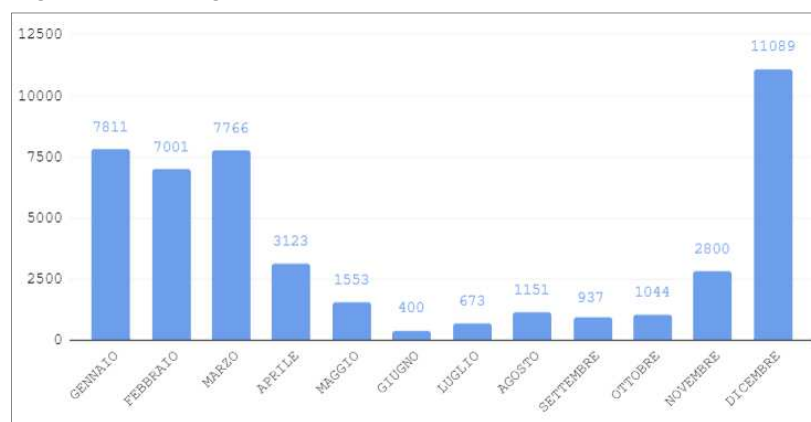
Contact-tracing, guarigione, scadenze di isolamento e quarantena.

Il servizio di Contact-tracing (Centrale CCT) ha preso in carico nel periodo dal 1 gennaio al 30 novembre 2021 un volume di **34.000** soggetti positivi che sono stati contattati per effettuare l'indagine epidemiologica per la ricerca dei contatti stretti e il loro quarantenamento. Durante il mese di dicembre, le positività sono state 5 volte superiori rispetto al mese precedente e il servizio ha gestito le attività di contact tracing secondo livelli di priorità definiti internamente (contatti familiari, casi in età scolare, casi all'interno di comunità, strutture residenziali ecc.). L'elevata informatizzazione raggiunta ha permesso la gestione di tutti i casi positivi in quanto i processi impostati forniscono l'acquisizione degli esiti dei test diagnostici e di messaggistica verso i pazienti a supporto dei corretti protocolli di isolamento e guarigione.

Tutti i casi positivi sono stati valutati anche in chiusura o proroga dell'isolamento (Centrale CCV). L'attività è comprensiva della chiusura degli isolamenti alla negativizzazione o al raggiungimento dei 21 giorni dei casi positivi e relativa proroga in condizione del permanere di sintomatologia. Inoltre gli operatori sono intervenuti nella chiusura delle quarantene dei contatti stretti dei casi positivi verificando la correttezza delle tempistiche e l'esito dei tamponi.

L'attività di contact tracing è volta anche all'individuazione dei focolai. Durante l'anno 2021 sono stati individuati e gestiti **142** focolai per un totale di 4.035 tra casi e contatti collegati. I focolai relativi ad ambito di contagio lavorativo sono stati gestiti in collaborazione con UOPSAL.

Fig.10. Casi Covid gestiti anno 2021



Tab.2 Segnalazioni Green Pass

SEGNALAZIONE GREEN PASS DI GUARIGIONE 2021	
GESTITE	794
DOPPIE/IMPROPRIE	449
Totale	1243

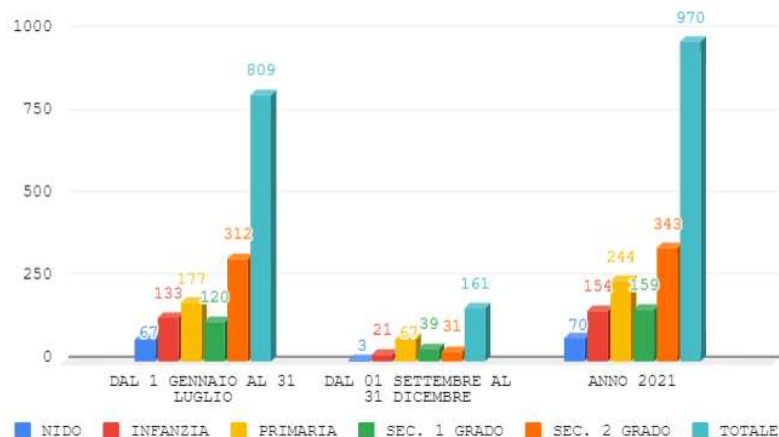
Focus isolamenti scolastici.

I dati di attività vengono ricavati indirettamente dal numero delle positività (Tab.2) rilevante in utenti in fascia di età scolare durante il periodo del Calendario scolastico (per l'anno 2021 0-5 anni: dal 7 gennaio 2021 al 31 luglio 2021 e dal 01 settembre 2021 al 31 dicembre 2021; 6+ anni: dal 7 gennaio 2021 al 12 giugno 2021 e dal 13 settembre 2021 al 31 dicembre 2021). Per ogni caso Covid in età scolare (dai 0 ai 19 anni) viene fatta una verifica puntuale su frequenza presso nidi, scuole di ogni ordine e grado e, secondo i criteri definiti dalla normativa, vengono posti in quarantena eventuali contatti stretti scolastici (gruppo/sezione).

Tab. 3. Positività fascia età 0-19 durante il calendario scolastico

ETA'	POSITIVI
0-2	681
3-5	873
6-10	1965
11-13	1366
14-19	2646
Totale	7531

Fig. 11. Numero sezioni isolate, anno 2021



LA CAMPAGNA VACCINALE COVID-19

La vaccinazione di massa anti Covid- 19 ha comportato un impegno organizzativo, professionale e logistico senza precedenti per il Dipartimento di Prevenzione. Sono stati allestiti n. 15 centri vaccinali distribuiti nel territorio provinciale secondo due modelli organizzativi: il primo utilizza strutture di grandi dimensioni (palestra, cinema, strutture per fiere,) all'interno delle quali è possibile organizzare la vaccinazione rapida e sicura di un elevato numero di persone e il secondo prevede una modalità "drive through" mutuando il modello gestionale di esecuzione dei tamponi per Covid-19 per garantire ad utenza e operatori i massimi livelli di sicurezza preventiva nei riguardi del rischio di contagio da Covid 19.

La campagna vaccinale ha preso avvio il 27 dicembre 2020 e i vaccini sono stati offerti a tutta la popolazione con più di 5 anni di età secondo un ordine di priorità stabilito a livello nazionale che tiene conto di diversi fattori: rischio di malattia, tipi di vaccino e disponibilità. Sono stati invitati per primi alla vaccinazione gli operatori delle strutture sanitarie, gli operatori e ospiti delle RSA, la popolazione over 80; successivamente i soggetti estremamente vulnerabili con rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi e letali di Covid 19, la popolazione di 70-79 anni e i lavoratori dei servizi essenziali e di seguito a step la popolazione generale. A partire dalla metà di settembre 2021 è stata offerta la dose booster a tutti i soggetti con più di 12 anni. Per la fascia d'età 5-11 anni la vaccinazione è iniziata il 16 dicembre 2021.

Dall'inizio della campagna vaccinale al 31 dicembre 2021 sono state somministrate in provincia di Trento 1.002.763 dosi di vaccino secondo quanto indicato in tabella 4.

Tabella 4. Dosi di vaccino contro SARS-CoV-2, per numero di dose. 27 dicembre 2020 – 31 dicembre 2021

Numero di dose	Frequenza
Prima	432.472
Seconda	393.492
Terza	176.799

I residenti in provincia di Trento che al 31 dicembre 2021 hanno completato il ciclo (prime 2 dosi di vaccino) sono 388.888. La copertura⁷ è pari al 75% senza differenze legate al genere delle persone (tabella 5).

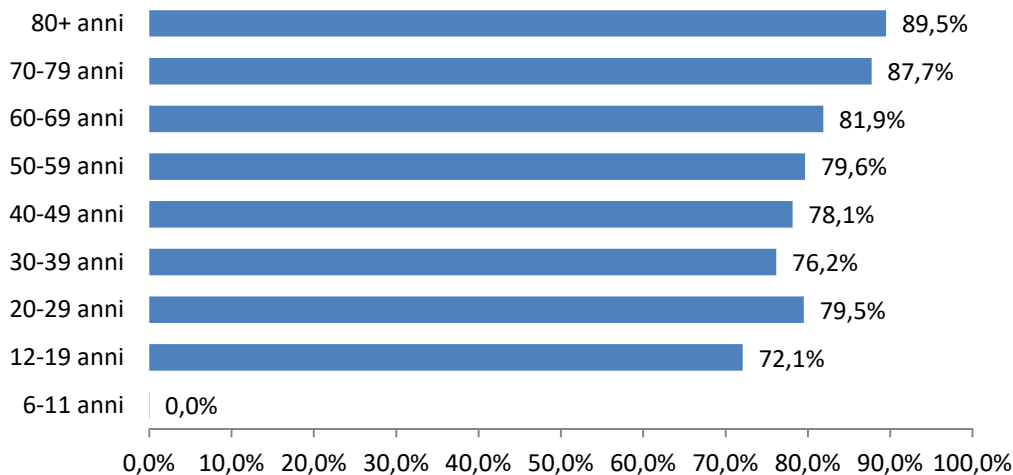
Tabella 5. Persone residenti in provincia di Trento che hanno ricevuto prima e seconda dose, per genere (età >5 anni). 27 dicembre 2020 – 31 dicembre 2021

Genere	Vaccinati (con 2 dosi)	Popolazione residente (al 01.01.2022)	Copertura vaccinale (%)
Donne	197.614	264.747	74.6%
Uomini	191.265	255.787	74.8%
Totale	388.879	520.534	74.7%

⁷ Tutte le coperture vaccinali sono calcolate sulla popolazione residente in provincia di Trento al primo gennaio 2022 (fonte ISTAT: <https://demo.istat.it/index.php>; ultimo accesso 6.9.2022)

Le coperture più elevate si osservano nelle classi di età molto anziane, mentre sono le classi di età 30-39 anni e prima dei 20 anni a mostrare i valori più bassi (figura 12).

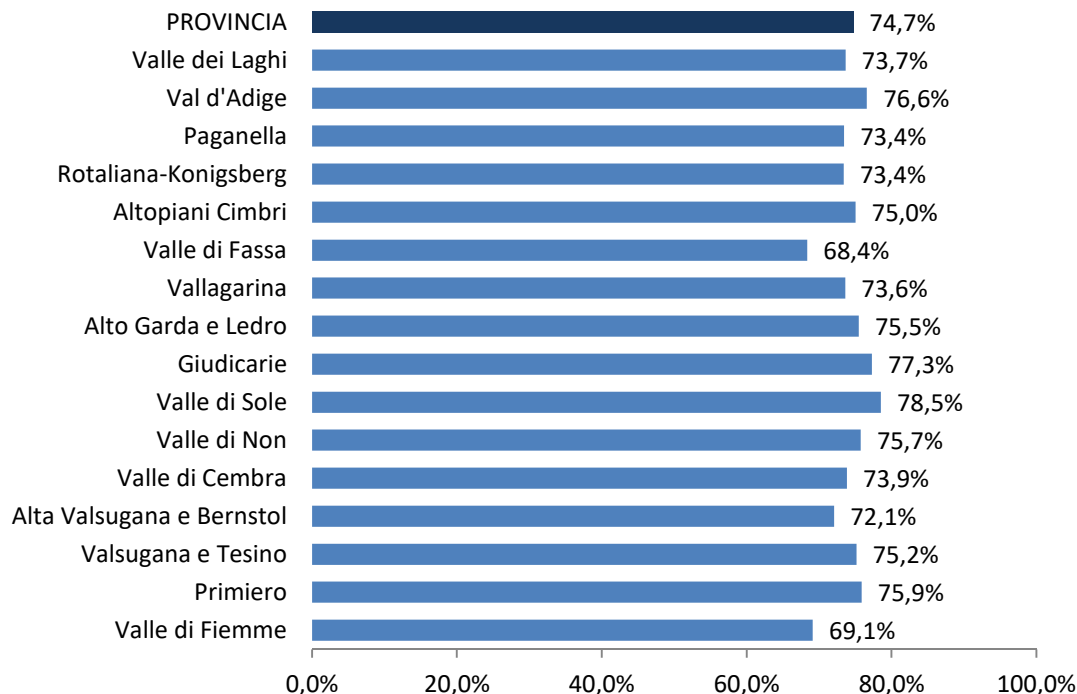
Figura 12. Persone residenti in provincia di Trento che hanno ricevuto prima e seconda dose, per età (età >5 anni). 27 dicembre 2020 – 31 dicembre 2021



L'assenza di vaccinazioni nella fascia di età 5-11 anni fino al 31.12.2021 è dovuta al fatto che la Commissione Tecnico Scientifica di AIFA (CTS) ha approvato l'estensione di indicazione di utilizzo del vaccino Comirnaty (Pfizer) per la fascia di età 5-11 anni (con una dose ridotta a un terzo del dosaggio autorizzato per adulti e adolescenti) e con formulazione specifica solo nella riunione del 1° dicembre 2021. L'implementazione della vaccinazione a livello territoriale è cominciata il 17 dicembre. Entro il 31.12 non era quindi possibile aver completato anche la seconda dose.

La distribuzione territoriale della copertura vaccinale mostra una relativa omogeneità seppur con le eccezioni della valle di Fassa e la valle di Fiemme che hanno coperture sensibilmente inferiori a quella media provinciale (figura 13).

Figura 13. Persone residenti in provincia di Trento che hanno ricevuto prima e seconda dose, per Comunità di Valle (età >5 anni). 27 dicembre 2020 – 31 dicembre 2021



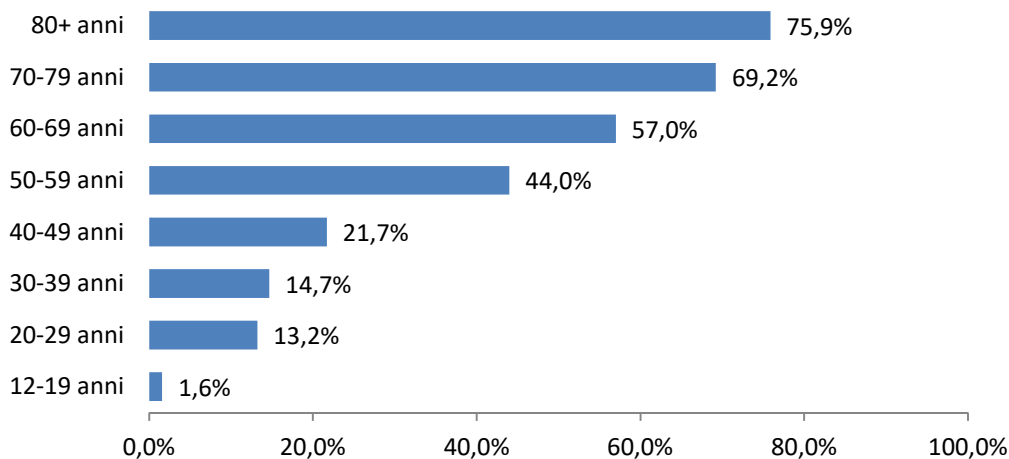
I residenti trentini che hanno fatto il richiamo (terza dose) sono 176.623, con una copertura pari al 34% (al 31 dicembre 2021) e più elevata tra donne (tabella 6).

Tabella 6. Persone residenti in provincia di Trento che hanno ricevuto la terza dose, per genere (età >5 anni). 27 dicembre 2020 – 31 dicembre 2021

Genere	Vaccinati (con 3 dosi)	Popolazione residente (al 01.01.2022)	Copertura vaccinale (%)
Donne	94.725	264.747	35.8%
Uomini	81.898	255.787	32.0%
Totale	176.623	520.534	33.9%

Le coperture delle terze dosi crescono al crescere dell'età delle persone. Raggiungono il 75% solamente per gli ultra 80enni e non arrivano al 50% per le persone al di sotto dei 60 anni (figura 14).

Figura 14. Persone residenti in provincia di Trento che hanno ricevuto la terza dose, per età (età >5 anni). 27 dicembre 2020 – 31 dicembre 2021



COPERTURE VACCINALI

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

Inoltre, le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, bensì, interrompendo la catena 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.

INDICATORE: B7 Valutazione di performance della copertura vaccinale 2.69

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

- B7.1 Copertura vaccinale MPR 94.4%
- B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani 46.9%
- B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) 61.7%
- B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari 34.8%
- B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico 89.5%
- B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico 92.1%
- B7.7 Copertura vaccinale esavalente 94.8%
- B7.8 Copertura vaccinale varicella 93.3%

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2021 la PAT ottiene una valutazione di performance media (2.69), in peggioramento rispetto al 2020.

Figura 15: Copertura vaccinale: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2021

Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	2,57
Friuli Venezia Giulia	2,39
Liguria	2,10
Lombardia	3,38
Marche	2,26
PA Bolzano	0,60
PA Trento	2,69
Puglia	2,34
Toscana	3,18
Umbria	2,99
Veneto	2,98

TUTELA DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico

La tutela della salute e della sicurezza nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico rappresenta uno dei programmi atti a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal Ministero della Salute nel 2017. Nelle attività di vigilanza, controllo e analisi che coinvolgono il personale del Dipartimento di Prevenzione, la conoscenza della complessità tecnica e impiantistica, nonché delle caratteristiche funzionali e dimensionali degli impianti esistenti, è un prerequisito fondamentale per la programmazione mirata dei controlli, per la corretta e tempestiva individuazione delle difformità, per la gestione delle eventuali situazioni emergenziali e per la diffusione delle buone pratiche di gestione.

La struttura semplice Ambiente e Salute, afferente all'U.O. Igiene e sanità pubblica, nell'ambito di tale attività, svolge le seguenti mansioni:

- . gestione archivio degli impianti esistenti
- . vigilanza sugli impianti natatori
- . campionamento e analisi delle acque delle piscine pubbliche o di uso pubblico

Nel corso degli anni 2019-2020, le attività sono state svolte secondo programmazione (tabella 7). Si segnala che l'attività ispettiva nel corso dell'anno 2021, sia pure in ripresa rispetto all'anno precedente, è stata comunque inferiore rispetto all'atteso a causa delle restrizioni legate alla pandemia da Sars-cov-2 che hanno comportato la chiusura degli impianti natatori.

Tabella 7 - Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico.

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Nr. DIA, Classificazione/Registrazione Deliberazione Giunta Provinciale P.A.T. N. 480	22	7	19
Nr. Ispezioni	68	20	30
Nr. Campioni	130	61	86
Nr. Prescrizioni a seguito di non conformità	19	8	37
Nr. Pareri tecnico discrezionale ai sensi art. 20 del DPR 380/01	8	2	3

Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione

Con il termine acque di balneazione sono indicate le acque dolci superficiali, correnti o di lago, e le acque marine nelle quali è possibile bagnarsi e svolgere attività ricreative o sportive.

La qualità delle acque di balneazione è fondamentale per la salvaguardia della salute dei cittadini e riveste un ruolo importante anche dal punto di vista della protezione dell'ambiente naturale e per gli aspetti economici nel settore del turismo.

Le mansioni svolte nell'ambito di tale programma prevedono:

- . Classificazione delle acque di balneazione

- . Valutazione della qualità delle acque di balneazione
- . Classificazione e monitoraggio delle acque di balneazione
- . Campionamento e analisi delle acque di balneazione
- . Informazioni alla popolazione e alle istituzioni

Nel corso degli anni 2019-2021 le attività sono state svolte secondo programmazione (tabella 8); è stata prodotta una reportistica specifica sulla qualità delle acque balneabili della Provincia di Trento.

Tabella 8 - Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Nr. Campioni di routine	283	266	265
Nr. Campioni suppletivi (per fuori limite)	0	3	0
Nr. Campioni tossicità alghe e sorveglianza (esame micro.)	115	118	118
Nr. Profili acque di balneazione	22	1	0

Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato

- . Promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute
- . Valutazione di possibili effetti sulla salute di esposizioni a fattori di rischio ambientale
- . Comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale
- . Partecipazione e supporto ad enti ed istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti ambiente e salute

Tabella 9 – Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita non confinato

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Commissioni, riunioni e gruppi di lavoro su problematiche ambientali	3	2	2
Pareri su impianti trattamento rifiuti (Discariche, CRM, CRZ, imp. di compostaggio)	2	1	2
Pareri su impianti trattamento rifiuti (richiesta APPA)	2	1	2
Siti contaminati - Pareri su progetti di intervento per la bonifica di siti contaminati	9	6	5
Siti contaminati - Pareri analisi del rischio	3	5	4
Siti contaminati - Pareri su progetto operativo bonifica	6	0	1
Pratiche per la VIA (proc. VIA, Proc di screening, pareri, RIA)	2	30	12

Tutela della popolazione dal rischio "amianto"

Alla struttura semplice Ambiente e Salute è affidata la valutazione dello stato di conservazione dei manufatti contenenti amianto, con particolare riguardo per quelli possibilmente presenti negli ambienti di vita. Negli anni 2019-2021 le ispezioni hanno riguardato esclusivamente le coperture in cemento amianto, trattandosi dei manufatti più frequenti negli ambienti di vita. In questi casi, come previsto dal Progetto di Mappatura provinciale delle coperture in cemento amianto, la verifica è finalizzata all'attribuzione di un indice di degrado che viene comunicato al Comune territorialmente competente.

- . Attività di controllo
- . Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute

Tabella10 – Tutela della popolazione dal rischio amianto

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Amianto – sopralluoghi per verifiche e campionamenti	5	24	28
Amianto – attribuzione Indice di degrado per le coperture in cemento amianto	5	24	28

Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici

L'U.O. fornisce la propria collaborazione per la procedura di rilascio e rinnovo della patente di abilitazione all'impiego dei gas tossici; l'abilitazione è rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione subordinatamente al superamento degli esami che constano di prove orali e prove pratiche, come previsto dal R.D. 9 gennaio 1927, n. 147.

Nell'anno 2019 e 2021 sono state indette 2 sessioni di esami, nel 2020 solo una a causa delle restrizioni correlate alla pandemia da Sars-Cov-2 (tabella 11)

Tabella 11 - Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Numero sessioni d'esame per l'abilitazione all'impiego di gas tossici	2	1	2
Numero di abilitazioni rilasciate - rinnovate	68	64	74

Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali

Nell'ambito delle attività previste per la tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali, alla struttura semplice Ambiente e salute spetta:

- . la vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture
- . la vigilanza sulla qualità delle acque termali Attività di controllo

L'attività, ridotta nel 2020 a causa delle limitazioni conseguenti alla pandemia da Sars-Cov-2, ha avuto una ripresa nel 2021.

Tabella 12 - Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Stabilimenti Termali - Nr. Campioni (controlli ufficiali)	95	28	48
Stabilimenti Termali - Nr. Campioni Microbiologici	95	28	48
Stabilimenti Termali - Nr. Campioni Chimici	80	24	48
Stabilimenti Termali - Nr. Richieste interventi e pareri acque minerali termali	8	1	2

Sorveglianza acque potabili

- . Vigilanza su impianti ed aree di rispetto
- . Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti

L'attività svolta è complessa e si compone di verifiche ispettive volte a verificare la conformità di impianti ed opere di captazione e attività di campionamento per verificare il rispetto dei requisiti previsti dal D.Lgs. 31/2001 dell'acqua destinata al consumo umano. A questa attività vanno aggiunti monitoraggi specifici per la ricerca di fitosanitari e per la ricerca del Radon e dei radionuclidi nell'acqua potabile. Nel 2020 sono inoltre stati introdotti campionamenti straordinari non previsti nelle precedenti programmazioni per la ricerca di PFAS nella rete acquedottistica dei Comuni di Condino e Storo.

Tabella 13- Sorveglianza acque potabili

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Acque Potabili - Nr. Ispezioni impianti di captazione	89	49	74
Acque Potabili - Ispezioni impianti captazione - acquedotti	78	46	67
Acqua Potabili - Nr. Campioni	1039	911	1176
Acqua Potabili - Nr. Campioni (controlli ufficiali)	989	862	1058
Acque Potabili - Nr. Pareri su impianti/acquedotti richiesti da enti pubblici e privati	1	2	1
Acque Potabili - Nr. Giudizio qualità e idoneità d'uso (art. 4)	11	6	7
Acque Potabili - Nr. Parere rinnovo/rilascio concessioni acque potabili	4	11	8
Acque Potabili - Nr. Pareri/comunicazioni Servizi PAT	11	8	8
Acque Potabili - Nr. Verifiche PAC (delibera nr. 1111 del 01/06/12)	9	4	2
Acque Potabili - Nr. Pareri/comunicazioni - Adeguamento opere alle previsioni del FIA	3	5	0
Acque Superficiali - Nr. Ispezioni impianti captazione - Nr. acquedotti	11	3	7
Acque Superficiali - Nr. Controlli Potabilità	96	73	74
Acque Potabili - Nr. Campioni ricerca Fitosanitari	11	11	11
Acque Potabili - Nr. Campioni ricerca Radon + alfa e beta (Chim.)	302 + 178	281 + 238	221 + 253
Acque Potabili - Nr. Campioni ricerca PFAS	---	4	58
Acque Potabili - Nr. Campioni per rinnovo concessioni	---	39	64

Altre attività

Attività del nucleo disinfestatori

Il nucleo disinfestatori garantisce l'esecuzione di interventi urgenti per la disinfestazione da animali o insetti infestanti nelle strutture dell'Azienda sanitaria e in altri ambiti o strutture che rivestono un interesse collettivo. Una minima parte dell'attività viene svolta su richiesta dei Comuni in abitazioni private.

Tabella 14 – Attività del nucleo disinfestatori

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi (totale)	1109	995	1071
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi nelle scuole	108	84	78
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi nelle strutture APSS	419	362	417
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi in strutture pubbliche	286	316	339
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi nelle RSA/cura	290	225	233
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi in strutture private	6	8	4

Sorveglianza e prevenzione della malattia del Legionario

La legionellosi è una malattia soggetta a obbligo di notifica nella classe II (DM 15 dicembre 1990); dal 1983 è anche soggetta a un sistema di sorveglianza speciale che raccoglie informazioni dettagliate in un apposito registro nazionale, che ha sede presso l'Istituto superiore di sanità (ISS).

In presenza di casi o cluster di malattia del legionario attribuibili a un soggiorno presso una struttura alberghiera o associabili a un ricovero, la Struttura semplice Ambiente e salute garantisce lo svolgimento dell'indagine ambientale presso le strutture sottoposte a sorveglianza (strutture sanitarie e strutture turistico ricettive); l'indagine ambientale è talvolta estesa anche alle abitazioni private, nei casi ove permane incertezza sul luogo in cui l'infezione è stata contratta. Nel corso delle indagini ambientali vengono raccolti campioni di acqua sanitaria per la ricerca di *Legionella* spp.

Accanto a queste attività previste dal sistema di sorveglianza della malattia, sono effettuati controlli preventivi presso le strutture alberghiere per verificare la presenza di un piano di gestione del rischio legionellosi.

Tabella 15 – Sorveglianza e prevenzione della malattia del legionario

Programma/prestazione	2019	2020	2021
Nr. Indagini ambientali	99	95	117
Nr. Campioni per la legionella Ospedali	118	131	158
Nr. Campioni per la legionella Strutture Ricettive	153	54	128

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

In APSS tale aspetto è affidato all'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. L'U.O. ha competenza su tutto il territorio della Provincia Autonoma di Trento.

La popolazione residente in Trentino raggiunge a gennaio del 2021 quota 542.000 suddivisa per 275.000 femmine e 268.000 maschi distribuiti, su 6.207,22 Km². Il numero di occupati alla fine dell'anno è di 236.500 (129.200 M - 107.300 F) segnando una leggera flessione rispetto al precedente anno (ISPAT).

Nel 2021 le imprese attive (CCIAA) confermano una leggera crescita (46.800) risaltando il profilo di piccole medie imprese (70% da 1 a cinque dipendenti).

I dettagli attinenti ai singoli settori di attività rivelano che il comparto con il maggior numero di imprese si conferma essere l'agricoltura e le attività ad essa connesse, che conta 11.839 unità (il 25,3% del totale delle imprese), sostanzialmente in linea con il valore dello scorso anno. Seguono il commercio con 7.692 unità (16,4% del totale) e un incremento dell'1,3% sulla precedente rilevazione; le costruzioni, con 6.864 imprese (14,6% del totale) e una crescita del 2,5% sul 2020; i servizi alle imprese che, con 6.737 unità attive (14,4% del totale), segnano uno degli aumenti più significativi, pari al 4,2% sull'anno precedente. L'analisi delle forme giuridiche mostra che, con 28.162 unità, le imprese individuali continuano a rappresentare l'assetto aziendale più diffuso. Seguono le società di capitale, con 11.645 unità, e le società di persone, con 10.209. Nel corso del 2021, solo le società di capitale e le imprese individuali hanno registrato un aumento pari rispettivamente a +3,2% e +1,2% sull'anno precedente; scendono invece dell'1,6% le società di persone. Al termine del 2021 le imprese artigiane, iscritte nell'apposito Albo gestito dall'Ente camerale, risultavano essere 12.311 con un aumento di 168 unità rispetto allo scorso anno. Anche in questo caso, si osserva un'inversione di tendenza rispetto al calo costante riscontrato nell'ultimo decennio. Questo stesso andamento positivo si rileva presso le imprese femminili, che aumentano complessivamente del 2,3% rispetto al 2020, presso le imprese giovanili (+3,3%) e presso quelle straniere, che registrano la performance migliore con un incremento del +7,3%. Per quanto riguarda la presenza di start-up innovative sul territorio, la provincia di Trento si attesta al secondo posto della classifica nazionale, staccata di poco dalla Lombardia. Buono anche il confronto con il dato

complessivo nazionale. Se, infatti, in Italia si contano 23,3 start-up ogni 10mila imprese, in Trentino questo numero sale a 36,9 per un totale di 189 unità attive, dato pressoché stabile rispetto al 2020 (erano 184)(CCIA Trento).

Per quanto riguarda i controlli, gli obiettivi degli stessi sono fissati da Piani Nazionali e Piani Provinciale, con riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza. Negli anni recenti, l'obiettivo dei controlli è stato assunto dalle regioni a seguito del "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (DPCM 17 Dicembre 2007). L'impegno era quello di realizzare controlli che garantiscano la copertura del 5% delle unità locali (con dipendenti o lavoratori autonomi) calcolate sulla base delle posizioni assicurative INAIL.

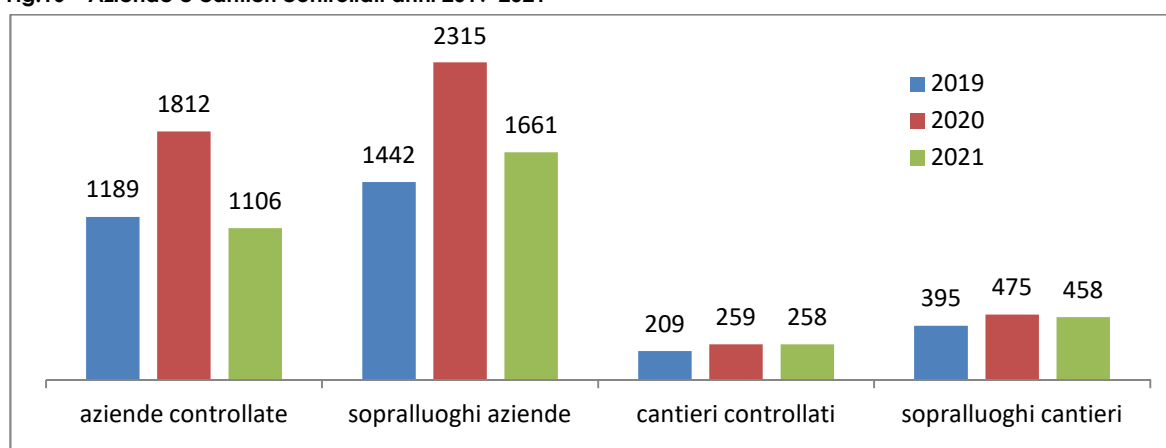
Va chiarito che nei "controlli" vanno annoverate tutte le attività di vigilanza che riguardano le aziende e non solo quelle condotte mediante sopralluogo o ispezione, ma anche le verifiche documentali o quelle effettuate mediante indagini indirette, incontri per verifiche del sistema di gestione, ecc.

UOPSAL negli ultimi 5 anni ha garantito il numero di controlli con percentuali prossime al 100% (95-99%) dell'obiettivo LEA. Di questi circa il 30% riguardano aziende del settore edile e il 6% del settore agricoltura, cui da anni sono dedicati specifici piani di settore permanenti.

Più variabile la quota di controlli in altri settori, in quanto risentono in buona parte delle inchieste su infortuni lavorativi e malattie professionali, degli interventi reattivi su segnalazione o denuncia e in parte anche da specifici programmi annuali dedicati.

Per quanto riguarda i dati di attività ci si voleva soffermare su alcuni trend che sottolineano l'andamento anche in relazione all'impatto avuto dall'emergenza covid. Nel 2021 le risorse di attività e di personale richieste dall'emergenza sono state fortunatamente più contenute e anche l'attività specifica di controllo è stata ridimensionata.

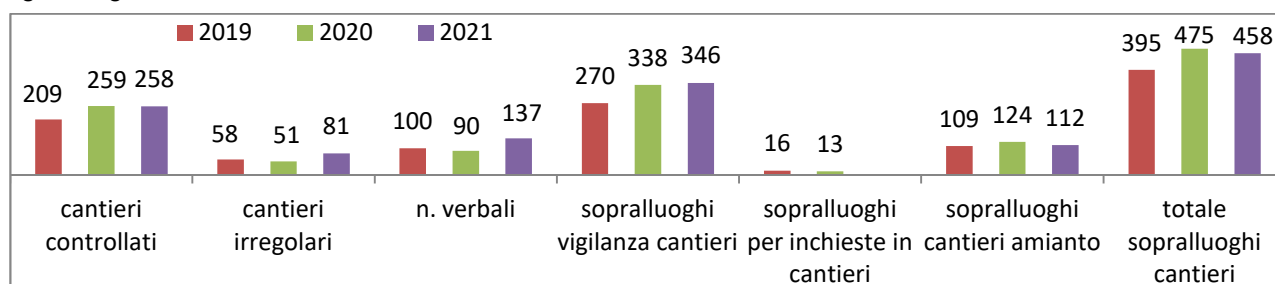
Fig.16 – Aziende e cantieri controllati anni 2019-2021



Nel 2020 era stata attivata l'attività di prevenzione con un'azione di sensibilizzazione e supporto alle aziende e ai lavoratori nell'applicazione degli specifici protocolli nazionali e provinciali. Questa è continuata anche nel 2021 ma con numeri più contenuti (circa 250) e in genere in risposta a segnalazioni da vari stakeholders.

Importante nel 2021 è stata l'attività nei cantieri favorita, da una parte, dal progressivo allentamento delle restrizioni pandemiche e, dall'altra, dall'opportunità offerta dagli incentivi statali (c.d. Super Bonus). Ciò ha determinato una crescente presenza sul territorio di cantieri di varia struttura e dimensioni sia in città che in periferia con centinaia di operatori del settore esposti a rischi spesso impattanti sulla salute e la sicurezza. Quindi una maggior attenzione ai controlli nei cantieri è anche confermata dai numeri con 260 cantieri controllati che, rispetto al 2019, vero anno di riferimento, vede un incremento di oltre il 25%. Come dato di interesse si evidenzia anche come l'attività prescrittiva sia stata significativa, riguardando più del 30% dei cantieri controllati (81/258). Il trend anche se con numeri non ancora definitivi si riscontra già nella prima metà del 22 con percentuali ancora più significative.

Fig.17 – Vigilanza Cantieri anni 2019-2021



Anche l'attività di controllo in agricoltura ha subito un forte incremento raddoppiando il numero di sopralluoghi (124 vs 63) così come i sopralluoghi nei cantieri forestali (>10).

L'attività prescrittiva nel complesso (n. verbali elevati) si è nuovamente portata sui valori pre-pandemia con un incremento di circa il 10%.

Il fenomeno infortunistico è di difficile lettura se consideriamo che molti eventi nel 2020 riguardano, in particolare in alcuni settori, le infezioni Covid. Riteniamo sia più opportuno rimandare il confronto con i dati relativi al 2022 che, ci auguriamo, dovrebbero risentire meno dell'andamento pandemico che si prospetta in attenuazione.

Certamente una riflessione andrà fatta sul fenomeno degli eventi mortali che nell'ultimo triennio mostrano un incremento consolidato anche se nel nostro territorio questo dato potrebbe essere condizionato da una forte presenza di lavori forestali, aggravato almeno nel nostro territorio dal notevole incremento dell'attività di disboscamento delle aree colpite dalla tempesta VAIA di fine 2018. Dalla rilevazione degli infortuni nel settore forestale nel triennio sono stati registrati 32 eventi infortunistici di cui quasi il 10% ad esito mortale sottolineando la necessità di attenzionare ulteriormente il settore con un approccio preventivo in ottica proattiva e non solo di controllo repressivo.

Per le malattie professionali si può fare un analogo discorso anche se in questo caso l'elemento condizionante è rappresentato dall'attività di sorveglianza sanitaria che ha risentito di un contenimento più marcato ovviamente nel 2020 ma che anche nel 2021 ha avuto una dimensione non trascurabile. Il numero di malattie professionali segnalate è in questi due anni pertanto in diminuzione ma anche in questo caso riteniamo che una lettura più congrua alla situazione possa essere fatta alla luce dei dati del 2022.

Per quanto riguarda il personale negli ultimi tre anni il numero di tecnici della prevenzione che operano all'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (U.O.P.S.A.L.) è stato nell'ultimo anno incrementato e pur risentendo di una situazione di carenza comune a livello nazionale, si mostra in controtendenza da quello registrato a livello nazionale.

Nel complesso, le condizioni di sicurezza sul lavoro in Trentino, nonostante alcuni trend sfavorevoli, appaiono abbastanza buone e il grado di adempimento delle normative è 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, si ribadisce, 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 e che continueranno nel prossimo quinquennio anche in osservanza delle linee di indirizzo contenute nel piano di prevenzione in corso di programmazione nazionale e provinciale.

INDICATORE: Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) ■ **1,97**

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 ■ **1,77**

F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti ■ **6.03%**

F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati ■ **2,43 %**

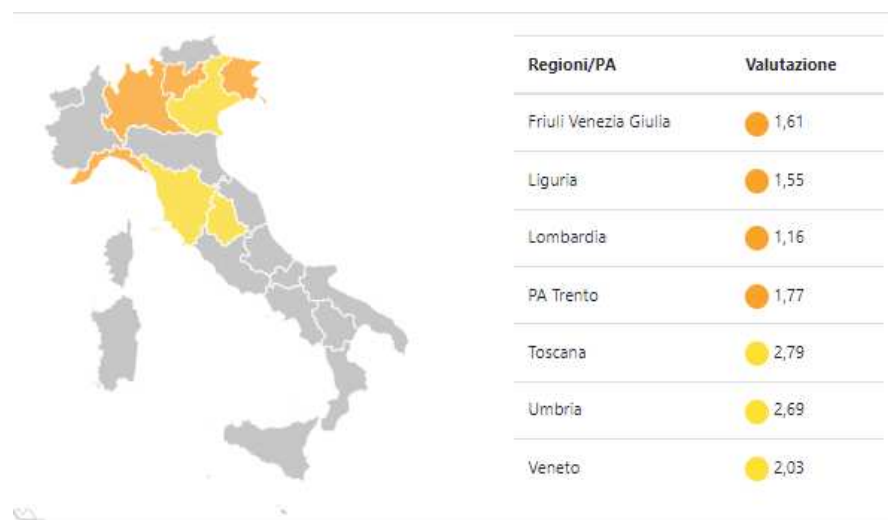
F15.3 Efficienza produttiva ■ **2,17**

F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL ■ **42,58% %**

F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL ■ **70.13%**

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

Figura 18: Sicurezza sul lavoro: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2021



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 diffusive degli animali;
- la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive 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 16	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
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	1.790	2.083
Numero di ovini/caprini sottoposti a controllo sierologico individuale per brucellosi nell'ambito dei piani di profilassi ufficiali	36.724	23.983	22.285	22.090	16.436	14.642	17.911
Numero di bovini sottoposti a prova intradermica per tubercolosi nell'ambito dei piani di profilassi ufficiali	39.010	23.522	15.735	23.686	16.187	22.594	17.149
Attestazioni sanitarie per le movimentazioni degli animali da reddito rilasciate	4.903	5.860	5.435	5.331	5.502	4.936	4.383
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	744	775
Numero di gatti di colonia sterilizzati	468	469	711	641	694	557	762
Numero di episodi di morsicatura da parte di animali d'affezione controllati	384	379	445	505	479	313	385
Numero interventi su segnalazione per animali selvatici	225	182	204	213	198	195	313

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. Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate

Questo indicatore esprime la capacità del controllo ufficiale di:

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

Dal 2016 sono stati applicati indici di copertura non uniformi per le diverse macrocategorie di imprese che tengono conto delle valutazioni del rischio effettuate negli anni precedenti: la frequenza dell'attività di controllo è stata modulata in base alle tipologie e alle dimensioni delle imprese alimentari, salvaguardando l'indice generale di copertura richiesto dal Piano provinciale integrato dei controlli per il triennio 2020-2022 e dalle Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004.

Non possono essere assicurate le coperture indicate nelle sopracitate linee guida con il personale ispettivo presente nel servizio. Il fabbisogno di personale è stato segnalato alla direzione.

Tabella 17. Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate sul totale e percentuale di imprese controllate sul totale in anagrafe.

	2017	2018	2019	2020	2021
N° Imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate/N° imprese alimentari di produzione e confezionamento in anagrafe	40,3%	39,5%	48,3%	37,5%	39%
N° imprese alimentari controllate /N° imprese alimentari in anagrafe (esclusi i produttori primari)	14,9%	16,8%	18%	13%	10%

Nel 2021 le attività del SIAN è stata caratterizzata da un elevatissimo numero di allerte che hanno distolto dall'attività di controllo ufficiale più di 2 delle 9,5 unità di personale equivalenti in servizio. Durante le attività sul territorio numerose imprese di ristorazione pubblica - presso le quali erano stati programmati controlli - sono risultate sospese. Questa situazione ha portato ad un'ulteriore spreco di tempo per il personale ispettivo.

Le imprese alimentari con relazione di controllo con almeno una non conformità sono state 45 ed hanno dato luogo a:

- 17 sanzioni amministrative di cui 5 su utilizzatori di fitosanitari;
- 31 provvedimenti prescrittivi
- 1 sospensione di attività

Sono stati emesse 504 attestazioni ai fini di esportazione verso paesi terzi.

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 18. Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<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%)	89.993 (100%)	99.330 (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%)	203 (100%)	157 (96%)
<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%)	638 (106%)	765 (112%)

L'esito delle attività ha portato a:

- formalizzazione del giudizio di commestibilità (ammissione o esclusione dal consumo umano) sul 100% delle carcasse degli animali ammessi negli impianti di macellazione;
- formalizzazione, a seguito di rilievo di non conformità, di 18 provvedimenti prescrittivi (4 in stabilimenti riconosciuti, 14 in strutture registrate) e di 3 contestazioni di violazione amministrativa;
- 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 progetto che coinvolge le classi

L'indicatore esprime la capacità del sistema sanitario provinciale di raggiungere la popolazione scolastica. L'indicatore è calcolato dal rapporto che vede al 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 19. Numero degli istituti aderenti sul totale degli istituti target, per progetto che coinvolge le classi

	Anno Scolastico		
	2019-20	2020-21	2021-22
Sana alimentazione e attività fisica	54 (44.3%)	62 (50,8%)°	30(55%)*
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	68 (55.7%)	62 (50,8%)°	30(55%)*
Benessere socio-affettivo sessuale	107 (87.7%)	-*	110 (90%)
Primo soccorso	52 (91.2%)	-*	49 (89%)

*Attività rivolta agli istituti superiori mentre per gli Istituti Comprensivi sono ora previsti seminari rivolti agli insegnanti e personale ATA

INDICATORE: istituti aderenti ad interventi di educazione e promozione alla salute sul totale degli istituti target, per progetto che coinvolge le classi

Tabella 20. Media ore per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2019-20	2020-21	2021-22
Sana alimentazione e attività fisica	6	6	8
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	29	33	32
Benessere socio-affettivo sessuale	35	38	37
Primo soccorso	65	65	64

Da febbraio 2020 il Servizio Promozione alla salute ha rimodulato la propria attività in funzione delle priorità dettate dalla **pandemia COVID-19**. Anche nel 2021 il Servizio ha proseguito nell'interlocuzione con le autorità scolastiche e dei servizi conciliativi al fine di predisporre i documenti di riferimento per la prosecuzione delle attività: protocollo salute e sicurezza nelle scuole – Covid 19 scuole dell'infanzia (3-6 anni), giugno 2021 e successive rivisitazioni, Gruppo interdipartimentale: dipartimento prevenzione e istruzione; protocollo salute e sicurezza nelle scuole – Covid 19 nidi d'infanzia e micronidi (0-3 anni), giugno 2021 e successive rivisitazioni, Gruppo interdipartimentale: dipartimento prevenzione e istruzione; protocollo salute e sicurezza nelle scuole – Covid 19 Servizi conciliativi ed estivi 2021 per bambini ed adolescenti, giugno 2021 e successive rivisitazioni, Gruppo interdipartimentale: dipartimento prevenzione e Agenzia per la famiglia.

Programmi organizzati di screening per patologia tumorale

Le campagne di screening sono interventi di prevenzione secondaria: non evitano l'insorgenza del tumore (un traguardo raggiungibile con l'adozione di uno stile di vita salutare e con strategie di prevenzione primaria) ma hanno l'obiettivo di intercettarlo per tempo, quando è ancora facilmente curabile senza compromettere gravemente la qualità della vita. Gli screening sono esami condotti a tappeto su una fascia di popolazione piuttosto ampia che risulta a maggior rischio di sviluppare il tumore rispetto al resto della popolazione. Lo screening organizzato non è semplicemente un test, ma un percorso che prevede la ripetizione della stessa indagine ad intervalli regolari e pianifica una serie di tappe in risposta al risultato di queste indagini. Chi aderisce allo screening, perché in fascia d'età definita a rischio, viene accompagnato in tutto il percorso, anche di fronte ad una diagnosi di tumore e anche dopo il trattamento che si rende necessario. L'attivazione di campagne di screening organizzato tende a ridurre il numero di persone che eseguono uno screening spontaneo. In Trentino, come in tutto il territorio nazionale, le campagne di screening oncologico sono attive su tre tumori: collo dell'utero, mammella e colon retto.

Durante l'esordio della pandemia COVID-19 i tre programmi di screening erano stati temporaneamente sospesi, causando un ritardo nell'invito alle persone sane. Il ritardo è stato recuperato pienamente per i percorsi Cervicale e Colorettale rispettivamente nei mesi di Gennaio e Febbraio 2021. Per lo screening mammografico il recupero del 2020 è stato più difficoltoso; ma si è comunque colmato nel primo semestre del 2021.

Nel 2021, in attuazione del Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025, che vede un programma di attività dedicato agli screening oncologici, sono stati avviati i lavori per coniugare le strategie di vaccino-profilassi HPV al percorso di screening per il tumore della cervice uterina, per aumentare l'offerta di screening mammografico alle Donne di 45-74 anni e per valutare l'opportunità di estendere lo screening per il tumore del colon-retto anche alle persone di 70-74 anni.

Screening per il tumore del colon-retto: l'invito della popolazione (Donne e Uomini di 50-69 anni) non ha subito arresti di attività del 2021. Nel 2021 sono state invitate 79.469 persone. Il pieno recupero degli inviti del 2020 è avvenuto nel mese di febbraio 2021. L'adesione purtroppo, a causa del sistema di conferimento del campione per la ricerca del sangue occulto fecale, reso difficoltoso dalle misure per la gestione della pandemia, ha subito una riduzione rispetto agli anni precedenti.

Screening per il tumore della cervice uterina: l'invito al primo livello delle donne, di età compresa tra 25 e 64 anni non ha subito alcuna variazione dovuta alla pandemia. Nel 2021, a fronte di 29.596 Donne da coinvolgere, sono state invitate 30.188 Donne. L'adesione non ha subito variazioni rispetto al periodo pre-COVID19.

Screening per il tumore della mammella: il programma ha mantenuto una accelerazione negli inviti per tutto il 2021. Nel 2021, per tutte le Donne che non hanno avuto accesso allo screening è stato possibile garantire un invito. Il pieno recupero è avvenuto nella prima metà del 2021. Il recupero del ritardo del 2020 ha comunque avuto un impatto anche per le Donne da invitare nel 2021. La situazione dello screening mammografico, il più penalizzato dalla pandemia, si normalizzerà entro la fine del 2022. Nel 2020 sono state invitate 49.501 Donne (50-69 anni) che hanno partecipato allo screening in proporzione analoga a quella degli anni precedenti.

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 superare il 90% per tutti i programmi. Nell'anno 2021 sono stati recuperati i ritardi dovuti alla sospensione degli screening oncologici nella prima fase pandemica.

Tabella 21. ESTENSIONE dell'invito al programma di screening

	2017 (annuale)	2018 (annuale)	2019 (annuale)	2020 con sospensione Marzo- Maggio (annuale)	2021 con recupero (annuale)
Cervice uterina	104%	100,5%	99,6%	98%	102%
Mammella	108%	94,4%	100,7%	40%	134%
Colon retto	103%	106%	110,9%	87%	127%

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 22. ADESIONE ai programmi di screening

	2017	2018	2019	2020	2021
Cervice uterina	53,2%	61,7%	62,4%	61,3%	62,6%
Mammella	82,1%	83,9%	80,2%	80,0%	78,7%
Colon-Retto	56,7%	56,2%	49,5%	51,5%	48,0%

INDICATORE: Valutazione di performance degli screening oncologici ■ 4.03

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 ■ 4,03

B5.1 Screening mammografico ■ 3.42

B5.1.1 Estensione screening mammografico ■ 84.85 %

B5.1.2 Adesione screening mammografico ■ 78.62 %

B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti 100%

B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina 102.7

B5.3 Screening coloretale ■ 3,68

B5.3.1 Estensione screening coloretale ■ 111.84 %

B5.3.2 Adesione screening coloretale ■ 48.57 %

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2021 APSS ottiene una valutazione di performance ottima (4.03) e sostanzialmente stabile rispetto al 2020 (4.47), confermandosi la migliore realtà del network.

Figura 19. Screening oncologici: confronto tra le regioni/PA aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2021



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	1,52
Friuli Venezia Giulia	3,79
Liguria	1,93
Lombardia	3,56
PA Bolzano	2,88
PA Trento	4,03
Toscana	3,23
Umbria	4,01
Veneto	3,89

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 programma di attività 2021 è stato impostato per dare continuità ai processi fondamentali dell'integrazione socio-sanitaria. Dato il perdurare dell'emergenza Covid, tuttavia, le attività di Integrazione socio sanitaria hanno subito anche nel 2021 modifiche e rallentamenti.

In particolare, le attività afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria sono state condizionate dai continui cambiamenti legati alle rimodulazioni degli assetti dei servizi (chiusure, chiusure parziali, riaperture, cambi di destinazione d'uso...). Parimenti, il lavoro di implementazione di sistemi informativi per la gestione delle attività e delle strutture che afferiscono all'integrazione socio sanitaria è stato caratterizzato da un notevole impegno per far fronte a tali rimodulazioni.

Si riassumono di seguito le azioni realizzate in risposta all'emergenza Covid e si evidenzia altresì l'impatto che l'emergenza ha avuto sulla gestione delle attività ordinarie afferenti all'area dell'integrazione sociosanitaria:

- come noto il sistema RSA è stato fortemente colpito dall'emergenza Covid. Al di là degli aspetti prettamente sanitari ed assistenziali, il sistema è stato interessato da numerose azioni a livello organizzativo:
 - le azioni volte a contrastare l'epidemia hanno compreso l'attivazione e l'organizzazione di strutture specificatamente dedicate all'accoglienza dei malati e successivamente delle persone guarite che necessitavano di ulteriore assistenza in ambiente protetto, con conseguente adeguamento dei sistemi informativi di APSS e RSA (posti letto/strutture Covid, PL Temporanei, PL di sollievo straordinario);
 - APSS ha sostenuto le RSA nella definizione e implementazione dei piani Covid per l'erogazione in sicurezza delle attività, in ottemperanza alle Direttive e Linee guida provinciali;
 - è stato mantenuto il sistema di registrazione dei dati a supporto della Task Force provinciale, con apposita sezione dedicata agli ospiti di RSA
 - è ripresa la vigilanza tecnico-sanitaria delle RSA, sospesa nel 2020. La vigilanza amministrativa è stata svolta, come nel 2020, sugli atti documentali.
- per quanto riguarda le altre strutture afferenti all'area dell'integrazione, le attività dei Centri diurni per anziani, dei Centri residenziali per disabili, dei Centri diurni socio riabilitativi per disabili, delle Comunità socio sanitarie per adulti sono state necessariamente rimodulate in base all'andamento pandemico;
- APSS ha sostenuto anche queste strutture nella definizione e implementazione dei piani Covid per l'erogazione in sicurezza delle attività, in ottemperanza alle Direttive e Linee guida provinciali;
- l'attività dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle UVM in tutte le aree di fragilità individuate dalla legge (anziani, disabilità, età evolutiva, salute mentale e dipendenze) è stata condizionata dalla necessità di essere effettuata in parte in modalità a distanza. I dati relativi alle attività delle UVM sono riportati successivamente con indicatori specifici ed evidenziano comunque una ripresa delle attività rispetto al 2020;
- è stata garantita la continuità nell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) per i piani ADI, ADICP, ADPD. L'attività è stata rimodulata secondo le indicazioni delle linee guida per la gestione dei servizi in condizione di sicurezza, tra le quali è stata anche prevista la possibilità di trasformazione dell'intervento di assistenza domiciliare socio assistenziale in servizio socio sanitario in presenza di un piano in favore di un utente sospetto o Covid positivo;
- per quanto riguarda l'assegno di cura, nel corso del 2021 le visite di accertamento dello stato di non autosufficienza sono state svolte in presenza anziché da remoto come nell'anno precedente.

Si dà di seguito anche evidenza di alcune attività realizzate nel corso dell'anno:

- tra le strutture dell'integrazione sociosanitaria è stata inserita la Comunità gestita da ATSM Onlus - Associazione trentina sclerosi multipla. La Comunità offre accoglienza residenziale a persone affette da sclerosi multipla o da patologie neurologiche similari nelle conseguenze (come ictus, parkinson, esiti politraumatismi ecc.);
- tra le strutture dell'integrazione sociosanitaria è stata inserita altresì la Comunità Casa Lamar, gestita da CTS Centro Trentino di Solidarietà onlus. La Comunità ospita pazienti affetti da Hiv/Aids e da altre malattie debilitanti, anche correlate alla malattia;
- sono proseguiti in collaborazione con Fondazione Demarchi i percorsi informativi e formativi a supporto dei caregiver, con l'obiettivo di far acquisire consapevolezza nei caregiver stessi, negli operatori e in generale nell'opinione pubblica dell'importanza di questa figura e delle problematiche connesse al ricoprire questo ruolo;
- sono proseguiti in collaborazione con le Comunità di Valle i progetti di sensibilizzazione sul tema delle demenze;
- sono proseguiti i progetti di Cohousing psichiatrico in essere prima della pandemia e nel corso dell'anno sono stati avviati ulteriori nuovi progetti;
- ha preso avvio il progetto "Minerva" volto alla creazione di una piattaforma centralizzata che consenta l'acquisizione, elaborazione e restituzione di dati e indicatori sulla qualità dei servizi erogati dalle RSA;
- ha preso avvio il nuovo sistema informativo di supporto delle strutture socio riabilitative per adulti dell'area salute mentale.

Al fine di approfondire le attività ed i servizi erogati, vengono di seguito proposti alcuni Indicatori.

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

Nel 2021 le persone valutate dai PUA sono state 3.896 mentre le valutazioni complessive sono state 4.159 poiché alcune persone sono state valutate più di una volta nel corso dell'anno. Le persone valutate sono donne nel 60,6% dei casi.

Tabella 23. Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2019-2021. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

PUA	2019		2020		2021	
	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni
PUA Andalo	4	4	1	1	6	6
PUA Borgo Valsugana	318	369	186	220	252	273
PUA Cavalese	200	232	151	172	165	174
PUA Cembra	89	96	62	64	97	100
PUA Cles	283	296	191	201	265	273
PUA Folgaria	28	28	20	21	19	20
PUA Malè	131	133	54	54	63	63
PUA Mezzolombardo	314	334	261	274	253	262
PUA Pergine	628	741	456	505	551	630
PUA Pozza di Fassa	50	56	31	34	28	30
PUA Riva del Garda	296	300	292	299	345	346
PUA Rovereto	655	732	447	492	577	605
PUA Tione	322	401	220	240	9	9
PUA Tonadico	141	160	118	140	136	150
PUA Trento	1.338	1.549	885	1.011	1.116	1.204
PUA Vezzano	85	112	36	38	14	14
Totale	4.882	5.543	3.411	3.766	3.896	4.159

Nell'anno 2021, in continuità con gli anni precedenti, la prima tipologia di azione intrapresa è stata l'attivazione UVM; ciò significa che nell'82% dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso di valutazione UVM. Le 3.422 richieste di attivazione UVM hanno riguardato nel 90,6% dei casi 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 24. Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2019- 2021. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (NB: su una stessa pratica possono essere indicate più azioni intraprese)	2019 (su 5.422 valutazioni)	2020 (su 3.766 valutazioni)	2021 (su 4.159 valutazioni)
Attivazione UVM	4.233	2.933	3.422
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare	354	132	145
Informazioni/Orientamento	636	392	355
Attivazione Servizio Sociale	89	70	82
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSO	17	2	3
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	17	12	7
Attivazione Psichiatria	6	7	9
Proposta nomina amministratore di sostegno	13	9	4
Attivazione risorse informali	19	10	5
Altro	247	150	89

2 INDICATORE: Attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare

UVM Area Anziani

Nel 2021 sono state effettuate 3.798 valutazioni relative a 3.439 persone anziane. Il numero di valutazioni, pur in crescita rispetto al 2020, risente ancora della grave emergenza causata dalla pandemia Covid 19.

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 25. Numero utenti valutati e numero valutazioni anno 2019 - 2021. Fonte: Qlik Atl@nte

UVM	2019		2020		2021	
	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni
UVM Alto Garda e Ledro	368	463	274	333	327	379
UVM Borgo Valsugana	272	317	206	247	238	261
UVM Cles	275	322	182	201	234	255
UVM Fassa	73	85	69	77	60	64
UVM Fiemme	183	215	136	161	171	189
UVM Giudicarie e Rendena	444	603	225	261	241	293
UVM Lavis	61	86	48	60	73	80
UVM Malè	96	117	74	86	99	114
UVM Mezzolombardo	205	243	152	180	204	239
UVM Pergine	395	488	257	298	316	349
UVM Tonadico	111	132	100	117	113	121
UVM Trento	1.136	1.387	697	797	868	932
UVM Vallagarina (Rovereto)	590	737	419	484	495	522
Totale	4.209	5.195	2.839	3.302	3.439	3.798

Tabella 26. Esito UVM - codifica progetto assistenziale proposto area anziani anni 2019 - 2021. Fonte: Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale ⁽¹⁾	2019	2020	2021
Accoglienza in residenza (R.S.A.)	2.852	2.142	2.399
Assistenza domiciliare (ADI, ADICP, ADInf, SAD ecc...)	751	495	399
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	1.350	650	967
Accoglienza in residenza (R.S.A.O.) ⁽²⁾	631	305	391
Centro Diurno Anziani	753	295	460
Altro (altri interventi, ADPD, ...)	242	134	105
Intervento Servizio Sociale	10	5	4

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

⁽²⁾ le direttive RSA anno 2021 non prevedevano più le strutture RSAO. L'attività della RSAO di Tione è stata successivamente prorogata anche per il 2021 (salvo i periodi in cui la struttura ha svolto funzioni Covid)

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

Per quanto riguarda l'attività delle UVM, nelle tabelle seguenti si riportano il numero di persone valutate e le valutazioni effettuate nel 2021.

Tabella 27. Numero utenti valutati in UVM anno 2021. Fonte: Qlik Atl@nte

UVM	Età Evolutiva		Disabilità		Salute Mentale Adulti		Dipendenze	
	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti
UVM Alto Garda e Ledro	12	10	6	5	10	8		
UVM Borgo Valsugana	2	1	22	19				
UVM Cles	9	6	7	7	5	5		
UVM Fassa			1	1	2	2		
UVM Fiemme	2	2			5	4		
UVM Giudicarie	5	5	3	3	5	4		
UVM Lavis	1	1	1	1	5	5		
UVM Malè	3	2	3	3	4	3		
UVM Mezzolombardo	2	1	9	7	1	1	1	1
UVM Pergine	6	5	24	19	7	6	2	2
UVM Tonadico	2	2	7	7	4	4		
UVM Trento	34	27	78	77	32	30	121	104
UVM Vallagarina	9	9	8	8	14	14		
Totale	87	71	169	157	94	86	124	107

Tabella 28. Esito UVM - progetto assistenziale proposto area età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze.

Fonte Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale *	2019	2020	2021
Strutture residenziali	357	153	258
Strutture semiresidenziali	42	18	37
Assistenza domiciliare (ADI, ecc...)	58	20	24
Accoglienza in residenza (RSA e RSAO)	27	9	26
Accoglienza Temporanea in RSA (posti di sollievo)	9	4	5
Progetto di vita indipendente	18	19	17
Progetto NPI	9	9	6
Intervento Servizio Sociale	10	8	10
Intervento Alcologia	5	0	3
Altro	129	81	90

* 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.

3 INDICATORE: Servizio domiciliare SAD IN ADI, SAD IN ADI CP E ADPD

Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) prevede l'erogazione di prestazioni di tipo socio assistenziale che consistono sostanzialmente in igiene, cura e mobilitazione della persona in favore di persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti per i quali sono stati attivati i percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Integrata-Cure Palliative (ADI-CP).

Il Servizio di assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD) consiste in un SAD che comprende l'erogazione unitaria di più tipologie di interventi: assistenza domiciliare nelle varie forme (mirata alla cura della persona, al sostegno e coinvolgimento nelle attività di vita quotidiana e con la finalità di mantenere l'autonomia e le capacità residue, di tregua per esigenze di tregua programmabili del caregiver, in urgenza per rispondere nell'immediato e per un tempo limitato a situazioni impreviste, non procrastinabili), riabilitazione cognitiva e motoria, supporto psicologico ed affiancamento dell'assistente familiare.

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.

Nell'anno 2021 hanno beneficiato complessivamente del servizio SAD in ADI e in ADI Cure Palliative, Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza (ADPD) 962 persone. La tabella descrive le tipologie di servizi attivati.

L'attività è stata rimodulata secondo le indicazioni delle linee guida per la gestione dei servizi in condizione di sicurezza che hanno anche previsto, in caso di utenti sospetti o positivi al Covid, la possibilità di convertire i piani di assistenza domiciliare socio assistenziale (SAD sociale) in servizio socio sanitario.

Tabella 29. Numero utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anni 2019 - 2021. Fonte: Atl@nte

Tipologia di servizio	Nr. Utenti 2019*	%	Nr. utenti 2020*	%	Nr. utenti 2021*	%
SAD ADI	249	28%	299	29%	271	27%
SAD ADICP	504	56%	563	55%	567	58%
ADPD	142	16%	170	16%	145	15%
Totale	895	100%	1.032	100%	983	100%

* le persone con più tipologie di progetti SAD sono conteggiate più volte

Figura 20. Distribuzione per genere utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2021. Fonte: Atl@nte

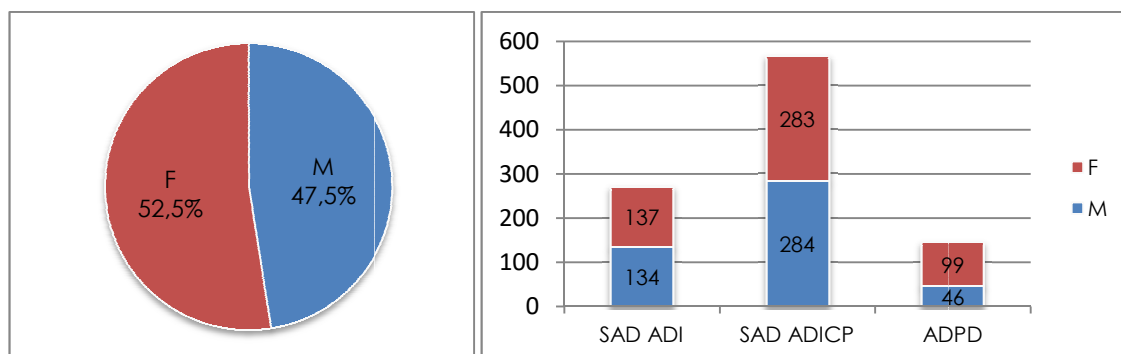
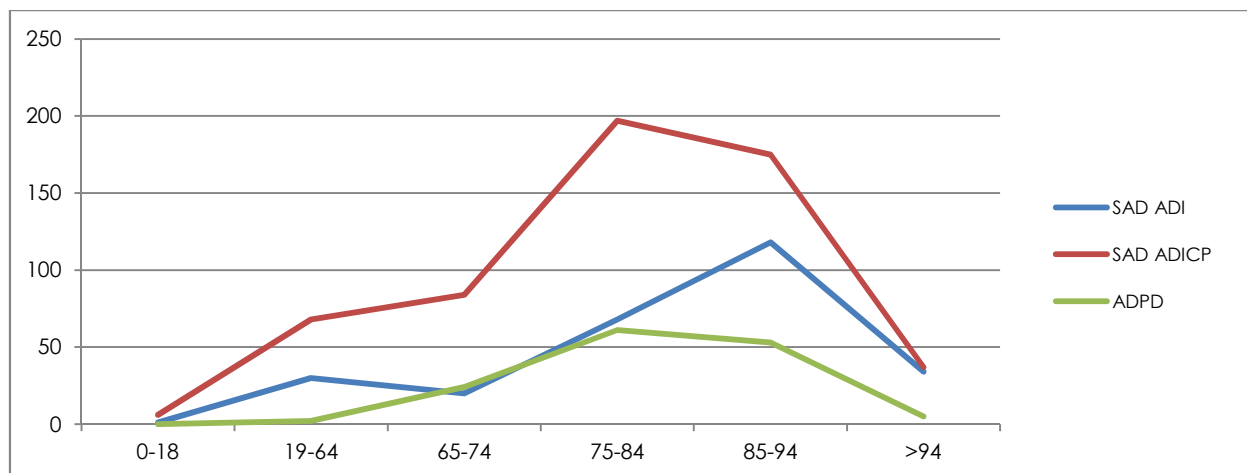


Figura 21. Distribuzione per classi d'età utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2021. Fonte: At@nte



I dati 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 uomini e donne sono rappresentati sostanzialmente in eguale misura;
- 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. La fascia di età 75-84 è la più rappresentata e anche in questa tipologia di SAD uomini e donne si equivalgono.
- 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, il tempo di presa in carico è mediamente di lunga durata. Prevalgono nettamente le donne, in coerenza con l'epidemiologia della malattia (99 su 145 persone totali).

Dimissioni protette a domicilio

Da fine 2020 è attivo il servizio di assistenza domiciliare finalizzato a supportare i pazienti in dimissione protetta per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera.

Nel 2021, nonostante il perdurare delle difficoltà causate dalla pandemia Covid 19 il servizio di SAD in dimissione è stato erogato a 27 persone a cui sono state garantite 1.409 ore di assistenza. Si sottolinea che la necessaria collaborazione tra presidi ospedalieri e UO di cure primarie nell'individuazione dei pazienti cui proporre l'attivazione del servizio è stata fortemente condizionata dalla pandemia limitando di fatto l'individuazione dei possibili pazienti in dimissione eleggibili per questa tipologia di servizio.

4 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.

Seppur in maniera minore rispetto all'anno precedente, anche nel 2021 la frequenza dei Centri diurni anziani e Alzheimer è stata condizionata dalla pandemia Covid. Come si evince dalla tabella sotto riportata, i centri diurni con strutture indipendenti ed esterne alle RSA sono stati in grado nella quasi totalità di riaprire nella seconda parte del 2020, mentre i centri diurni integrati nelle RSA, compresi i servizi di presa in carico diurna continuativa (PIC) e di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento (PICA), hanno potuto riattivare il servizio solo nel corso del 2021. Per la particolarità della situazione alcuni centri sono rimasti chiusi anche per tutto il 2021.

Nel corso dell'anno, nonostante le riaperture, le attività sono state sospese a più riprese per l'emergere di alcuni focolai che hanno costretto i gestori a sospendere l'attività per una/due settimane. Dato quanto sopra riportato si è ritenuto significativo elaborare e riportare solo alcuni dati di analisi propri di questa sezione, indicativi della situazione contingente.

Le persone che hanno usufruito del servizio di Centro Diurno sono state 564. Rispetto al 2019, anno pre-pandemico, in cui hanno usufruito del servizio 753 persone, si evidenzia una netta riduzione degli utenti.

Tab. 30. Centri diurni. Ripresa dell'attività e nr utenti

CD/PIC/PICA	UVM	TIPOLOGIA	DATA DI RIPRESA ATTIVITÀ	POSTI CONVEN.	UTENTI 2021
CANAL S. BOVO	Tonadico	ESTERNO	29/07/2020	5	5
PRIMIERO S. MARTINO	Tonadico	PIC	30/04/2021	4	0
CASTELLO TESINO	Borgo Valsugana	PIC	02/08/2021	4	1
SCURELLE	Borgo Valsugana	ESTERNO	01/07/2020	14	23
LEVICO TERME	Pergine Valsugana	ESTERNO	13/07/2020	14	28
PERGINE VALSUGANA	Pergine Valsugana	INTEGRATO	19/04/2021	12	31
PERGINE VALSUGANA	Pergine Valsugana	PICA	01/07/2021	2	2
CLARINA (Girasole)	Trento	ESTERNO	01/07/2020	20	48
GARDOLO	Trento	ESTERNO	24/06/2020	25	51
MATTARELLO	Trento	ESTERNO	06/07/2020	14	21
POVO	Trento	ESTERNO	06/07/2020	25	33
RAVINA	Trento	ESTERNO	06/07/2020	15	28
TRENTO - ALZHEIMER	Trento	ALZHEIMER	30/06/2020	23	45
CAVEDINE	Trento	PIC	22/10/2021	2	1
CLES	Cles	ESTERNO	25/05/2021	8	16
MALE'	Malè	PIC	21/06/2021	4	5
TAIO	Cles	PIC	01/01/2022	4	0
FONDO	Cles	PIC	CHIUSO	4	==
CONDINO	Giudicarie e Rendena	ESTERNO	19/10/2020	14	23
PORTE DI RENDENA	Giudicarie e Rendena	ESTERNO	20/07/2020	12	16
TIONE DI TRENTO	Giudicarie e Rendena	ESTERNO	20/07/2020	12	15
PINZOLO	Giudicarie e Rendena	PICA	02/08/2021	2	3
ARCO	Alto Garda e Ledro	INTEGRATO	24/05/2021	7	13
LEDRO	Alto Garda e Ledro	INTEGRATO	03/08/2021	5	9
RIVA DEL GARDA	Alto Garda e Ledro	INTEGRATO	07/06/2021	14	22
ALA	Vallagarina	ESTERNO	06/08/2020	15	18
AVIO	Vallagarina	PIC	CHIUSO	4	==
BRENTONICO	Vallagarina	INTEGRATO	CHIUSO	6	==
FOLGARIA	Vallagarina	PIC	14/06/2021	4	5
MORI	Vallagarina	ESTERNO	06/08/2020	12	15
NOMI	Vallagarina	INTEGRATO	19/05/2021	12	13
ROVERETO - VANNETTI	Vallagarina	ESTERNO	01/08/2020	16	26
ROVERETO - S. MARIA	Vallagarina	ESTERNO	01/07/2020	17	21
ROVERETO - ALZHEIMER	Vallagarina	ALZHEIMER	13/07/2020	15	27

I dati evidenziano comunque che la popolazione che frequenta i centri diurni è prevalentemente femminile e molto anziana: il 65,4% è costituito da donne e il 77,5% degli utenti ha più di 75 anni. Il servizio rappresenta un sostegno alla domiciliarità anche per alcuni "grandi anziani" (95 anni ed oltre).

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 mediamente 330 Medici di Medicina Generale a fronte di una popolazione di età superiore ai 14 anni pari a 467.995 e 70 Pediatri di Libera Scelta per un numero complessivo di pazienti dai 0 ai 14 anni pari a 74.163.

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.

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) **140.03 per 100.000**
- (25%) C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) **31.11 per 100.000**
- (25%) C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) **15.99 per milione**
- (25%) C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) **26.05 per 100.000**

Nelle figure 22, 23 e 24 vengono confrontati con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa i tassi di ospedalizzazione della provincia di Trento del 2020.

Figura 22.: C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2021

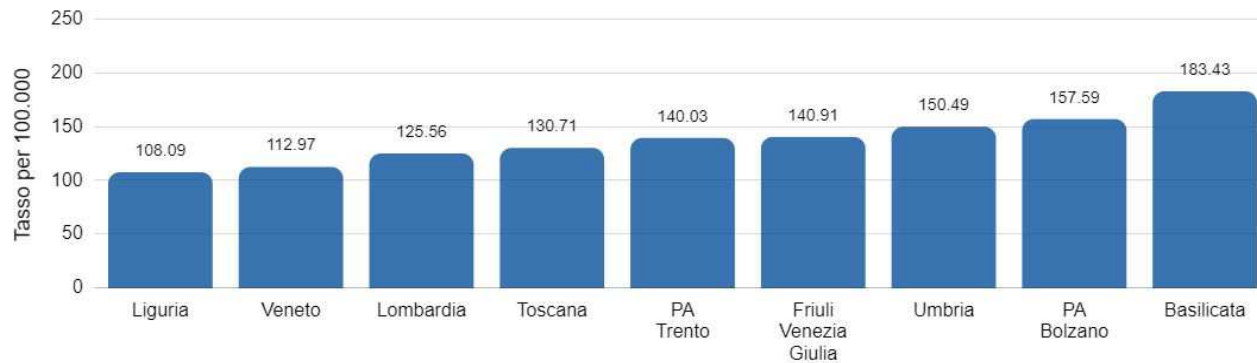


Figura 23: C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2021

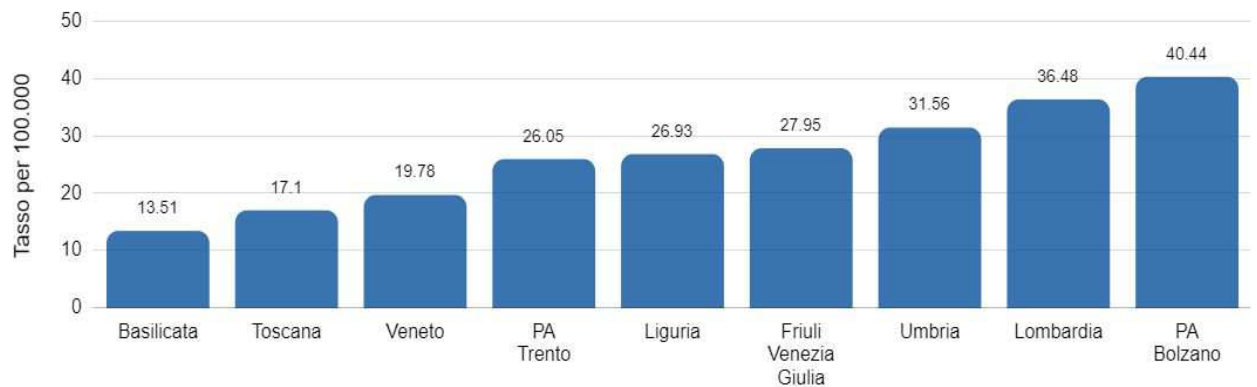
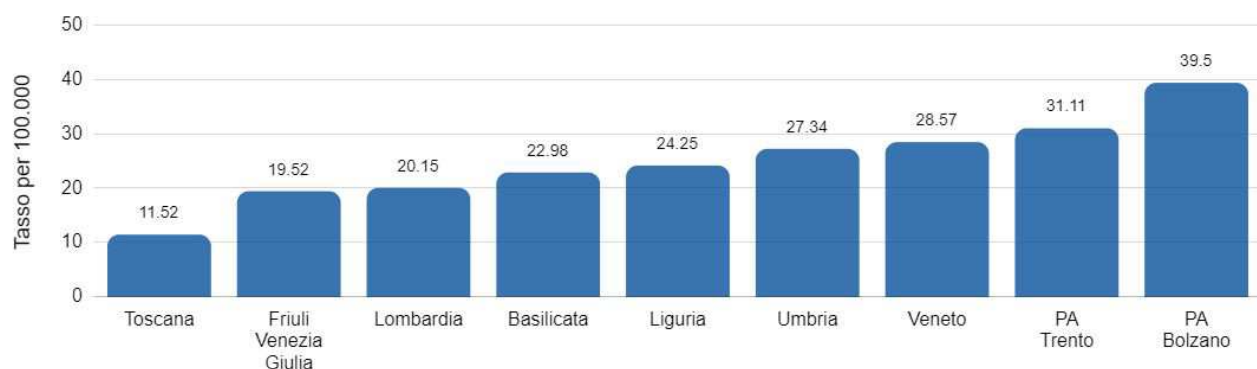


Figura 24: C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni). Anno 2021



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):

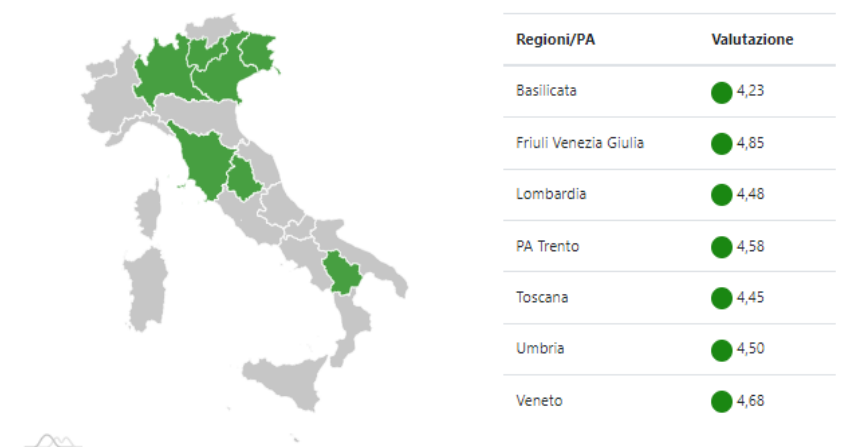
C7D Pediatria ■ 4,58

C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica ■ 5,42 per 1.000 ab/die

C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica ■ 0,76 DDD per 1000

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2021 APSS risulta sopra la media del Network con una valutazione di performance ottima (4,58).

Figura 25. C7D Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica (Network - S. Anna di Pisa; anno 2021)



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 20.37% inferiore rispetto alla media nazionale. La percentuale di persone obese e in sovrappeso 33.34% risulta inferiore rispetto alla media italiana e tra le più basse del Network.

Figura 26. A10.1.1 Percentuale di sedentari – Anno 2021

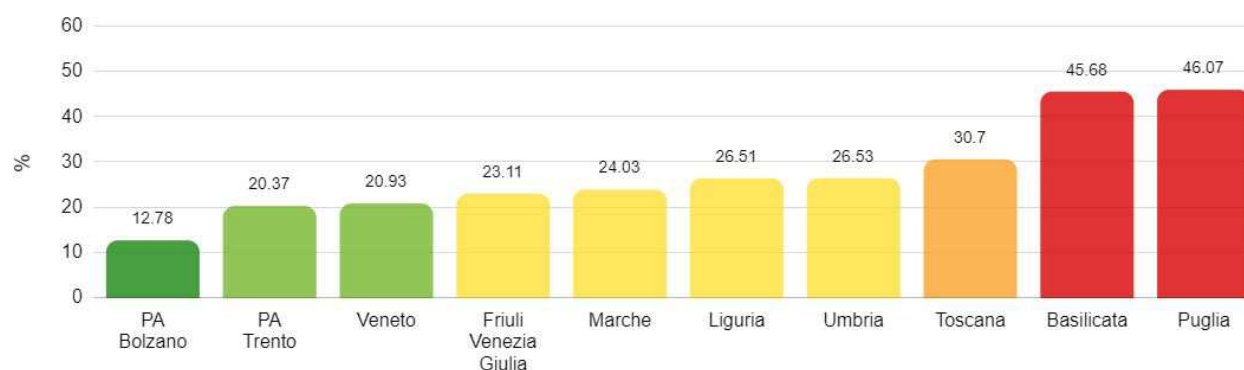


Figura 27. A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso – Anno 2021



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 in peggioramento, anche nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa.

Figura 28. B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (> = 65 anni). Anno 2021



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 fra visite ambulatoriali interventi domiciliari e consulenze telefoniche.

Il numero totale di ore di apertura del servizio è stato pari a 157.171.

Per la progressiva difficoltà a reperire medici di CA per tutte le sedi, nel corso del 2021 si sono dovuti sospendere alcuni turni in varie sedi. Dal mese di ottobre 2021 è sospesa la sede di Taio. Nell'ultimo trimestre 2021 le sedi di Mori ed Ala hanno subito delle riduzioni della turnistica, volte a conservare le aperture festive e prefestive sospendendo i turni notturni.

A dicembre 2021, su un organico previsto di 108 medici di CA ne erano presenti 63, di cui solamente 27 titolari. Per comporre la turnistica, quindi, è stato sempre necessario ricorrere a turni aggiuntivi oltre quelli previsti dai contratti, o a turni svolti da medici non incaricati o incaricati in sedi diverse.

Tabella 31. Servizio di continuità assistenziale: dati attività periodo 2018-2021

Anno	Ore apert.	Cons. Tel.	Interv. ambul.	Interv. dom.	tot. Interventi	Ricoveri prescritti	% dom/ tot.	% amb/ tot.	% tel./ tot.	% ric./ tot.
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
2020	165.090	37.272	41.742	8.896	94.945	6.948	9.4	44	39.3	7.32
2021	157.171	34.876	39.741	7.104	88.992	6.593*	8	44.7	39.2	7.41

(*) Il totale comprende: disposto ricovero in ospedale n. 217; attivato Trentino emergenza 118 n. 1.028 e inviato al Pronto Soccorso n. 5.348 (Fonte dati Qlik - Continuità assistenziale)

CURE DOMICILIARI

Le cure domiciliari si suddividono tradizionalmente in quattro livelli di complessità:

- assistenza infermieristica occasionale(AIO): si tratta prevalentemente di prelievi, ma possono comprendere altre prestazioni occasionali (ossia non continuative nel tempo e che non prevedono una valutazione complessiva dei bisogni né una presa in carico)
- 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).

Il sistema di pianificazione delle attività gestito dall'applicativo @home, e la formazione di tutti i professionisti all'uso del sistema, hanno consentito nel tempo di rendere omogenee le logiche e criteri di presa in carico, rappresentando un ulteriore volano rispetto alla maggiore uniformità sul territorio delle pratiche assistenziali e cliniche.

Figura 29. Utenti in Carico 2021 (sono esclusi gli accessi occasionali)

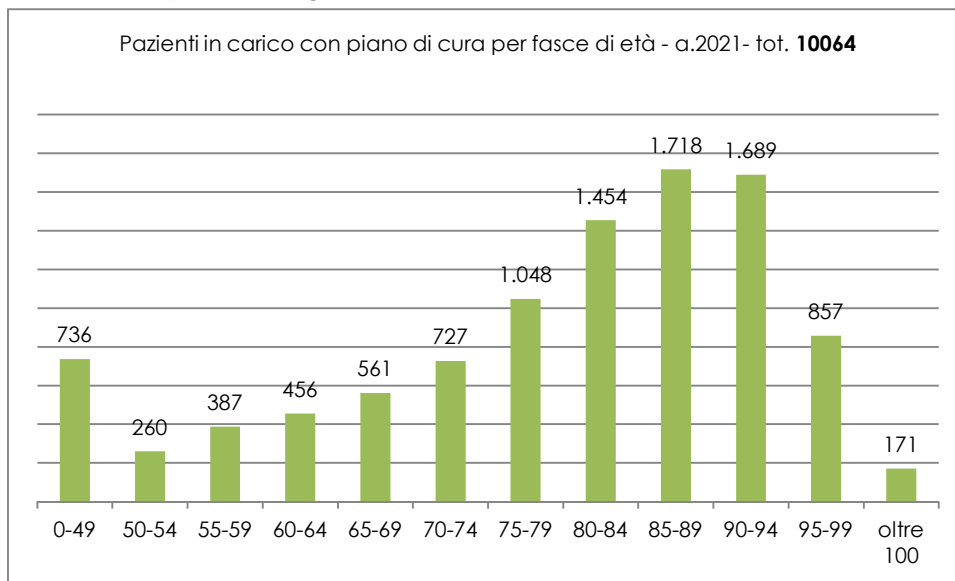
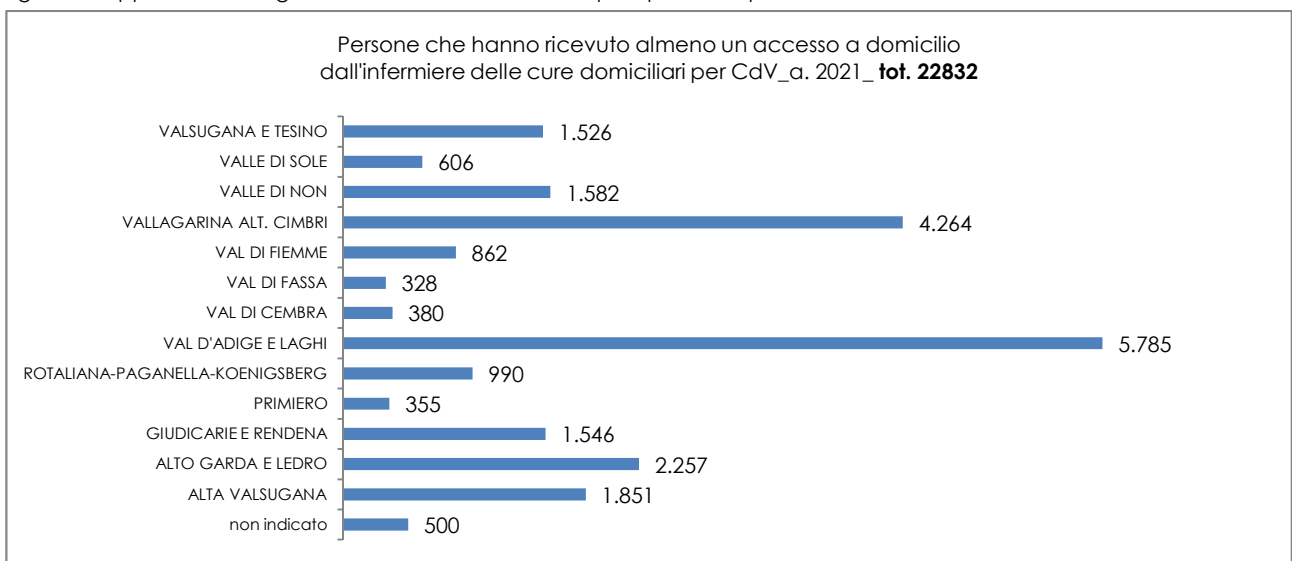


Figura 30. Persone che hanno ricevuto almeno un accesso a domicilio dall'infermiere delle cure domiciliari per CdV.

Il grafico rappresenta tutti gli accessi a domicilio, anche quelli per il solo prelievo.



Circa 10.000 cittadini hanno avuto una presa in carico, così distribuita sulle diverse tipologie di piano:

Tabella 32. Tipologia di piano di cura con presa in carico

Tipo PDC	N piani
ADI_CP_Ped	71
ADI	938
ADI_CP	1.969
ADI Inf	5.228
ADP	3.089
	11.295

Figura 31. Accessi a domicilio per mese

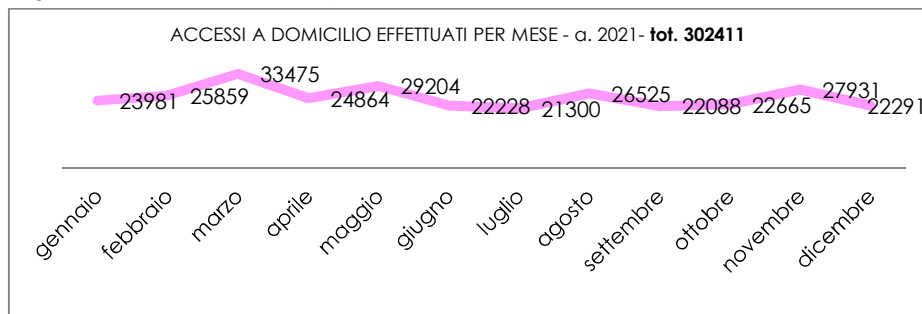


Tabella 33. Accessi a domicilio dei MMG e PLS sui pazienti con piani di cura

Tipo PDC	Accessi MMG e PLS	Pazienti
ADI_CP_Ped	841	43
ADI	11.124	683
ADI_CP	13.855	1.392
ADP	31.806	2.633
Totale	57.626	4.751

I MMG e PLS hanno effettuato accessi programmati soprattutto a domicilio dei pazienti in ADP (il 55% degli accessi totali), ma anche migliaia di accessi per pazienti in ADI CP (anche pediatriche) ed in ADI. Quasi 5000 cittadini hanno ricevuto accessi programmati del proprio medico curante, oltre alle visite domiciliari urgenti richieste dai pazienti stessi, non documentate in questo report.

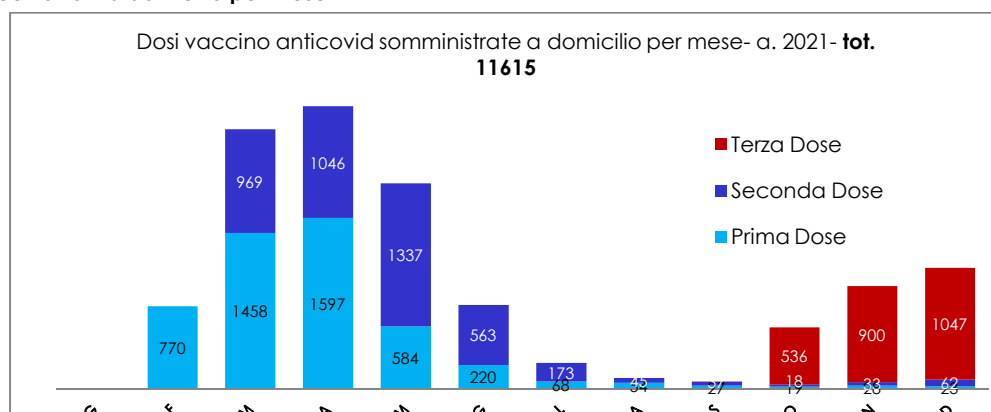
Gestione della pandemia covid

Il modello di presa in carico dei pazienti Covid avviato nel 2020 ha previsto che i medici USCA fossero inseriti nel contesto organizzativo delle Cure Domiciliari, costituendo così un importante nodo della rete assistenziale, *trait d'union* tra il paziente, il MMG e l'ospedale.

L'assetto organizzativo della funzione USCA, pienamente integrata nelle équipe delle cure domiciliari, ha consentito di gestire nel corso del 2021 **la campagna vaccinale anticovid a domicilio** (con più di 5000 pazienti non deambulanti non trasportabili vaccinati a domicilio) e di garantire il corretto ricorso alla terapia con anticorpi monoclonali e poi con i farmaci antivirali. I medici USCA, infatti, hanno prescritto e monitorato le terapie in integrazione con gli specialisti infettivologi ospedalieri e con il PS di Rovereto, setting di elezione per la terapia infusiva di anticorpi monoclonali.

Nel 2021 sono state somministrate a domicilio 11615 dosi di vaccino anticovid, a pazienti allettati, fragili ed anziani non deambulabili, contribuendo in modo significativo al tasso di copertura di una popolazione fragile esposta alle complicanze dell'infezione.

Figura 32. vaccinazioni a domicilio per mese



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. L'attività consultoriale è attiva dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 14.00 al sabato per 7 sedi consultoriali su 10, escluso Primiero e Cles, Mezzolombardo ove l'implementazione dell'utenza richiede l'adeguamento dell'apertura come per le altre sedi. Per quanto riguarda il consultorio di Cavalese la gestione di personale e orari è ospedaliera.

In APSS sono attivi dieci Consultori dislocati sul territorio provinciale.

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;
- incontri di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità con incontri in gruppo pre- e post-parto;
- incontri monotematici informativi per determinanti di salute 0-2 anni (progetto 1000 giorni)
- 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;
- progetto edu-chi-amo per scuole medie
- consulenza, assistenza, e sostegno per le richieste di contraccezione di emergenza;
- prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile e delle malattie sessualmente trasmesse.
- visita domiciliare in puerperio (offerta al 100% delle donne residenti in provincia)

L'attività consultoriale nel 2021 ha visto una ripresa delle attività in presenza, con le dovute precauzioni nella gestione dell'accesso diretto dell'utenza al servizio. Si è privilegiato il pre-appuntamento telefonico per le richieste di attività individuali mentre le attività di gruppo e gli incontri di accompagnamento alla nascita sono stati garantiti in modalità a distanza. Parallelamente si sono avviate esperienze trasversali provinciali offerte al 100% della popolazione target per incontri monotematici di sensibilizzazione alla genitorialità e determinanti di salute, e in collaborazione con l'Agenzia del lavoro per affrontare la tematica della conciliazione genitorialità-mondo del lavoro.

L'attività di educazione alla salute rivolta ai gruppi classe (terze medie) è stata mantenuta e ampliata in alcuni ambiti territoriali affiancando le ostetriche neofite sia per il progetto edu-chi-amo che Conoscere il Consultorio.

La fase di preparazione all'accreditamento BFI (Baby Friendly Initiative) fase 3 ha convogliato processi e richiesto impiego di professionisti in misura rilevante per il raggiungimento dell'obiettivo.

Nel corso del 2021 i servizi consultoriali hanno visto la preparazione ai processi di accreditamento di eccellenza (Accreditation Canada e Iniziativa BFI fase 3). La gestione organizzativa e di supporto è avvenuta con approccio sistemico e complessivo di area.

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 risposta della struttura alla propria mission principale. Complessivamente, nei vari Consultori dei Distretti, i nuovi utenti sono stati n. 8.541 nel 2018, n. 8.4424 nel 2019, n. 7.537 nel 2020 e n. 8.045 nel 2021.

Tabella 34. Andamento Nr Nuovi utenti dei Consultori (anni 2018-2021)

	Borgo	Cavalese	Cles Malè	Primiero	Mezzolombardo	Pergine	Riva d.G.	Rovereto	Tione	Trento	Totale
2018	646	549	853	279	348	901	1246	1097	502	2120	8541
2019	641	460	790	280	418	819	1002	1052	545	2422	8424
2020	720	528	679	213	391	657	823	1000	491	2035	7537
2021	745	576	683	268	438	667	865	1051	557	2400	8045

Il numero di nuovi utenti (nuova apertura cartella nel periodo considerato) segue un trend costante di aumento, seppur in misura variabile, per tutte le sedi consultoriali.

Tabella 35. Nr. nuovi utenti di età 15 - 25 anni dei Consultori (anni 2018-2021)

Anno	Femmine	Maschi	Totale	Proporzione su totale nuovi utenti
2018	2317	93	2410	29,1%
2019	2265	109	2374	28.88%
2020	1948	67	2015	27.38%
2021	2301	101	2402	29.85%

Anche il numero di giovani nuovi utenti di età compresa tra 15-25 anni (nuova apertura cartella nel periodo considerato) segue un trend costante di aumento in misura variabile per tutte le sedi consultoriali, con una proporzione, complessivamente, del 29.85% sul totale dei nuovi utenti

Al Consultorio di Trento, dove è garantita la presenza quindicinale dello specialista urologo, vengono inviati i giovani maschi anche dalle altre sedi consultoriali.

La capacità di intercettare nuova utenza dipende da numerosi fattori: dagli orari di apertura alla flessibilità delle agende in base alle priorità dei bisogni, dalla disponibilità di personale formato e capace di decodificare le richieste, dalle 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 ed infine dalla offerta attiva di interventi in collaborazione con gli istituti scolastici e il servizio di educazione alla salute che assicura il raggiungimento dei progetti al 100% dei richiedenti.

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

Il progetto "Conoscere il consultorio" è attivo da più anni con l'intento di diffondere la conoscenza e specificità del servizio promuovendo 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 di Ottawa del 1986 indica come azione che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla, nello specifico per la promozione di una sessualità e procreazione sicura e consapevole.

Il progetto prevede un incontro strutturato con gli operatori del consultorio e 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 il Servizio di educazione alla salute e la posizione organizzativa gestionale dei consultori che assicura equità di offerta.

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 36. Adesione al Progetto Conoscere il Consultorio Anno Scolastico 2019-2020 (periodo selezionato 01/09/21 al 30/06/22)

Sede Consultorio	N. Classi 2018/2019	N. Classi 2019/2020	N. Classi 2020/2021 **	N. Classi 2021/2022
BORGO VALSUGANA	37*	5	19	13
CAVALESE	21	Nr	12	15
CLES con MALE'	28	13	18	23
FIERA DI PRIMIERO	3	5	6	5
MEZZOLOMBARDO	9	4	9	21
PERGINE VALSUGANA	11	12	3	13
RIVA DEL GARDA	12	18	33	29
ROVERETO	48	40	67	60
TIONE DI TRENTO	18	15	18	17
TRENTO	69	nr	75	87
Totale	215		260**	291

* compresi gli incontri con le classi di terza media

** nel periodo considerato il progetto è stato erogato in modalità agile. Proposto al 100% degli istituti ma accolto in percentuale inferiore.

INDICATORE: Incontri di accompagnamento alla nascita

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

Tabella 37. Incontri pre-parto per sede consultoriale

Corsi Pre-Parto	N° Contatti 2020	N° Contatti 2021	N° Corsi 2020	N° Corsi 2021	Media Partecipanti 2020	Media Partecipanti 2021
BORGIO VALSUGANA	79	113	9	11	7,21	8,10
CAVALESE	96	155	7	6	12,53	21,48
CLES/MALE'	165	214	16	13	7,00	14,11
FIERA DI PRIMIERO	41	42	5	5	7,03	7,89
MEZZOLOMBARDO	123	130	10	9	9,87	11,91
PERGINE VALSUGANA	183	202	11	12	12,59	13,93
RIVA DEL GARDA	203	166	13	12	12,79	10,70
ROVERETO	279	322	16	19	15,88	14,78
TIONE DI TRENTO	120	110	13	11	7,31	7,25
TRENTO	430	464	27	22	12,54	15,98
Totale	1.719	1.918	127	120	11,16	12,91

L' offerta attiva di incontri di accompagnamento alla nascita per tutte le donne/copie e soprattutto delle primipare è una delle azioni di promozione della salute garantite dai servizi consultoriali che, con approccio multidisciplinare psico-socio-sanitario a fianco del percorso nascita con ostetrica dedicata offrono e assicurano continuità e precocità di presa in carico.

Il modello proposto prende spunto dal rapporto ISTISAN 12/39 "Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" a cui è seguito nel 2018 un evento formativo per le ostetriche consultoriali e l'implementazione del modello dal 2020. Le raccomandazioni precisano di offrire attivamente IAN con particolare attenzione ai gruppi di popolazione che risultano essere meno aderenti: straniere, giovani con meno di 30 anni e in particolare, con meno di 20 anni, e non occupate.

Tabella 38. Incontri post-parto per sede consultoriale

Corsi Post-Parto	N° Contatti 2020	N° Contatti 2021	N° Corsi 2020	N° Corsi 2021	Media Partecipanti 2020	Media Partecipanti 2021
BORGIO VALSUGANA	31	62	7	11	4,56	5,15
CAVALESE	41	23	4	2	7,09	11,58
CLES/MALE'	74	99	11	12	6,00	9,00
FIERA DI PRIMIERO	12	21	2	6	6,60	3,57
MEZZOLOMBARDO	69	80	9	9	7,76	8,89
PERGINE VALSUGANA	26	62	2	7	7,33	8,86
RIVA DEL GARDA	73	78	10	10	7,30	7,80
ROVERETO	87	178	10	19	7,58	8,52
TIONE DI TRENTO	36	63	9	11	3,33	4,41
TRENTO	173	334	20	24	6,88	9,80
Totale	622	1.000	84	111	6,50	8,12

PROGETTO PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita territoriale si caratterizza per la presa in carico precoce e la continuità assistenziale garantita dalla ostetrica dedicata che opera, laddove necessario, in collaborazione con altri professionisti secondo percorsi assistenziali condivisi. Il percorso è consolidato e la presa in carico prende avvio con il primo colloquio condotto dall'ostetrica che resta

la professionista di riferimento fino alla chiusura percorso che avviene a 6/8 settimane dopo il parto. Il primo colloquio viene fissato mediante contatto telefonico al CUP o direttamente dal Servizio entro 7 gg dal contatto della utente.

L'indicatore individuato per monitorare l'andamento dell'implementazione del servizio è il tasso di reclutamento. Tale indicatore è calcolato dal numero di primi colloqui di donne in gravidanza effettuati nel periodo considerato in relazione al numero di parti avvenuti nei punti nascita della provincia e all'ospedale di Feltre (in virtù della convenzione in essere per la popolazione del Primiero).

Il tasso di reclutamento definitivo del 2021 è pari a 80,20% (3129 numero primi colloqui / 3903 numero parti di donne residenti in Trentino).

Tabella 39. Tasso di reclutamento provinciale nel Percorso nascita

TASSO DI RECLUTAMENTO PROVINCIALE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	4301	4012	3881	3934	3776	3903
NUMERO DI PRIMI COLLOQUI	1484	1879	2354	2821	3232	3129
PERCENTUALE RECLUTAMENTO	34.50%	46.83%	60.65%	71.70%	85.59%	80.20%

Nel 2021 il tasso di reclutamento provinciale risulta essere inferiore del 5,39% rispetto all' anno precedente. Si deve considerare come il Percorso Nascita-ostetrica dedicata si sia dimostrato una risorsa primaria nella gestione delle gravidanze durante il periodo pandemico dell'anno 2020. In tale periodo il PN ha accolto utenti gravide, indipendentemente dall' epoca gestazionale, seguite già da specialisti ginecologi libero professionisti che esercitavano sul territorio provinciale e che avevano dovuto chiudere la loro attività nel periodo in cui tutta l'attività ambulatoriale è stata sospesa. Il fenomeno è stato particolarmente rilevante sul territorio della Vallagarina e Altipiani Cimbri. Ciò ha portato ad un tasso di reclutamento più elevato dell'atteso nel 2020, con un ritorno nel 2021 ai tassi previsti come gold standard.

Nel 2021 per il 40,1% dei casi è stato attribuito un assessment del rischio basso (43,1% nel 2020 e 49,7% nel 2019), nel 34,1% rischio medio (31,9% nel 2020 e 27,7% nel 2019) e nel rimanente 25,8% rischio alto (25,0% nel 2020 e 22,6% nel 2019).

Il 100% delle richieste ha trovato disponibilità e tutte le domande sono state accolte, attivando eventuali posti aggiuntivi

E' stata costantemente presidiata la gestione delle segnalazioni CUP, e i casi di attesa, per i primi colloqui, maggiore di 7 giorni si sono ridotti con recupero del 100% di disallineamento e appuntamenti erogati nei tempi indicati.

Di seguito i grafici relativi all'intervallo di tempo intercorso tra chiamata al CUP ed effettuazione del primo colloquio così come l'epoca gestazionale al momento del primo colloquio.

Il primo colloquio pre-concezionale necessita di implementazione; nel 2021 il numero complessivo è stato di 85, che equivale al 2,17% sulla popolazione di riferimento. E' questa una attività da presidiare e migliorare al fine di promuovere una procreazione consapevole e responsabile, e di migliorare l'assunzione di acido folico preconcezionale.

Figura 33. Giorni intercorsi tra chiamata CUP e primo colloquio. Andamento 2018-2021.

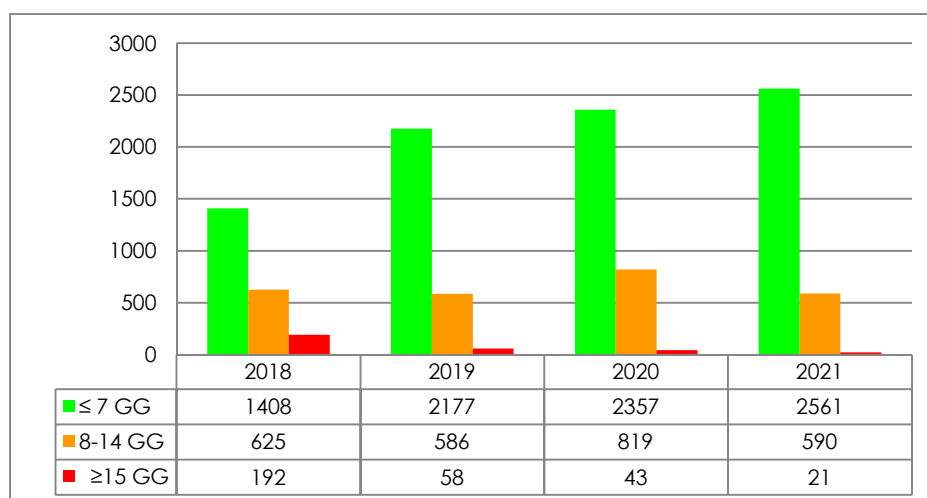


Figura 34. Epoca gestazionale al primo colloquio. Andamento 2019-2020

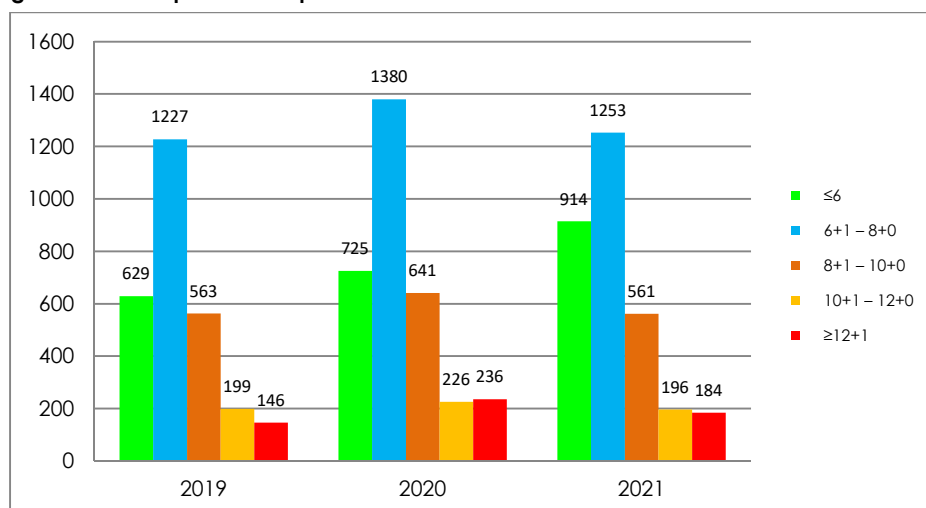
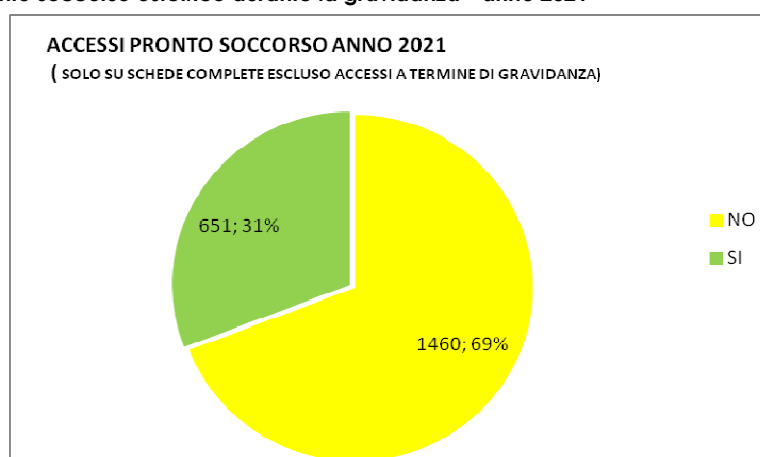


Figura 35. Accessi in pronto soccorso ostetrico durante la gravidanza - anno 2021



La percentuale di accessi in PS come valore medio provinciale si aggira al 26% e nei primi mesi 2022 risulta essere in proiezione migliorativo rispetto lo stesso periodo anno 2021. Si evidenzia un valore superiore al 32% per l'ambito Val di Non, Sole e Mezzolombardo; solo in queste sedi consultoriali l'orario di attività dei servizi è limitato dal lunedì al venerdì.

Chiusura Percorso Nascita

Nel corso del 2021 sono state chiuse 2.887 schede (2.817 nel 2020). Di queste, 2.113 percorsi (il 73,2%) hanno fatto registrare un parto. L'andamento del primo semestre 2022 conferma il trend che si aggira al 74% (n.1203).

Nel 2021, 297 donne (10,3%) sono state inviate presso gli ambulatori ospedalieri per le gravidanze ad alto rischio, 106 donne (3,7%) hanno abbandonato il percorso per proseguire i controlli della gravidanza presso un ginecologo in libera professione, 307 donne (10,6%) hanno invece avuto un esito di aborto spontaneo o hanno deciso di interrompere la gravidanza (per presenza o meno di anomalia fetale).

SALUTE MENTALE

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

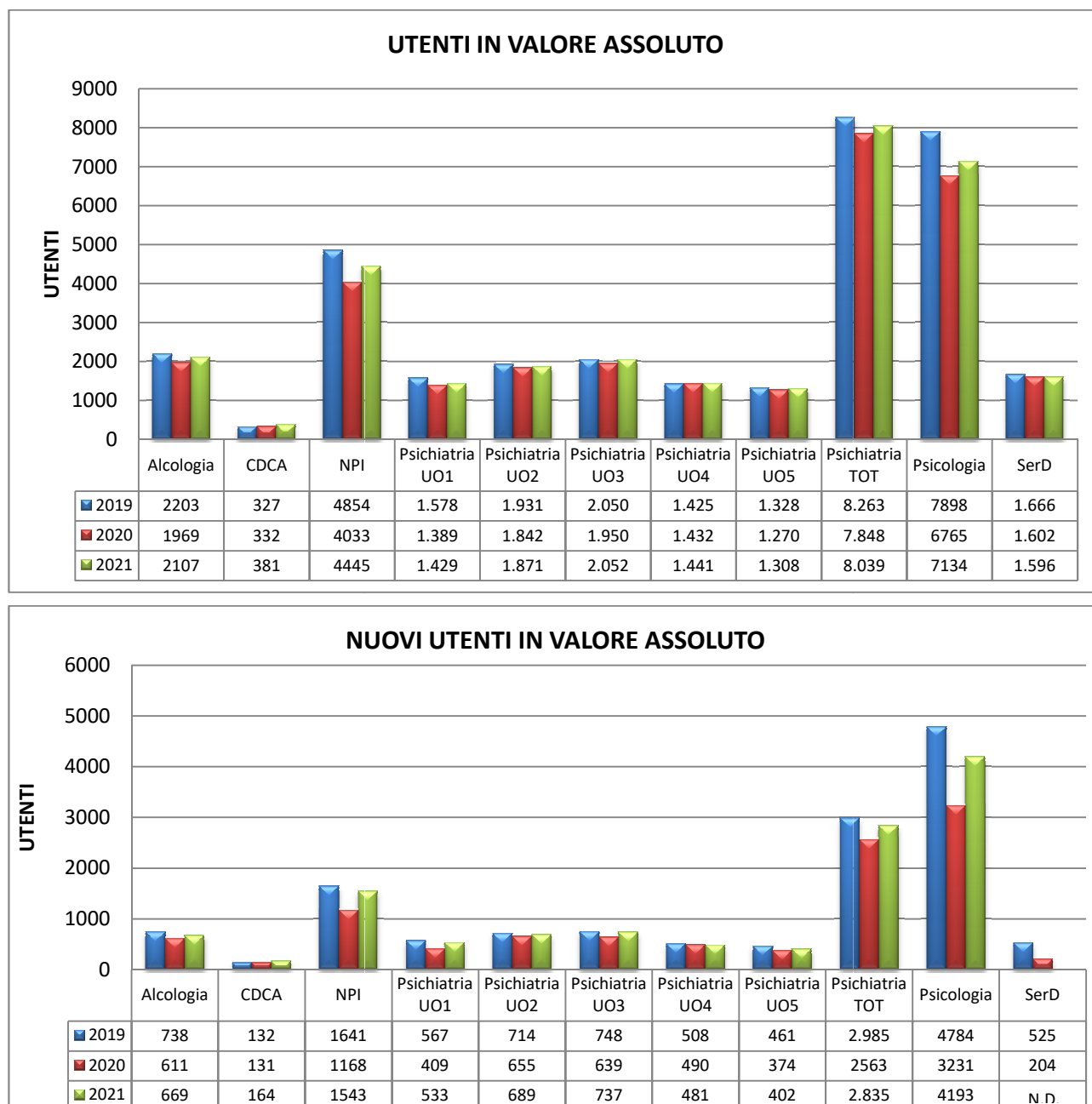
Afferiscono all'Area di salute mentale: 4 Unità Operative di Psichiatria che compongono il Dipartimento di Psichiatria, 1 Unità Operativa provinciale di Neuropsichiatria infantile, 1 Unità Operativa provinciale di Psicologia, Servizio Dipendenze e Alcolologia, Centro Disturbi Comportamento Alimentare.

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 figure 36 e 37 seguenti sono riportati gli utenti in carico e i nuovi utenti per Unità Operativa/Servizio nel triennio 2019-2021



^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 anche nel presente Bilancio di Missione i dati di questi 2 servizi sono presentati ancora in modo distinto.

DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA

La MISSIONE dipartimentale

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.

Coerentemente con l'obiettivo di budget assegnato nel 2021 che prevedeva di definire un percorso clinico-organizzativo per la gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva, il Dipartimento di psichiatria si è impegnato nel corso del 2021 nella stesura di un documento di miglioramento del percorso clinico organizzativo relativo all'Emergenza Urgenza psichiatrica in età evolutiva, documento discusso e condiviso in oltre 25 incontri e successivamente presentato al Comitato di Dipartimento e alla Direzione Generale per una successiva condivisione con l'Assessorato.

Sono state a questo proposito avviate verifiche dell'appropriatezza degli spazi segnalati dalla PAT nell'ambito provinciale ed è stata identificata la struttura con le migliori caratteristiche. Il documento finale prevede standard di personale, dotazione di posti letti e ogni altro dettaglio strategico-programmatico.

Oltre alla creazione di un Centro dedicato alle acuzie dell'età evolutiva è stata approfondita l'opportunità di dar vita ad almeno un Centro 24 ore territoriale (oltre a quello già presente a Cles), dedicato alle acuzie degli adulti e alternativo al ricovero in SPDC, che potrebbe opportunamente e sinergicamente affiancare il Centro crisi età evolutiva.

Nel 2021 sono state inoltre create le premesse per l'avvio di un percorso formativo in tema di disturbi dello spettro autistico, percorso che dovrebbe permettere, nel 2022, il miglioramento della rete di offerte diagnostico-riabilitative dedicate a tali patologie.

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 di norma (nei periodo pre-Covid) 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. Tali dotazioni di posti letto hanno nel 2021 subito oscillazioni in rapporto alla necessità di dedicare spazi ai pazienti Covid positivi in acuzie psichiatrica. Di norma:

- 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). Durante la pandemia il CSM 24 di Cles si è reso eccezionalmente disponibile ad accogliere pazienti provenienti da altre aree territoriali.

INDICATORE: Trend delle dimissioni per UO (parametrato a 100.000 abitanti), delle giornate di degenza per UO (parametrato a 100.000 abitanti), delle dimissioni per SPDC, delle giornate di degenza per SPDC e della durata media della degenza nei servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nel triennio 2019-2021

Legenda:

	U01 Cles
	U02 Trento
	U03 Borgo
	U04 Rovereto
	U05 Arco

Figura 38

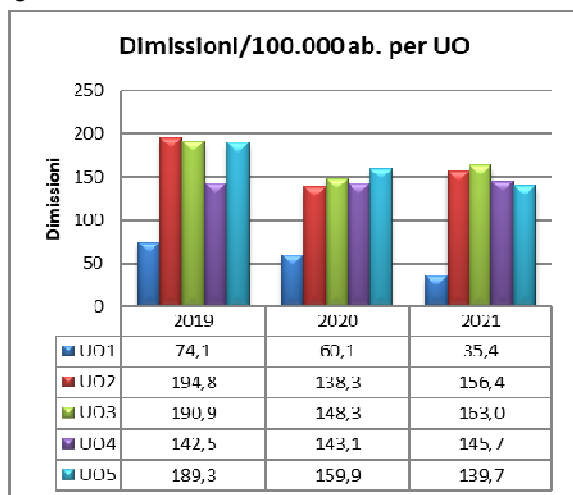


Figura 39

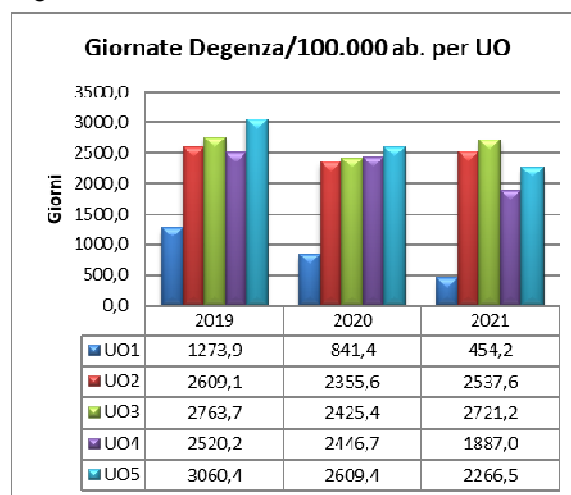


Figura 40

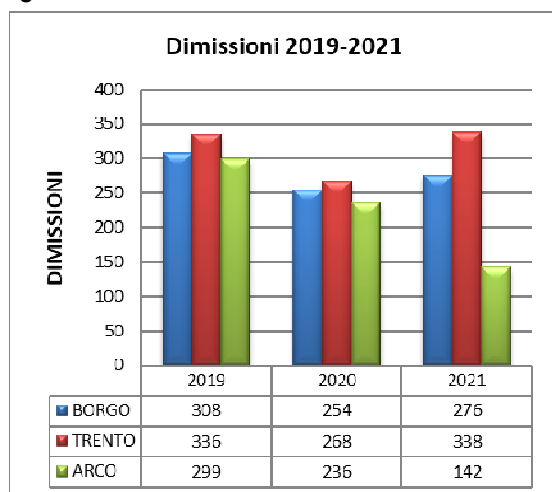


Figura 41

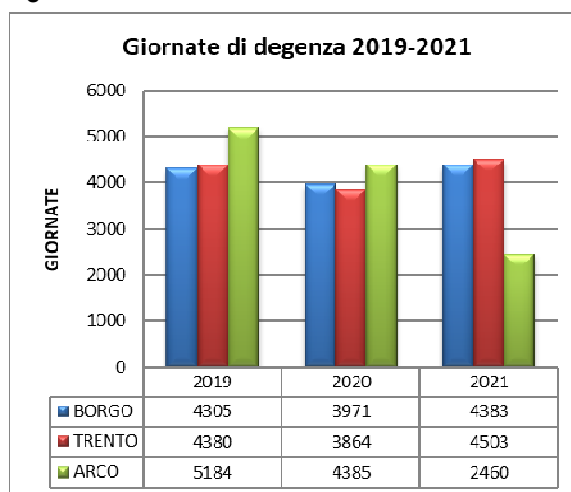
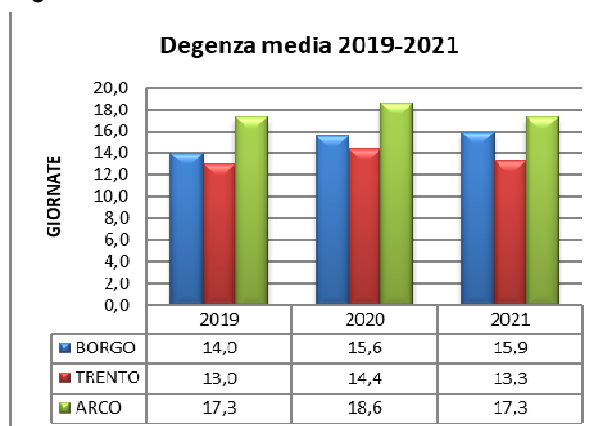


Figura 42



INDICATORE: Trend del numero di accoglienze, delle giornate di degenza, del tasso di occupazione e della permanenza media presso il Centro 24 ore di Cles nel triennio 2019-2021

Tabella 40.

Centro 24 ore	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Numero di accoglienze	90	78	75
Giornate di Degenza	1090	1094	1120
Tasso di Occupazione	75%	75%	78%
Permanenza media	12,4	13,4	14

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:

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

Il numero di trattamenti sanitari obbligatori per standard di popolazione è un indicatore della territorialità di un Servizio, ovvero della capacità dello stesso di intercettare precocemente le situazioni critiche e di porre in essere efficaci strategie di trattamento a livello territoriale. Maggiori saranno queste capacità, minori saranno i trattamenti sanitari obbligatori.

INDICATORE: Trend dei TSO (numero dei ricoveri in TSO e numero di utenti ricoverati in TSO) per SPDC e numero di TSO/100.000 abitanti per UO di provenienza nel triennio 2019-2021.

Figura 43

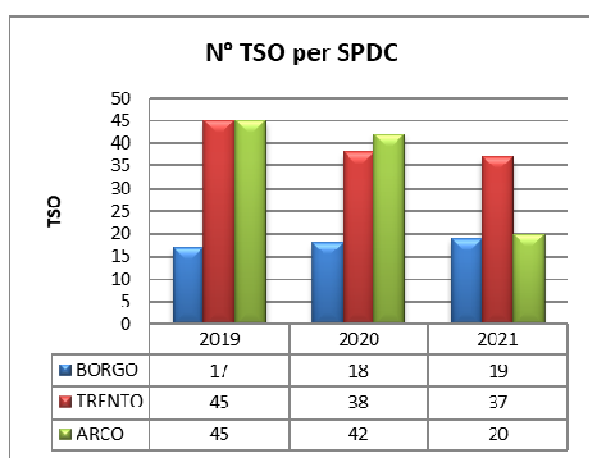


Figura 44

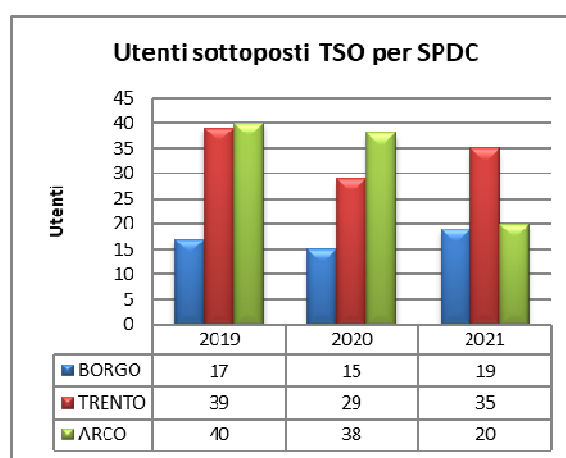
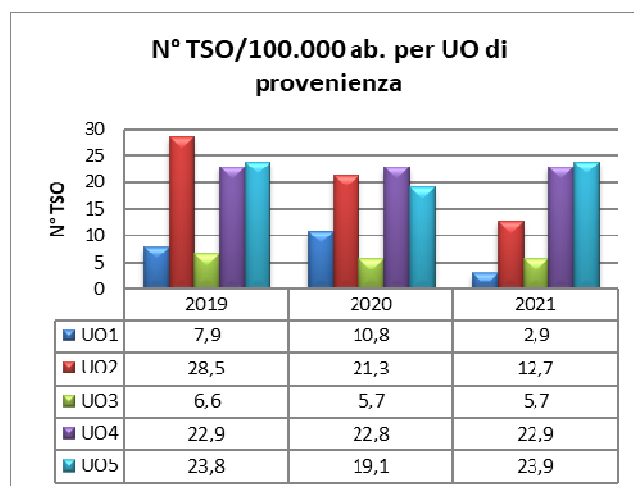


Figura 45

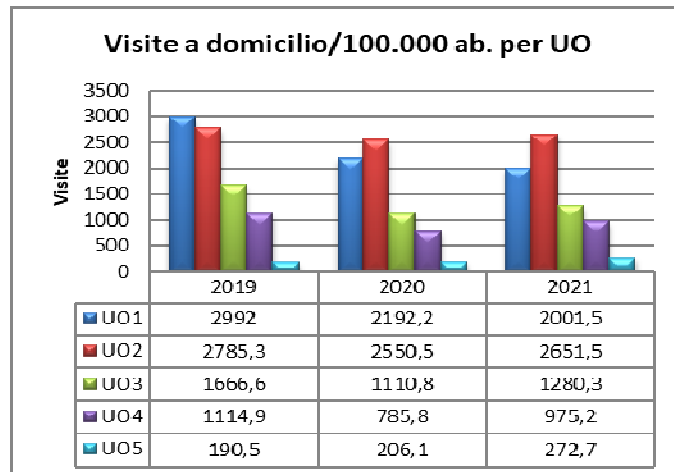


L'attività domiciliare

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 per UO parametriche a 100.000 abitanti nel triennio 2019-2021.

Figura 46



L'abitare

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

1. Strutture intensive. Dedicate a utenti in fase di criticità, 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. Dedicate a utenza con prevalenti bisogni socio-riabilitativi che richiedono programmi riabilitativi post-intensivi
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: Strutture intensive ed estensive: numero posti letto e occupazione posti letto per UO, degenza media nell'anno, degenza complessiva (dati anno 2021).

Tabella 41

ANNO 2021	INTENSIVE					ESTENSIVE**			
	Centro-Nord	Est	Centro-Sud Vallagarina	Centro-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.	0,97	0,82	1,25	1,14	0,83	0,55	0,18	0,11	0,85
N° Utenti	21	10	18	24	73	32	13	6	51
Utenti UO 1	1	1	1	2	5	5	2	1	8
Utenti UO 2	20	0	0	0	20	6	4	2	12
Utenti UO 3	0	9	0	0	9	13	5	2	20
Utenti UO 4	0	0	17	0	17	5	1	0	6
Utenti UO 5	0	0	0	22	22	3	1	1	5
Giornate di Degenza	4088	1394	2604	2457	10543	10129	3317	1740	15186
Degenza Media (nell'anno 2021)	194,7	139,4	144,7	102,4	144,4	316,5	255,2	290,0	297,8
Indice di Occupazione Posti Letto	0,86	0,38	0,59	0,67	0,64	0,93	0,91	0,79	0,90
Degenza complessiva	N.B. il 52% del campione dei pazienti presenti nel circuito estensivo (24 pazienti) risulta presente da <u>più di 2 anni</u> (limite di permanenza previsto nella programmazione); di questi 11 pazienti (42% del sottocampione) sono presenti da <u>più di 5 anni</u> e 4 pazienti (16% del sottocampione) sono presenti da <u>più di 10 anni</u> (max. 33 anni)								

***"Maso San Pietro" (Pergine) e "Villa San Pietro" (Arco) sono strutture convenzionate. I "Larici" è una struttura aziendale. Assieme costituiscono il polo della residenzialità estensiva.

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 sia 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. Un tasso di TSO che in alcune aree appare significativamente superiore alla media nazionale (media nazionale 11 TSO/100.000 abitanti, dati Ministero della Salute 2020) con tassi in alcune sedi territoriali che ammontano ad 8 volte quelli delle sedi con tassi più bassi.
2. Un utilizzo assai dissimile, da parte delle Unità Operative del territorio provinciale, dei posti letto disponibili nel polo residenziale sia intensivo che estensivo.
3. Un utilizzo del polo estensivo che si spinge ampiamente oltre i limiti previsti dalla programmazione provinciale (in termini di tempi di permanenza). E' allo studio un'ipotesi di alleggerimento del polo estensivo tramite creazione di nuclei famiglia dedicati ai pazienti long users.
4. Una notevole differenza fra le offerte domiciliari delle varie Unità Operative, con una forbice nell'ordine di 1 a 10.
5. L'evidenza di un utilizzo dei posti letto ospedalieri da parte dell'Ambito Ovest (UO 1) nettamente inferiore rispetto ad ogni altra UO: 1/4 delle giornate di degenza in SPDC rispetto a ogni altra sede territoriale nel 2021. Tale evidenza, certamente legata alla presenza in quell'Ambito del Centro 24 ore, dovrebbe invitare a verificare la possibilità di dare corso ad analoghe esperienze in altre sedi territoriali.

Questi alcuni fra i molti possibili spunti di riflessione. Le differenze 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'U.O. di Psicologia eroga i livelli essenziali di assistenza (LEA) psicologici su tutto il territorio provinciale, trasversalmente a varie funzioni di cura territoriali e ospedaliere. Essa risponde a bisogni di promozione, prevenzione, mantenimento, cura e recupero della salute psicologica della persona, nell'intero suo ciclo di vita, in applicazione degli indirizzi provinciali e dei seguenti setting di cura, brevemente descritti:

Ambulatorio: assistenza psicologica ambulatoriale rivolta al minore, all'adolescente, all'adulto, alla coppia, al genitore e alla famiglia. Il cittadino può rivolgersi spontaneamente o su invio del MMG o PLS 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, gruppale 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.

Consultorio: assistenza alla famiglia, alle coppie, alla maternità ed ai minori. Educazione alla genitorialità 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 (CDGD) 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 (Ser.D.): 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 e alcolismo. 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 due psicologi per la valutazione e cura di situazioni ad alto rischio evolutivo in fase adolescenziale. Tale centro garantisce una stretta collaborazione con le Comunità educative e terapeutiche per adolescenti attive nella provincia di Trento.

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 42. 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 (Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa).

Tabella 42. Dataset CORE-OM

Numero pazienti valutati	5487
Età media	38,4
Range	13-87
Genere	Femmine (70,4%)
	Maschi (29,6%)
Pazienti Disfunzionali (sopra il cut-off) in entrata	70,6%

Tabella 43. Punteggi medi di domini del CORE-OM e dell'RCI, in entrata ed in uscita

MISURAZIONI	2017		2018		2019		2020		2021	
	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
Benessere	2,27	1,36	2,27	1,35	2,26	1,34	2,26	1,34	2,26	1,34
Problemi	1,92	1,06	1,92	1,06	1,91	1,05	1,92	1,05	1,92	1,06
Funzionamento	1,52	1,07	1,52	1,06	1,52	1,05	1,52	1,05	1,52	1,05
Rischio	0,30	0,11	0,30	0,11	0,29	0,11	0,29	0,11	0,29	0,11
Core Tot.	1,53	0,93	1,53	0,93	1,53	0,92	1,53	0,92	1,53	0,92

Nella tabella 43 sono rappresentati i punteggi medi per ogni dimensione pre e post trattamento negli anni 2017-2018-2019-2020-2021. Si noti 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 47. Distribuzione percentuale dei risultati di efficacia dei trattamenti psicologici.

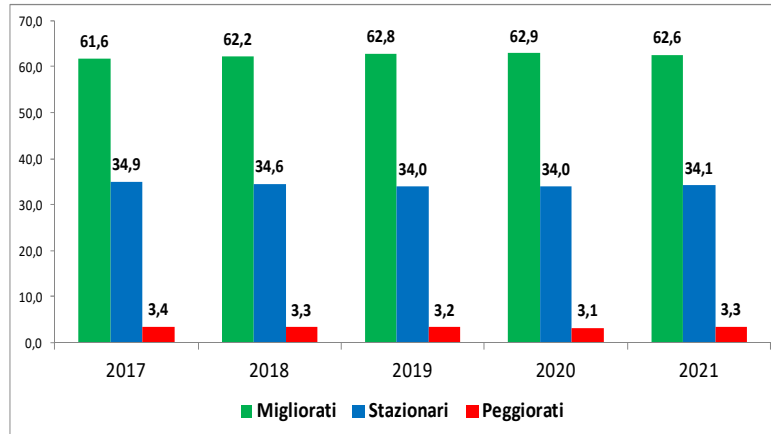
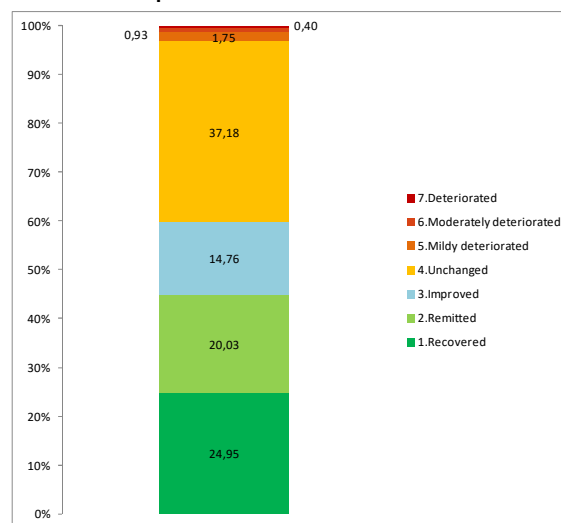


Figura 48. Esito della cura nei pazienti



Nella figura 48 sopra riportata 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 (distribuzione percentuale):

- Il 25,0% dei pazienti risulta **guarito** ($\text{cut off} \geq 1,96$) (**recovered**)
- Il 20,0% dei pazienti ha una **remissione dei sintomi** ($1,28 \leq X < 1,96$) (**remitted**)
- Il 14,8% ha **migliorato il suo stato di salute** ($0,84 \leq X < 1,28$) (**improved**)
- Il 37,2% 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**)
- Lo 0,9 % dei pazienti risulta **mediamente deteriorato** ($-1,96 < X < -1,28$) (**moderately deteriorated**)
- Lo 0,4% dei pazienti risulta **deteriorato** ($\text{cut off} \leq -1,96$) (**deteriorated**)

INDICATORE 2: "Nucleo di supporto psicologico agli operatori sanitari e alle equipe, durante l'emergenza COVID-19"

Durante la prima fase dell'emergenza Covid-19 (13 marzo – 31 luglio 2020), l'U.O. di Psicologia ha avuto la necessità di riorganizzare rapidamente il proprio servizio per dare una risposta tempestiva alle esigenze psicologiche emergenti determinate dal rapido diffondersi dell'epidemia.

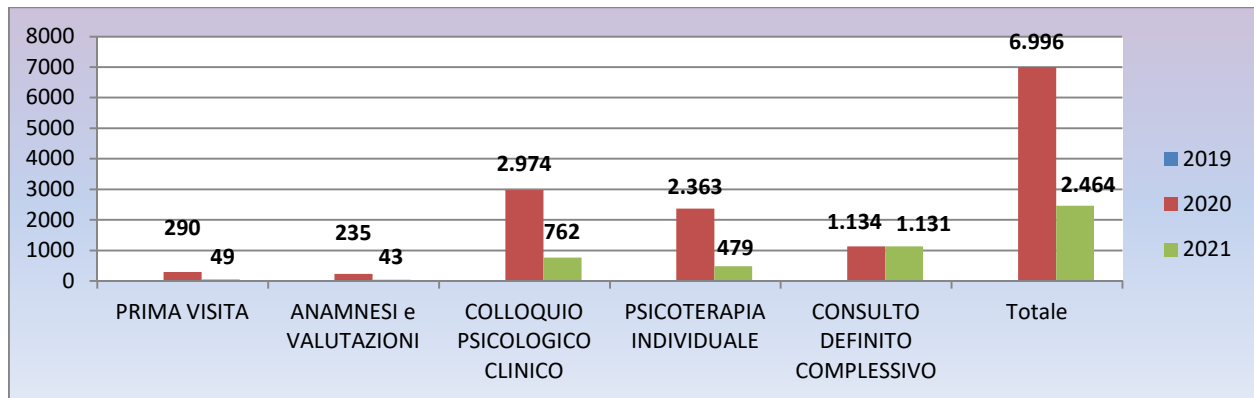
Questi cambiamenti, rapidi e minacciosi, hanno ingenerato nella popolazione generale, improvvisi sentimenti di paura, ansia, perdita di controllo, che si sono poi tradotti in disturbi del sonno e disturbi dell'adattamento.

Quasi la metà dell'attività clinica del servizio (fino a quel momento erogata in presenza) è stata convertita in prestazioni psicologiche effettuate in via telematica, da remoto. Durante questo primo periodo, sono state erogate 12.040 prestazioni psicologiche, di cui ben 5.388 colloqui psicologici/consulenze/psicoterapie da remoto.

Al termine della prima ondata e con il progressivo ritorno ad una attività clinica ordinaria, la modalità da remoto è stata comunque mantenuta nel 2020 e 2021 per permettere:

- la continuità assistenziale dei pazienti Covid positivi, afferenti agli ambulatori dell'U.O. di Psicologia, ma che non potevano accedere al servizio dovendo rispettare il periodo di quarantena/isolamento fiduciario per Covid-19;
- la partecipazione a consulenze ed incontri di rete con operatori di altri servizi socio-sanitari (divenuti raggiungibili solo o prevalentemente da remoto);
- la partecipazione alle riunioni interne di tipo clinico e organizzativo.

Figura 49. Prestazioni psicologiche effettuate da remoto per anno – Funzione Covid dato Qlik



Oltre all'attività ordinaria sopra descritta, l'U.O. di Psicologia ha collaborato alla gestione aziendale dell'emergenza Covid-19, partecipando sia alla **"Cabina di regia della APSS – sottogruppo supporto psicologico"**, che al **"Nucleo di Supporto Covid"** (in collaborazione con le Direzioni Mediche, il Servizio delle Professioni Sanitarie).

Durante la prima fase dell'emergenza Covid-19 (13 marzo – 31 luglio 2020), il Nucleo di Supporto Covid ha dato la possibilità a tutti i dipendenti APSS, e in particolare ai sanitari coinvolti in prima linea, di trovare un supporto psicologico per situazioni di distress, ansia, carico emotivo, sconforto e paura (legati sia ai cambiamenti di mansione, di mandato professionale, di reparto, che ai timori per la propria salute e per il possibile contagio dei propri cari).

Nello specifico, l'obiettivo era quello di migliorare la resilienza ad un evento straordinario attraverso interventi volti a promuovere strategie di coping/adattamento individuali, gruppali ed organizzativi:

- sostenere e favorire la fiducia degli operatori nei confronti dell'Istituzione di appartenenza, come elemento protettivo,
- monitorare e ridurre lo stress dei sanitari, in senso preventivo,
- garantire uno scambio virtuoso di conoscenze, favorendo la comunicazione tra le UUO,
- supportare l'autoefficacia e la percezione della propria competenza negli operatori,
- monitorare il ri-mansionamento dei gruppi di lavoro e degli individui, supportando l'adattamento al cambiamento di funzioni.

L'intervento psicologico si è concentrato sui bisogni di supporto espressi dalle equipe di cura dei diversi reparti ospedalieri e dai singoli operatori/sanitari di tutta la APSS; è stato organizzato un Triage, attivo 7 giorni su 7, accessibile attraverso un numero telefonico e un indirizzo mail dedicato: covid.supporto@apss.tn.it.

Successivamente, il supporto è stato esteso ai pazienti Covid positivi e ai loro familiari, sia in situazione di ospedalizzazione che a domicilio. Sono stati seguiti n. 43 Pazienti Covid positivi e familiari, segnalati dai sanitari del territorio per la presa in carico di vissuti di solitudine, abbandono, separazione traumatica dai familiari, lutti complicati e sintomi riconducibili a sindromi post traumatiche.

Modello Organizzativo: L'assegnazione delle richieste è avvenuta attraverso il **sottogruppo di coordinamento psicologico** composto dal Direttore dell'U.O. di Psicologia affiancato da due dirigenti psicologi dell'area ospedaliera, che hanno eseguito quotidianamente l'analisi della domanda e l'hanno indirizzata al professionista psicologo maggiormente rispondente alla tipologia della richiesta.

Al primo colloquio veniva compilata una scheda di accesso on-line che ha favorito la raccolta dei dati anagrafici, dei sintomi e delle richieste riferiti dall'operatore sanitario.

Gli psicologi dell'U.O. di Psicologia hanno dato la loro disponibilità per rispondere a:

- 1) richieste individuali (in presenza o da remoto), che sono state tutte evase nell'arco delle 24h da 17 psicologi, che hanno differenziato l'intervento psicologico in: interventi psicologici focali sul trauma, supporto psicologico alla genitorialità e alla comunicazione con i propri figli, supporto psicologico al lutto. Dei 47 operatori che hanno fruito individualmente del gruppo di supporto psicologico, il 25% ha avuto necessità di un invio specialistico-clinico. Tutti gli altri sono stati presi in carico con interventi di supporto psicologico focale breve.
- 2) richieste per interventi gruppali, che sono poi state concordate con il Coordinatore infermieristico del singolo reparto richiedente; gli interventi a supporto delle equipe si sono svolti in presenza, da 9 psicologi, secondo i criteri di tutela e rispetto delle norme di sicurezza, entro 7 giorni dalla richiesta. È stata svolta attività psicologica di debriefing, di elaborazione dell'esperienza traumatica, di sostegno al vissuto di emergenza.

L'intervento psicologico ha sostenuto gli operatori nello sviluppare competenze nella gestione delle comunicazioni di aggravamento o di lutto (telefoniche o in videochiamata) con i familiari dei pazienti Covid ricoverati; sono state costruite 4 griglie per promuovere: la comunicazione delle cattive notizie, il contenimento delle reazioni da lutto traumatico, la gestione del distress degli operatori, nonché la gestione della comunicazione con i bambini e il supporto genitoriale, il supporto alla comunicazione delle cattive notizie, il contenimento delle reazioni da lutto traumatico, la gestione dello stress lavoro correlato degli operatori.

Sono stati attivati 34 interventi gruppali di supporto psicologico alle equipe, che hanno interessato 400 operatori sanitari di Terapie intensive, Malattie Infettive, Medicina ad alta intensità, Pneumologia della APSS – con indice di stress lavorativo medio di 4,15 su scala 0-5.

Da ottobre 2020 fino a maggio 2021, in coincidenza della seconda e terza ondata dell'emergenza Covid-19, l'attività del Nucleo di Supporto Covid è stata ufficialmente riaperta per dare risposta ad ulteriori 30 richieste individuali di operatori sanitari e 6 richieste di supporto a equipe ospedaliere.

Figura 50

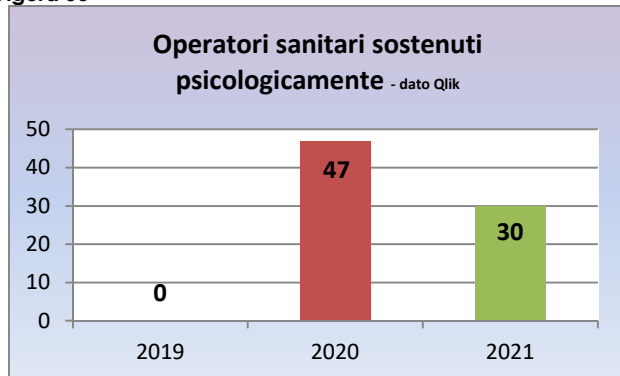
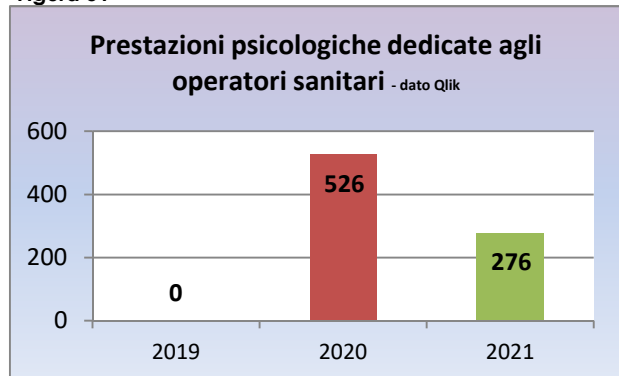


Figura 51



La APSS di Trento, attraverso il progetto e l'iniziativa del "Nucleo di supporto Covid", ha ottenuto il **PREMIO QUALITA' 2020 - SPECIALE COVID** - WWW.PREMIOQUALITA.IT - WWW.NETWORKJCI.IT

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

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

L'appropriatezza dell'invio al Centro di II livello dei Disturbi dello Spettro Autistico è un indicatore della diffusione delle conoscenze sulla patologia tra 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 2019, per poi deflettere un po' ed attestarsi attorno al 76% nel 2021. Questa apparente regressione è dovuta al fatto che non vengono più inviati al Centro i casi conclamati ma solo quelli dubbi.

Del totale delle valutazioni effettuate nel corso del 2021 (76) 46 sono esitate in "Disturbo dello spettro autistico"; 12 in "Rischio"; 1 in diagnosi di ASD associata ad altra patologia. Per 18 pazienti valutati non si è confermata la diagnosi di invio da parte del collega specialista territoriale (9 di questi hanno avuto comunque una diagnosi di disturbo del neurosviluppo).

Figura 52. Valutazioni e diagnosi per anno

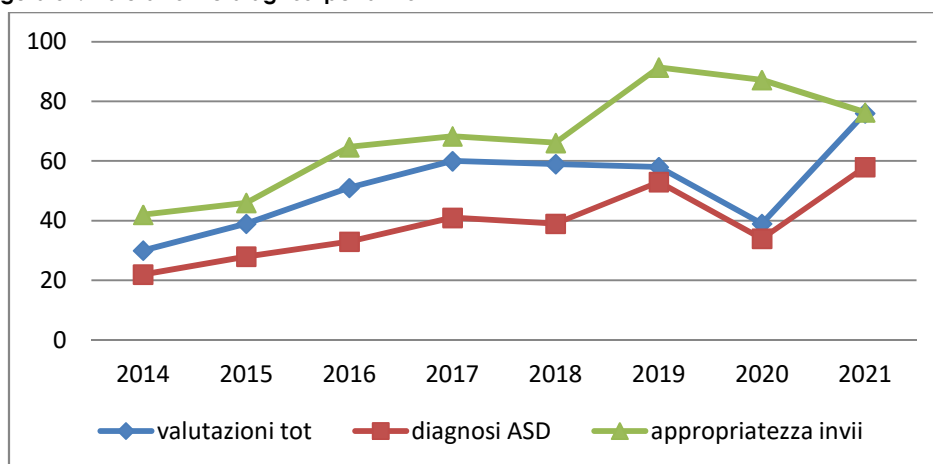
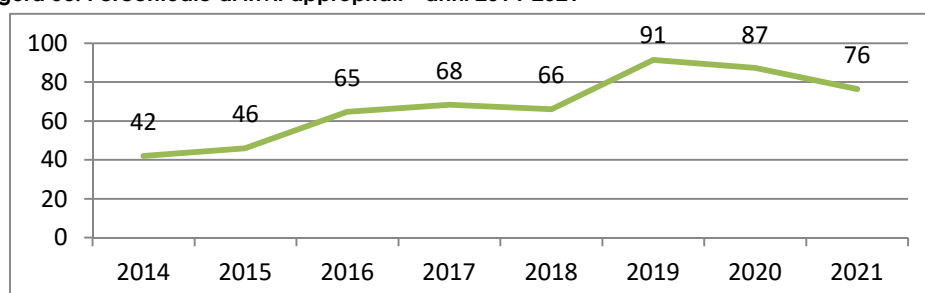


Figura 53. Percentuale di invii appropriati - anni 2014-2021

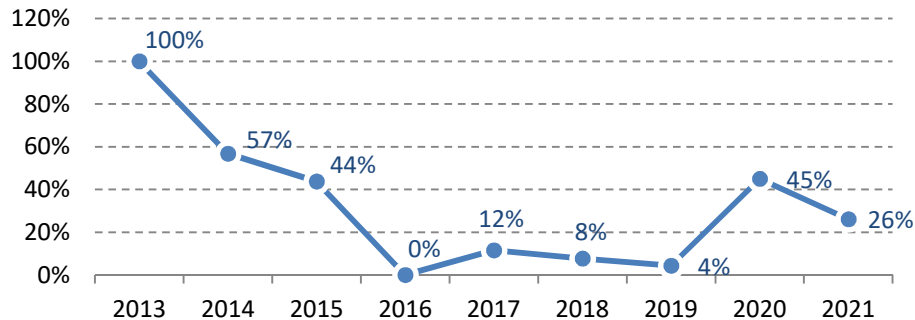


INDICATORE: Percentuale degli invii dal Gruppo Provinciale di II livello per le gravi disabilità motorie a centri di III livello extraprovinciali

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 della maggior parte dei problemi connessi a questa patologia, con conseguente riduzione dei viaggi inappropriati fuori provincia e maggiore apprezzamento da parte dell'utenza.

Grazie alle competenze acquisite dal gruppo di lavoro, dal 2013 ad oggi la percentuale di invii ai centri di III livello extraprovinciali si è ridotta notevolmente. Negli ultimi due anni, tuttavia, abbiamo dovuto registrare un nuovo incremento di invii extraprovinciali al III livello. Tale situazione si è venuta a creare per la mancanza di un riferimento **ortopedico chirurgico** all'interno dell'equipe, riferimento garantito negli anni precedenti.

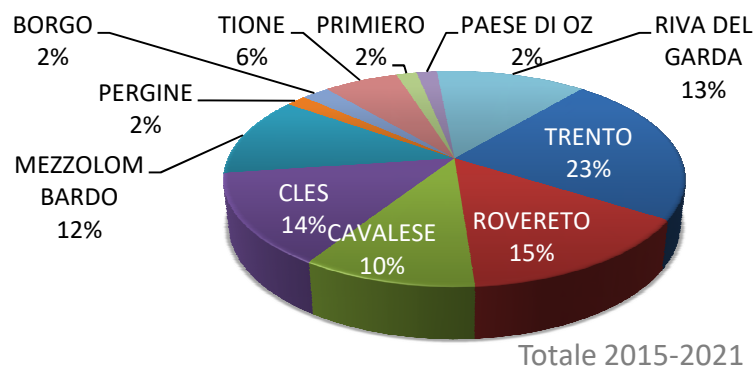
Figura 54. CRP DiNEE - % casi inviati fuori PAT al 3° livello



INDICATORE: accessibilità al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili

Uno dei doveri dell'APSS, e quindi anche delle UUOO di NPI, è quello di permettere l'accesso agli ambulatori specializzati a tutti i cittadini della PAT, a prescindere dalla localizzazione geografica della loro residenza. Nel grafico a torta si può apprezzare, rispetto al totale degli accessi al gruppo provinciale, le percentuali secondo la zona di provenienza negli anni 2015-2021.

Figura 55. 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. Anni 2015-2021.



U.O. DIPENDENZE

L'Unità Operativa Dipendenze, con le sue 3 sedi SerD e i 10 Centri di Alcologia, accoglie i cittadini che presentano problemi connessi al consumo o alla dipendenza da una o più sostanze psicoattive "legali" (alcol, tabacco, farmaci psicotropi) e "illegali", o da comportamenti additivi come il gioco d'azzardo patologico o l'internet addiction. Gli obiettivi che informano l'attività dell'U.O. sono la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche con interventi orientati a sostenere la motivazione al cambiamento delle persone ed al sostegno delle famiglie. I progetti terapeutici vedono protagonista la persona e quasi sempre si avvalgono della collaborazione con la rete dei servizi territoriali, a partire da quelli afferenti all'Area Salute Mentale di APSS, ai servizi Sociali dei Comuni, al Privato Sociale Accreditato e al mondo dell'associazionismo e del volontariato.

L'organizzazione nella pandemia Covid-19

Come per l'anno 2020, anche nel 2021 il perdurare della situazione pandemica ha avuto risvolti nell'organizzazione e nelle attività dell'U.O., dovuti anche all'impegno di operatori in aree Covid e successivamente alla sospensione di personale socio-sanitario che non ha ottemperato all'obbligo vaccinale. Ne è risultata la necessità di rivedere in certi periodi gli orari di apertura di alcuni Servizi e una rivisitazione di attività, obiettivi e tempistiche della programmazione annuale tale però da garantire la continuità assistenziale rivolta all'utenza.

Il progetto che più ha risentito della carenza del personale medico-infermieristico è stato il percorso di **screening e trattamento (test&reat)** dell'epatite C presso il SerD di Trento in collaborazione con l'Unità di Gastroenterologia dell'Ospedale Santa Chiara, che è stato sospeso nel 2021, a parte il periodo aprile-settembre. Questo ha comportato il mantenimento della sola ordinaria attività di screening per l'HCV, con interruzione del trattamento farmacologico antivirale in sede SerD e del supporto strutturato da parte del personale infermieristico del SerD. Tale supporto risulta necessario per gli utenti più vulnerabili e "a bassa soglia", per garantire loro la conclusione del ciclo di cura per l'epatite C.

L'efficacia del progetto di collaborazione U.O. Dipendenze - U.O Gastroenterologia, con esito di negativizzazione HCV degli utenti seguiti > al 90%, è stata oggetto della seguente pubblicazione previa rigorosa peer reviewing: Merola E, Menotti E, Branz G, Michielan A, Seligmann S, Ratti A, Agugiaro F, Moser L, Vettori G, Franceschini A, Mantovani W, Pertile R, de Pretis G, Pravadeelli C. Hepatitis C virus burden: Treating and educating people without prejudice. *World J Hepatol* 2022; 14(7): 1495-1503).

Altro ambito che nel 2021, così come nel 2020, ha fortemente risentito del contesto pandemico è stato quello dell'**intervento riabilitativo residenziale**, che ha visto una diminuzione degli inserimenti, ma anche un aumento dei *drop out*, in parte ascrivibili alle rigide normative su quarantena e sicurezza, poco tollerate dagli utenti più vulnerabili.

Tabella 44. Tasso occupazione Comunità Trentine (anni 2019 – 2021)

CT convenzionate	2019	2020	2021
Camparta	85.70	71.02	47.04
Giano	74	55.33	48.12
Voce Amica	92.43	74.56	79.46
Nuovi Orizzonti	91.29	84.14	89.44

A partire dalla necessità di affrontare in modo integrato e condiviso la situazione critica suddetta, nel febbraio 2021 si è costituito un Tavolo Tecnico misto con referenti delle comunità terapeutiche e dell'UO Dipendenze, volto ad un confronto sui percorsi clinico-assistenziali attuati e da attuare in ottica di sviluppo e miglioramento dell'offerta residenziale. Il confronto si è sempre mantenuto all'interno della cornice dettata dalla Delibera di riferimento (deliberazione G.P. n. 1990 di data 24 novembre 2017) e dei contratti sottoscritti dalle singole strutture con l'ente pubblico.

Il Tavolo Tecnico ha riflettuto sulla proposta residenziale in termini di appropriatezza, individuando i bisogni di cura espressi dal territorio provinciale e prevedendo delle risposte specialistiche all'interno delle singole comunità terapeutiche non più basate sulla possibilità della comunità di attivare tutti i moduli terapeutici, ma piuttosto sulla diversificazione delle offerte terapeutiche. Tutto questo con l'ottica di poter offrire progetti terapeutici individualizzati e di utilizzare le risorse in base ai bisogni di cura rilevati in un preciso momento della vita di una persona.

Entrando nel dettaglio delle singole strutture si riporta di seguito la nuova differenziazione per moduli terapeutici per singola comunità:

VOCE AMICA

- Modulo pedagogico riabilitativo con particolare attenzione agli utenti in misura alternativa al carcere
- Modulo coppia, dedicato a coppie consolidate che prevede da subito l'accoglienza di entrambi i partner
- Modulo doppia diagnosi, con una particolare attenzione per le situazioni cliniche molto complesse, già note e in gestione congiunta con il servizio di psichiatria

GIANO

- Modulo pedagogico riabilitativo con particolare attenzione agli utenti in misura alternativa al carcere
- Modulo doppia diagnosi, con una particolare attenzione per le situazioni cliniche molto complesse, già note e in gestione congiunta con il servizio di psichiatria
- Modulo disturbi da uso di alcol, con diverse tipologie di intervento residenziale (breve, medio, lungo, finalizzato alla gestione delle ricadute e del *craving*)
- Modulo cocainismo/gioco d'azzardo, percorsi brevi da intender all'interno di un più ampio percorso ambulatoriale
- Modulo pronta accoglienza/urgenza, con particolare elezione alla gestione delle situazioni cliniche gravi/urgenti dal punto di vista fisico, dove l'obiettivo è la iniziale riduzione del danno

CAMPARTA

- Modulo pedagogico riabilitativo dedicato all'utenza femminile (24-30 anni)
- Modulo giovani (< 24 anni) dedicato all'utenza femminile
- Modulo coppia che prevede l'accoglienza della partner donna, con momenti terapeutici concordati con il partner uomo ospite della comunità nuovi orizzonti

NUOVI ORIZZONTI

- Modulo pedagogico riabilitativo dedicato all'utenza maschile (24-30 anni)
- Modulo giovani (< 24 anni) dedicato all'utenza maschile

- Modulo coppia che prevede l'accoglienza del partner uomo, con momenti terapeutici concordati con la partner donna ospite della comunità di Camparta.

L'esito finale del lavoro del Tavolo è stata quindi la messa in opera di tutti i moduli terapeutici previsti dalla Delibera suddetta, ma anche la definizione di percorsi sempre più appropriati per l'utenza complessa, percorsi da vedersi come parte della filiera degli interventi di cura, in una possibile alternanza territorio-residenzialità-territorio. E' stata ribadita la centralità della UVM, di cui l'UO Dipendenze mantiene la regia e di cui si fa garante e che formalizza il contratto di cura fra utente e familiari e la rete dei Servizi e la forte collaborazione con il SST al fine di porre da subito le basi per un accompagnamento e restituzione della persona al territorio, una volta concluso il percorso comunitario. Indubbiamente il lavoro del Tavolo Tecnico, che si è concluso nel mese di ottobre, ha rappresentato un importante momento di collaborazione e co-costruzione di percorsi assistenziali fra l'U.O. e le Comunità dell'Area Dipendenze.

Sempre in ottica di costruire modelli di collaborazione fra enti e realtà del privato sociale finalizzate a definire percorsi di cura e di recovery per gli utenti e le famiglie, l'U.O. Dipendenze si è fatta promotrice nel 2021 della **formazione "Genitorialità e Dipendenze"**, ovvero un percorso formativo interdisciplinare fra Servizi che si occupano della riabilitazione e del sostegno dei genitori con patologia da dipendenza e della cura e tutela dei loro figli nel momento della nascita (U.O. Dipendenze, Servizi materno-infantili, Servizi di Psicologia e Salute Mentale, Servizi sociali territoriali, Tribunale per i Minorenni, Comunità Terapeutiche Area Dipendenze). L'obiettivo è stato quello di allargare le conoscenze degli operatori e di avviare un dialogo, come base da cui partire per ripensare le collaborazioni. Sono stati affrontati in più incontri aspetti sanitari, sociali e giuridici, con una elevata partecipazione di professionisti sia interni che esterni ad APSS.

Per quanto concerne invece gli **interventi di prevenzione**, il 2021 ha visto la ripresa di quelli nelle scuole in presenza, attuati in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, mantenendo comunque l'opportunità del collegamento online per situazioni specifiche (es. classi o studenti in quarantena). Nel 2021 è stata attivata una collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione ed Iprase per la formazione degli insegnanti degli Istituti di secondo grado. E' da sottolineare che le richieste di progetti di prevenzione da parte degli Istituti Scolastici sono in costante aumento nonostante la pandemia.

Altri interventi di prevenzione attivati nel 2021 dall'UO Dipendenze sono stati:

- a marzo 2021 è stato costituito il Tavolo Tecnico Prevenzione composto da alcuni operatori dell'U.O. Dipendenze ed in costante dialogo con il Dipartimento di Prevenzione. Lo scopo del gruppo di lavoro è quello di supervisionare gli obiettivi relativi alla prevenzione di competenza della U.O. e di tenere monitorata la validità dei contenuti dei progetti stessi;
- è stata inoltre creata una procedura di raccolta delle richieste puntiformi provenienti dal territorio trentino, attraverso una scheda predefinita. Si tratta di un'intervista strutturata utilizzata dagli operatori ai fini di raccogliere, processare e filtrare le richieste di collaborazione che arrivano dal territorio garantendo coerenza con la *mission* dell'U.O. Dipendenze. Agli operatori è stata offerta una formazione specifica per l'utilizzo dello strumento;
- è proseguita la collaborazione con le associazioni del territorio nell'ambito delle attività di prevenzione;
- ad aprile 2021, mese della prevenzione alcolica, sono stati promossi messaggi di salute alla popolazione generale utilizzando materiale informativo (lettera ai MMG, stampa sulle ricevute dei ticket) e agli operatori di APSS tramite i canali comunicativi aziendali (fast news, APSSpost.it).

Infine nel 2021, pur garantendo in tutti i servizi dell'U.O. le misure di sicurezza rivolte al personale e agli utenti ed il rispetto delle normative provinciali e nazionali, sono riprese gradualmente le attività in presenza (gruppi terapeutici, incontri di rete, attività formative, equipe multiprofessionali e riunioni organizzative), anche se la modalità da remoto è stata comunque utilizzata quando ritenuta utile ed efficace, sfruttando le competenze acquisite sui nuovi strumenti telematici dai professionisti e dagli utenti. Tali modalità sono risultate particolarmente adatte agli incontri di rete con enti sparsi sul territorio provinciale, ma anche interni all'UO considerando la disseminazione dei suoi servizi nelle diverse Comunità di Valle.

In modo particolare le riunioni da remoto hanno permesso la strutturazione di riunioni di equipe anche fra gli operatori della funzione alcolica a cadenza bimensile dall'estate 2021, permettendo per la prima volta ai professionisti che lavorano, a volte da soli, in centri di alcolologia periferici e distanti fra loro, di riflettere collettivamente sui percorsi di cura e sui bisogni degli utenti, condividendo competenze e prassi e costruendo approcci clinici multiprofessionali integrati ed innovativi.

Le attività clinico-assistenziali dei Servizi

Come sopra anticipato, anche nel 2021 l'attività clinica non ha subito eccessiva contrazione in termini di numerosità di utenti seguiti né rispetto al numero di prestazioni erogate.

L'**area SerD** nel 2021 ha garantito le seguenti prestazioni:

- Pronta accoglienza e diagnosi;
- Terapie farmacologiche specifiche, monitoraggio clinico e laboratoristico;
- Attività di screening per patologie correlate all'uso di sostanze;
- Psicodiagnosi e attività di sostegno e di *counseling*;
- Inserimenti residenziali

Tabella 45. Prestazioni complessivamente erogate area SerD triennio 2019-2021

	2019	2020	2021
PRESTAZIONI	53.025	50.313	55.747

Gli utenti in carico nel 2021 sono suddivisi per categorie nella tabella sottostante e, confrontati con quelli dell'anno precedente, mostrano che il carico di lavoro si è sostanzialmente mantenuto costante a conferma della accessibilità garantita dai Servizi

Tabella 46. Soggetti prevalenti 2019 -2021 area SerD

STATUS CARTELLA	N Soggetti 2019	N Soggetti 2020	N Soggetti 2021
IN CARICO	1511	1513	1329
NUOVE DIPENDENZE	113	72	48
IN CARICO TEMPORANEO (non residenti)	170	159	153
IN APPOGGIO	129	125	129
CERT. ASSENZA TOSSICODIPENDENZA	40	26	40
APERTA PER GENITORI	3	3	1
APERTA PER FAMIGLIE	3	6	13
TOTALE	1775	1720	1713

Attualmente il SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) rileva come "preso in carico" il singolo soggetto che soddisfi ognuno dei seguenti requisiti:

- 1) accesso al SerD o al Carcere;
- 2) accertamento documentato dell'uso, anche occasionale, di sostanze psicotrope (escluso alcol e tabacco)(esame di laboratorio o diagnosi medica nel periodo di riferimento per incidenti o pregressi per utenza già in carico)
- 3) erogazione di almeno una prestazione.

L'applicativo in uso presso il SerD (Ippocrate Web) suddivide tuttora gli utenti secondo le precedenti indicazioni pertanto quest'anno abbiamo conteggiato, insieme agli utenti "in carico", le seguenti categorie:

- Le "Cartelle aperte con paziente non in carico" riferite 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.
- I "Soggetti a rischio", 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.

Gli utenti non residenti vengono 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 SerD in caso di "temporaneamente in carico", mentre rimane a carico del servizio pertinente per residenza (extra-PAT) in caso di "appoggio".

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.

Le persone inviate al SerD dal Commissariato del Governo (ex art. 75 T.U. 309/90), avendo aderito al programma terapeutico, sono state 102 rispetto alle 81 del 2020 e questo è da imputarsi alla ripresa regolare delle attività del Nucleo Operativo Tossicodipendenze (N.O.T.) del CdG stesso. Le segnalazioni ex art 121 T.U. 309/90 nel corso del 2021 sono state 345 (erano 472 del 2020).

Per quanto concerne l'**area alcologia-tabagismo** la pandemia ha comportato una flessione della domanda di aiuto, con una riduzione rispetto alla fase pre-pandemica, dei numeri dei primi accessi e degli utenti in carico (cioè aventi almeno una prestazione in un anno), pur con lieve incremento nel 2021 rispetto al 2020 in quest'ultimo caso.

Sono invece fortemente aumentati i colloqui successivi al primo sia rispetto al 2020 che rispetto agli anni precedenti e questo riflette il nuovo impegno dei professionisti dell'area alcologica di promuovere la ritenzione in trattamento degli utenti, la quale rappresenta un importante indicatore di efficacia degli interventi erogati dai servizi per le dipendenze. Si precisa che il gestionale SIT Alcologia con il termine colloqui intende varie prestazioni, tra cui visite mediche, colloqui psicologici e psicoterapeutici, colloqui di sostegno e motivazionali ecc.

Resta elevata l'accessibilità ai servizi, anche grazie alla presenza capillare dei 10 Centri Alcologici in tutto il territorio provinciale

Tabella 47. Utenti in carico anni 2019-2021 area alcologia-tabagismo

	2019	2020	2021
N. utenti in carico	1.063	901	919
N. utenti in carico /10.000 abitanti	19,64	16,60	16,87

Tabella 48. Prestazioni "colloqui" area alcologia-tabagismo triennio 2019-2021

	2019	2020	2021
Primi colloqui	504	352	346
Colloqui successivi ai primi	2.222	2606	3669

Per quanto riguarda l'accessibilità ai servizi di **adolescenti e giovani adulti** di età inferiore ai 24 anni che presentino consumo a rischio di sostanze psicotrope legali e/o illegali se non disturbi clinicamente significativi, preme sottolineare che essi rappresentano una popolazione target particolare per i bisogni complessi riportati e che quindi chiede all'U.O. percorsi di prevenzione, di intercettazione precoce e di cura specifici ed appropriati. I dati locali ci dicono che le sostanze psicotrope prevalentemente utilizzate dagli studenti trentini sono alcol (soprattutto in modalità *binge drinking*) e nicotina, a cui si aggiungono psicofarmaci utilizzati senza prescrizione medica (soprattutto fra le ragazze) e cannabis (quest'ultima consumata con frequenza pari alla media italiana). I dati nazionali ci dicono che il policonsumo è la norma e non l'eccezione fra la popolazione giovanile e che la pandemia ha aumentato nelle nuove generazioni l'uso di alcol e tabacco.

Nella tabella sottostante vengono riportati i numeri degli utenti *under 24* in carico all'U.O. negli anni 2020 e 2021, che rivelano, come già nel 2019, maggiore accesso all'area SerD che a quella alcolologica. Si sottolinea però che negli anni 2020 e 2021 hanno ricevuto consulenza alcolologica a fine patente di guida, rispettivamente 106 e 120 giovani di età 18-24 anni.

Tabella 49. Accesso utenti di età 16-24 anni ai servizi (anni 2020 e 2021)

	Area SERD		Area ALCOLOGIA	
	2020	2021	2020	2021
Totale Utenti 16-24 anni	228	204	32	30
Maschi/femmine	183/45	162/42	25/7	26/4
Under 18	19	12	1	0
Stranieri	44	41	4	7

Anche nel corso del 2021 l'U.O. Dipendenze ha mantenuto la **collaborazione con le associazioni territoriali** di gruppi di auto-mutuo-aiuto (A.A., Al-Anon, Acat, AMA).

Per quanto riguarda la collaborazione con AMA per la prevenzione e il trattamento del GAP, il biennio 2020-2021 ha sicuramente registrato un calo di richieste rispetto alla fase pre pandemica, fenomeno evidenziato anche a livello nazionale. Causa principale di questa riduzione è stata sicuramente la minore accessibilità dei luoghi di gioco (bar, tabaccai, sale gioco ecc), a fronte di un basso numero di giocatori che è transitato in modalità di gioco online per quanto riguarda utenza SerD/AMA (vedi a riguardo: Cataldo I, Casonato E, Levari E, Negri A, Simonato P, Tomasi G, Branz G, Coppola A, Gianfranceschi P, Leoni E, Mistretta P, Stefani M, Vanzetta M, Franceschini A, Esposito G, Corazza O.. Gambling at the time of COVID-19: Results from interviews in an Italian sample of gamblers. *Emerg Trends Drugs Addict Health.* 2022;2:100032).

Riguardo alla collaborazione con i Club, questi restano importate sostegno per gli utenti e loro famigliari, per cui vengono proposti all'utenza e famiglie come strumento di cura e riabilitativo in maggior misura in ambito alcolologico, ma anche nei SerD. Nel 2021 sono pervenute ai Club 103 persone su invio dei professionisti dell'U.O.

CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE – CDCA

Il Centro di riferimento provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA), ora Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) 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.

Indicatore: Epidemiologia

Negli ultimi anni si è osservato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA e si conferma aumento cospicuo (> 30%) della domanda sanitaria specie nella fascia di età pre-adolescenziale e adolescenziale. Si è osservato un aumento dei casi maschili con prevalenza di forme di tipo restrittivo che attualmente rappresentano circa il 10% del totale dei casi in carico.

Contestualmente rileviamo anche un aumento dei casi di AN severe enduring che giungono alla nostra osservazione dopo molti anni di malattia (a volte decenni) che non sono stati mai trattati. Nella maggior parte dei casi tali pazienti sono ricoverati in reparti internistici che richiedono la nostra consulenza.

L'aumento della domanda di cura (complice anche la pandemia da Covid – 19) si è tradotto in un rilevante incremento dei casi in carico (tab. 50) in cui la fascia preadolescenziale e adolescenziale risulta particolarmente colpita. I ricoveri "salvavita" in reparto pediatrico sono stati quaranta (rispetto ai 25 del 2020) con una durata media di giorni di ricovero di 14,3. Molti ricoveri in reparto pediatrico sono avvenuti già in prima visita per la rapidità del calo ponderale e la bradicardia. Nella quasi totalità dei ricoveri la diagnosi è stata di Anoressia Nervosa restrittiva. Nell'80% dei casi i pazienti hanno potuto mantenere nella fase successiva al ricovero un livello assistenziale ambulatoriale con trattamento multidisciplinare integrato a frequenza settimanale. Nel 20% dei casi è stato necessario un livello di cura di maggiore intensità di tipo residenziale riabilitativo o day hospital.

INDICATORE: trasferimento del CDCA presso il nuovo Centro in Via Esterle, 40, attivazione Centro Diurno e trasferimento della Comunità terapeutica per i DNA

Tutto il personale del CDCA si è impegnato dal punto di vista formativo e organizzativo al trasferimento del CDCA in Via Esterle (Polo di Via Borsieri) che è avvenuto in settembre 2021.

Il nuovo Centro prevede l'unificazione dei livelli assistenziali residenziale (Comunità terapeutica Socio-Sanitaria) ambulatoriale e l'attivazione del Centro Diurno. Si sono definiti i criteri accesso alla Comunità Terapeutica e al Centro Diurno che prevede una apertura dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 17. Il trattamento è di tipo multidisciplinare integrato differenziato tra area minori e area adulti, ed è garantito dall'equipe del CDCA. Il trasferimento della Comunità terapeutica da Maso Zancanella al nuovo Centro in Via Esterle è previsto per l'inizio del 2022.

Dati utenza CDCA 2015 – 2021

Tabella 50

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Utenti in carico	286 Minori 98	250 Minori 66	282 Minori 88	314 Minori 112	364 Minori 122	388 Minori 131	444 Minori 199
Utenti dimessi	115	110	111	83	108	112	136
Nuovi utenti	136	126	96	92	133	132	168

INDICATORE: Liste di attesa

Anche nel 2021 a causa del notevole aumento delle richieste di valutazioni e prese in carico si sono definiti criteri di priorità in base alla gravità organica e psicopatologica che ha permesso di assicurare le visite urgenti entro i 15 giorni. Conseguentemente si sono allungati i tempi di attesa per gli utenti non urgenti.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Test antigenici rapidi in regime SSP in farmacia

Con riferimento alle azioni volte al contenimento della pandemia da SARS CoV-2 particolare importanza è stata attribuita alle attività di tracciamento e precoce individuazione della malattia. Per implementare tali misure, nel mese di novembre 2020 APSS ha sottoscritto un accordo con le associazioni rappresentative delle farmacie della provincia (deliberazione D.G. 522 di data 05/11/2020), che ha previsto l'introduzione del servizio aggiuntivo di somministrazione di test antigenici rapidi (c.d. tamponi rapidi) in farmacia; tale servizio è stato prorogato per tutto il 2021 come prestazione aggiuntiva del Servizio Sanitario Provinciale con oneri a carico dell'Azienda Sanitaria.

Inoltre nel 2021, le farmacie hanno aderito ad un protocollo nazionale che prevede per i minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni un prezzo di 8 euro a carico del cittadino + 7 euro a carico del SSN. Inoltre per i soggetti che non possono ricevere la vaccinazione il costo di 15 euro è interamente a carico del SSN.

Il Servizio Politiche del farmaco ed assistenza farmaceutica ha curato la stesura dell'accordo provinciale, le direttive operative alle farmacie, l'acquisizione delle adesioni e la gestione di tutto il corredo contabile ai fini della liquidazione dei compensi per l'attività riferita sia all'accordo provinciale che nazionale. Nel 2021 sono stati effettuati oltre 65.000 test ai sensi dell'accordo provinciale e oltre 50.000 secondo l'accordo nazionale.

Attività del Centro provinciale Farmacovigilanza, farmaco epidemiologia ed informazione sul farmaco (CPFV)

Nel 2018, analogamente alle altre Regioni, la Provincia Autonoma di Trento ha istituito presso il Servizio politiche del farmaco ed assistenza farmaceutica dell'APSS il "Centro provinciale di Farmacovigilanza, farmacoepidemiologia e informazione sul farmaco" (CPFV) (Delibera di Giunta Provinciale n. 1340 del 27 luglio 2018).

I Centri regionali collaborano con l'Agenzia Italiana del Farmaco nello svolgimento delle attività di Farmacovigilanza, finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di aggiornare costantemente il rapporto beneficio/rischio per la popolazione.

Nel corso del 2021, sono entrate pienamente a regime le attività "istituzionali" previste per i Centri regionali, tra le quali la trasmissione agli operatori delle "Note informative importanti" delle Agenzie regolatorie, italiana ed europea, e la partecipazione all'attività di "analisi del segnale" coordinata dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

Quest'ultima attività è stata intensificata a seguito dell'inizio della campagna vaccinale contro il COVID-19: oltre alle consuete riunioni semestrali dei gruppi di lavoro interregionali sui farmaci e sui vaccini, si sono svolte, a partire da settembre 2021, riunioni mensili dedicate ai vaccini contro il nuovo coronavirus.

L'inizio della campagna vaccinale ha richiesto anche l'intensificazione delle attività di inserimento delle segnalazioni nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza: il numero di segnalazioni di "sospette reazioni avverse" pervenute al CPFV è infatti

aumentato di più di 10 volte, passando da 165 nel 2020 a 1.865 nel 2021. Di queste, 1.726 sono relative a vaccini contro il COVID-19 e le restanti 139 a farmaci e vaccini con indicazione diversa dal COVID-19.

Il CPFV ha prodotto, in collaborazione con il Dipartimento Prevenzione, rapporti periodici dettagliati sulle segnalazioni destinati alla Direzione aziendale (inizialmente con cadenza settimanale, successivamente quindicinale) e rapporti sintetici mensili destinati alla popolazione e pubblicati sul sito "VaccinarSi in Trentino".

Per quanto riguarda l'attività formativa, i farmacisti del CPFV hanno svolto due cicli di docenze nell'ambito del "Master in Management per funzioni di coordinamento delle Professioni Sanitarie – Università degli Studi Verona", sulle tematiche della sicurezza dei medicinali e della organizzazione dell'attività di farmacovigilanza.

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.

Nel 2021 sono state autorizzate nove nuove farmacie portando a 159 il numero totale delle 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 antipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni, permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriatezza.

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

C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica **2.61**

(25%) C9.1 Consumo di Inibitori di Pompa Protonica  **33.16 U.P.**

(25%) C9.4 Consumo di antidepressivi sul territorio  **29.24 DDD per 1000**

(25%) C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio  **8.88 DDD per 1000**

disponibile

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti: **69.13**

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2020 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance media  (2.61)

Figura 56: Appropriata prescrizione farmaceutica: confronto tra le Regioni/PP.AA. (Network S. Anna di Pisa 2021)



3.1.2 INDICATORE: Appropriata d'uso (aderenza farmaceutica)

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

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

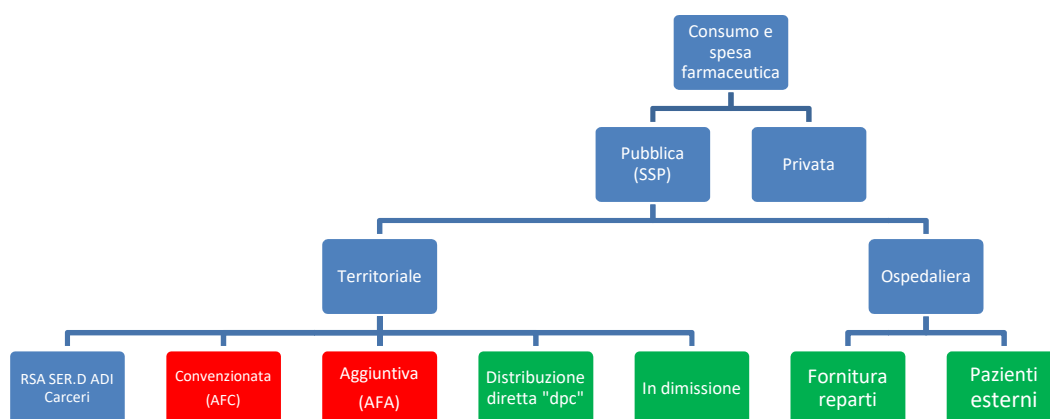
Il punteggio di questo indicatore è dato dalla media dei punteggi dei seguenti sottoindicatori che lo compongono

- C21.3.1 % di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni) **80.53 %**
- C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) **85.94 %**
- C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) **71.75 %**
- C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolepizzanti) **11.42 %**

Figura 57. Appropriata d'uso (aderenza farmaceutica): confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2021)

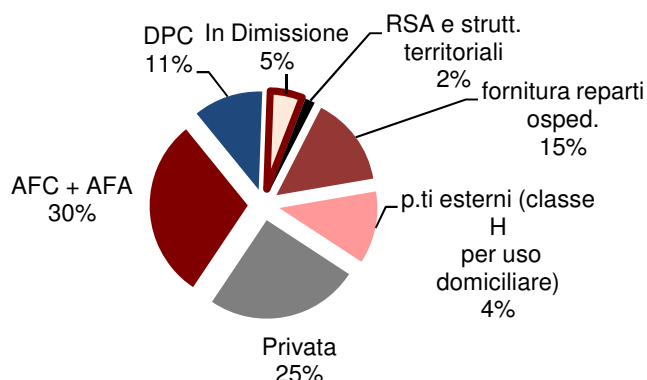


Figura 58. Schema riassuntivo delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica



In Trentino nel 2021 la spesa per l'assistenza farmaceutica ha raggiunto un valore totale di oltre 212 milioni di euro e come da grafico sottostante la componente pubblica (SSP), articolata in ospedaliera e territoriale, ha coperto il 75 % del totale lasciando a carico del cittadino la parte privata rappresentata dai farmaci da banco (OTC) e quelli di classe C acquistabili solo con ricetta bianca.

Figura 59: Ripartizione della spesa farmaceutica in PAT (anno 2021)



La spesa pro capite e i consumi registrati in ambito pubblico si sono distribuiti nella popolazione, suddivisa per classi di età quinquennali, secondo i dati del grafico sottostante. I consumi e i costi crescono con l'avanzare dell'età e sono più marcati nei maschi che nelle femmine solo a partire dalla fascia 65-69, mentre dal grafico successivo è possibile constatare che il numero dei pazienti trattati, dopo l'iniziale picco della classe 0-4 anni, tende poi a seguire un aumento graduale linearmente al gradiente di età con maggiore prevalenza nelle femmine dai 15 ai 74 anni fino al pareggio con i maschi. In sintesi l'invecchiamento è il determinante maggiore per spesa consumo e numero di trattati, mentre al sesso femminile è associato un maggior numero di soggetti trattati e a quello maschile maggior consumo e spesa.

Figura 60. Consumi e spesa farmaceutica territoriale SSP per classi di età e genere

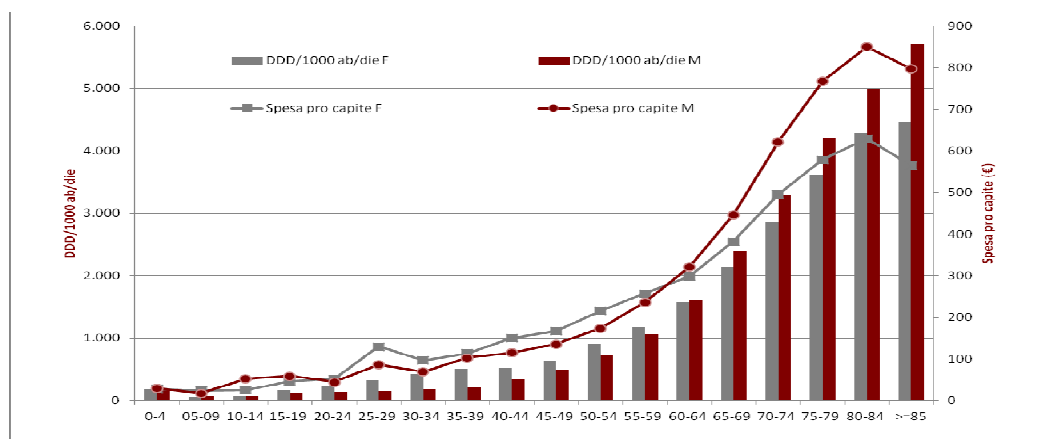
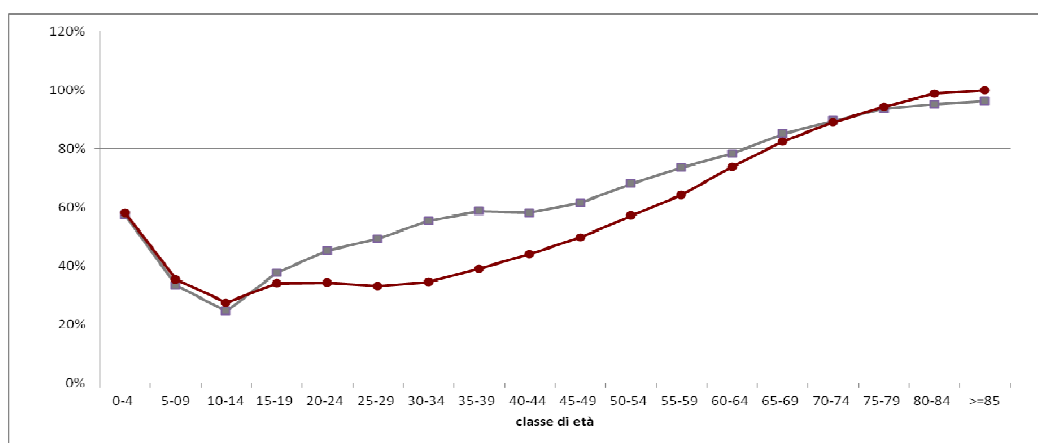


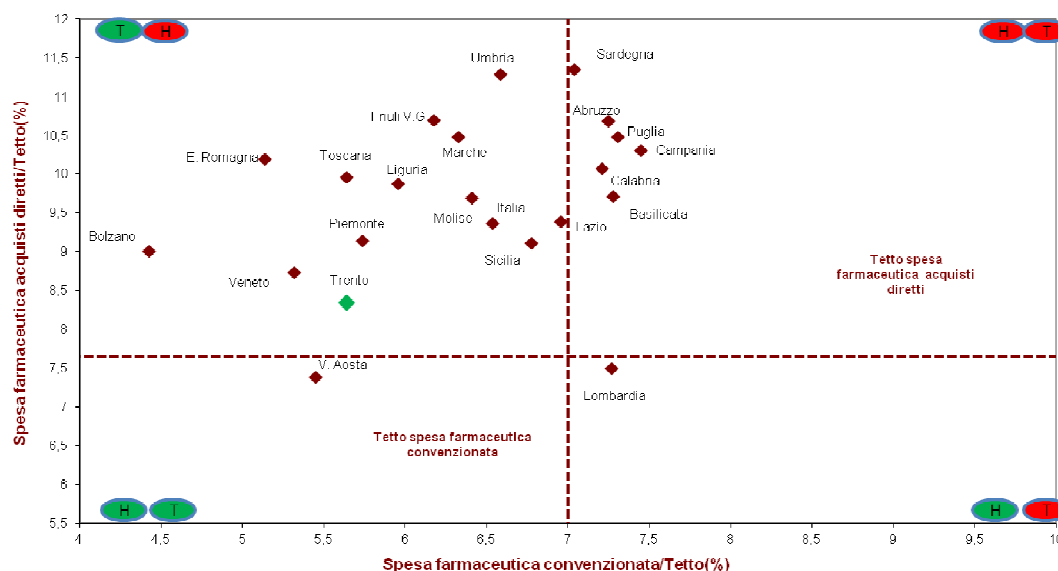
Figura 61. Prevalenza d'uso per classi di età e genere



La legge di bilancio 2021 ha introdotto un provvedimento che ha rideterminato sia il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti comprendente la spesa per 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") nella misura del 7,85% del fondo sanitario, sia quello denominato "tetto della spesa farmaceutica convenzionata" comprendente i farmaci acquistati dalle farmacie territoriali convenzionate e poi rimborsate dal SSP nella misura del 7,00%, senza modificare il valore del finanziamento pubblico pari al 14,85% del Fondo sanitario nazionale (FSN).

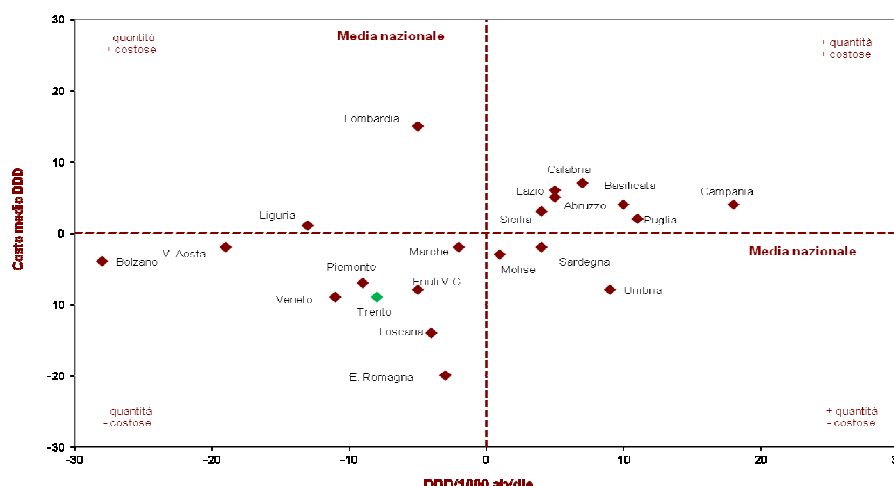
Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati: come è facilmente rilevabile, nel 2021 la P.A. di Trento ha assorbito il 5,64% del tetto della spesa farmaceutica convenzionata con un avanzo di € 14,6 milioni, mentre ha sfiorato dello 0,69 % (+€ 7.4 milioni) quello degli acquisti diretti al pari di tutte le altre regioni italiane tranne che la Lombardia. Tuttavia il tetto complessivo è stato rispettato al pari di Veneto, P.A. Bolzano e Val D'Aosta con un attivo di €8,7 milioni

Figura 62. Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati (anno 2021)



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. Infatti in Trentino nell'anno 2021 sono state assunte al giorno 1043,8 dosi di farmaci ogni mille abitanti al costo medio di € 0.35, mentre in Italia i valori medi sono stati rispettivamente 1133.2 e 0.39. Nella classifica delle Regioni e PA con il miglior rapporto spesa/consumo la PA di Trento si posiziona al sesto posto dietro la PA di Bolzano, Emilia Romagna, Val d'Aosta, Veneto e Toscana che poi si collocano tutte nello stesso quadrante

Figura 63. Rapporto tra consumo di farmaci e spesa (anno 2021): scostamento% dalla media nazionale



3.1.3 INDICATORE: Compartecipazione alla spesa farmaceutica

In Trentino non è previsto il pagamento di alcuna quota aggiuntiva per ogni ricetta spedita a meno che non si sia residenti in un'altra regione e pertanto l'unica forma di compartecipazione alla spesa farmaceutica gravante sui residenti in PAT è rappresentata dalla sola differenza rispetto al prezzo di riferimento definito da AIFA e che come si evince dal grafico (fig. 64) è il più basso al livello nazionale. Tale risultato è frutto di un preciso atteggiamento culturale che tende a mantenere certi, gratuiti e universali alcuni beni e servizi per la società, includendo tra questi i farmaci e l'assistenza sanitaria. I grafici che seguono mostrano come il consumo di farmaci equivalententi senza marchio industriale (unbranded) e pertanto a minor costo rappresentino il 40% del consumo di farmaci in AFC e la loro diffusione non abbia alcuna relazione con il reddito pro capite (fig. 65 e 66) come è altrettanto riconducibile allo stesso fattore il ricorso ai farmaci biosimilari. Questi ultimi sono farmaci biotecnologici di elevato valore terapeutico e ad alto costo che, come da normativa vigente, entrano in commercio quando scade il brevetto di un originator (capostipite della classe farmacologica). Non possono essere scelti direttamente dal paziente, ma sono le strutture pubbliche che in fase di erogazione delle cure possono utilizzarli per contenere i costi che derivano dal loro utilizzo.

Figura 64. Incidenza % della compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica

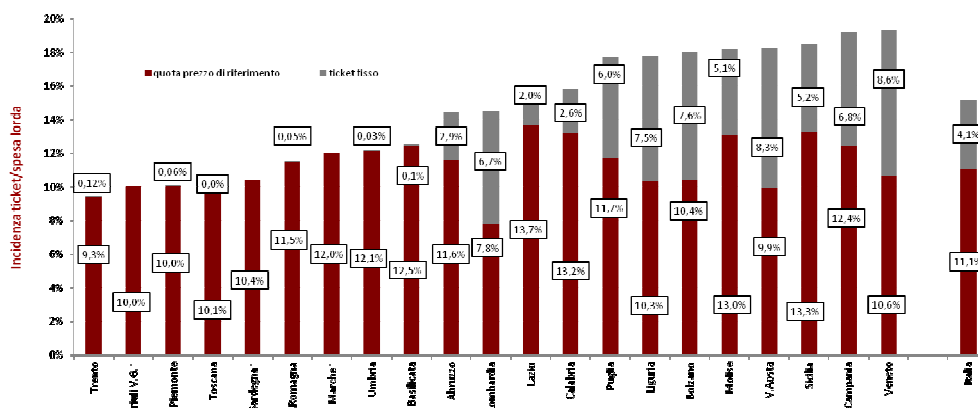


Figura 65. Consumo di farmaci equivalententi (anno 2021)

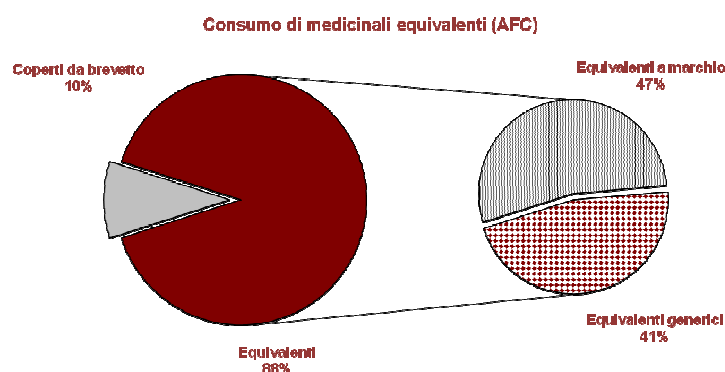
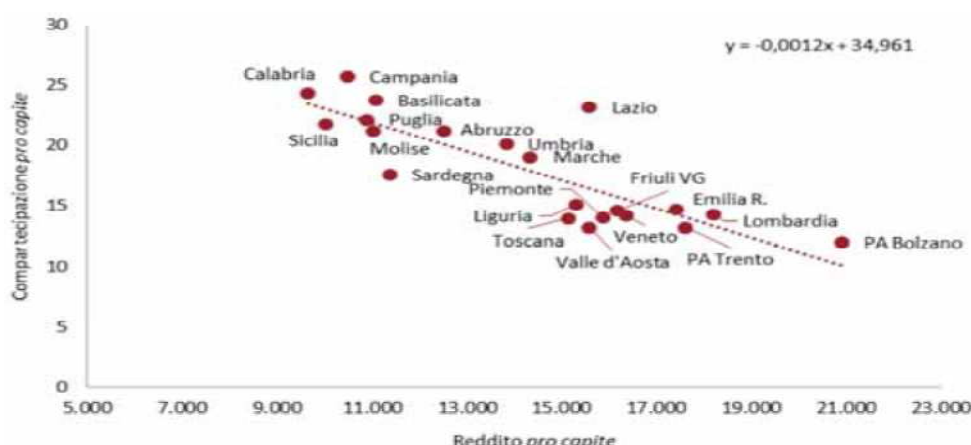


Figura 66. Analisi di correlazione tra spesa per compartecipazione e reddito pro capite



Le figure 67 e 68 mostrano l'utilizzo dei biosimilari e il loro costo rispetto alla media nazionale. In PA di Trento il consumo di farmaci biosimilari è prevalente vs gli originator, tuttavia se si guarda ai costi (fig 68) la PA di Trento si colloca nel quadrante dove è maggiore il consumo di biosimilare ed il costo medio per singola dose è uno dei più bassi. Concludendo una bassa compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica abbinata ad un graduale aumento del consumo di farmaci biosimilari concorrono a rendere disponibili più ricchezza per i cittadini e più risorse da destinare all'assistenza sanitaria.

Figura 67: Consumo di farmaci biosimilari vs originator rispetto alla media nazionale

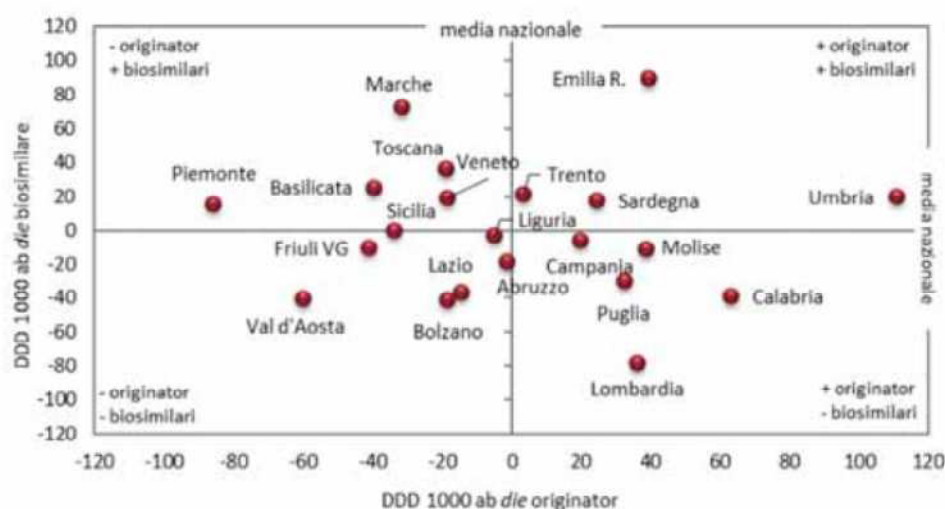
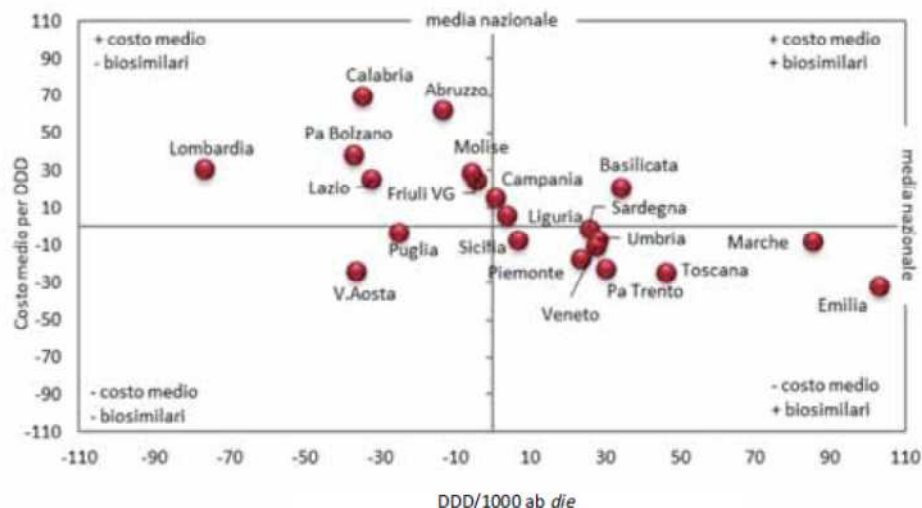


Fig 68: Consumi e costo medio dei biosimilari rispetto alla media nazionale



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Unità Operativa Specialistica Ambulatoriale coordina funzionalmente l'attività ambulatoriale erogata presso gli ospedali, gli ambulatori distrettuali e le strutture accreditate nell'ambito di tutto il territorio provinciale al fine di garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di tutti i cittadini iscritti al S.S.N., attraverso l'equilibrio nei volumi dell'attività erogata tra ospedale e territorio ed il coordinamento del Centro Unico di Prenotazione.

L'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella provincia di Trento è costituita da una rete di strutture pubbliche che comprende 7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni sia per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto; inoltre sono presenti 9 strutture private accreditate per attività specialistica ambulatoriale nonché 28 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.

In relazione al quadro clinico riscontrato il medico curante o lo specialista può indicare sulla ricetta l'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 più rigoroso Piano provinciale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 della Provincia Autonoma di Trento.

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene tramite 3 canali: prenotazione telefonica (Call Center), prenotazione diretta presso i diversi sportelli/ambulatori aziendali e prenotazione via web; in alcuni punti di erogazione alcune prestazioni non prevedono prenotazione ma l'accesso diretto presso la struttura erogante (es. radiografie del torace, ECG ecc.).

Tutte 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 (denominato Cupernico), ove sono depositate 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, che può essere cartacea oppure informatizzata.

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 fornisce 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, a chi 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 (RAO). In Provincia di Trento, sono inoltre attive le prenotazioni sia tramite il fascicolo sanitario elettronico per i cittadini iscritti a TreC (cartella clinica del cittadino) sia 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 in formato elettronico di una prestazione da parte del proprio medico curante, viene contattato telefonicamente direttamente dal Call Center del CUP.

Attraverso il sito web dell'Azienda sanitaria è possibile inoltre 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).

Tabella 51. Trend relativo al volume di prenotazioni effettuate dal CUP negli anni 2016-2021.

anno	regime istituzionale (SSN)	LP*	totale	% SSN rispetto all'anno precedente	% LP rispetto all'anno precedente	% LP vs. SSN
2016	1.118.206	110.338	1.262.232			9,9%
2017	1.156.213	112.565	1.304.845	3,3%	2,0%	9,7%
2018	1.222.976	114.314	1.337.290	5,5%	1,5%	9,3%
2019	1.257.690	117.584	1.375.274	2,8%	2,8%	9,3%
2020	970.880	84.010	1.054.890	-29,5%	-40,0%	8,7%
2021	1.120.932	111.940	1.232.872	13,4%	25,0%	10,0%

* Prestazioni libero professionali intramoenia erogate da specialisti APSS (dipendenti e convenzionati) presso gli ambulatori aziendali; sono ESCLUSE le strutture accreditate.

Il sistema CUP negli anni 2020 e 2021 è stato coinvolto dal dipartimento di prevenzione nella lotta contro la pandemia Covid-19 gestendo la prenotazione di tamponi e vaccini per le varie sedi di erogazione (112.00 prenotazioni nel 2020 e 1.066.000 nell'anno 2021).

Dall'analisi dei dati si evidenzia un progressivo aumento della richiesta di prestazioni nel periodo 2016 - 2019, sia per quanto riguarda il regime istituzionale, sia per quello in libera professione intra-moenia che sono passate da un totale di 1.262.232 a 1.375.274 (+113.042 prenotazioni). Nel corso dell'anno 2020 la pandemia Covid-19 ha manifestato i suoi primi effetti sulla domanda e sull'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e così, fin dal mese di marzo, è stata osservata una importante riduzione del prenotato rispetto all'anno precedente concretizzandosi in una contrazione di 320.384 prenotazioni.

Per contro nel successivo anno 2021, al netto delle prenotazioni di tamponi e Vaccinazioni Covid, si è assistito ad una ripresa della domanda di prestazioni specialistiche rispetto al 2020, passando da 970.880 prenotazioni a 1.120.932 (+13,4%).

Nelle successive tabelle è rappresentato il tempo di attesa mediano delle prestazioni prenotate ed erogate con codice RAO ad elevata priorità A, B, C (corrispondenti ai codici U, B, D nazionali) nel corso del 2020 e del 2021. Essi in Provincia di Trento, hanno limiti massimi nel 90% dei casi a 3, 10, 30 giorni; in particolare sono riportati i dati riferiti agli utenti che hanno prenotato il primo posto libero offerto al momento del contatto con il CUP (sono escluse le prenotazioni di prestazioni pre- e post-ricovero, cosiddetti "fogli gialli").

Tabella 52. Numero di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO A B C - anno 2020-2021 (prenotazioni su primo posto libero). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

Priorità RAO 2020	n° prenotazioni	tempo di attesa mediano (gg)	tempo di attesa nel 90° percentile delle prenotazioni (gg)
A (U)	13.708	1	4
B (B)	68.565	5	14
C (D)	66.448	13	35
Totale ABC	148.721		

Priorità RAO 2021	n° prenotazioni	tempo di attesa mediano (gg)	tempo di attesa nel 90° percentile delle prenotazioni (gg)
A (U)	15.763	1	4
B (B)	78.422	5	16
C (D)	85.240	15	33
Totale ABC	179.425		

Nel corso degli anni 2020 e 2021, a fronte di un significativo aumento della domanda di prestazioni RAO ad elevata priorità, si è osservata una difficoltà nel mantenere i livelli di garanzia entro i limiti massimi di 3, 10, 30 giorni nel 90% dei casi e ciò in taluni casi a causa della carenza di risorse interne e della conseguente riduzione dell'offerta ospedaliera e della specialistica ambulatoriale interna, in massima parte correlate alla pandemia ed alla difficoltà nel reperire medici specialisti.

L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha richiesto, nell'ottica di evitare il contagio, di limitare il più possibile lo spostamento dei cittadini dal proprio domicilio, riducendo il sovraffollamento presso gli spazi di attesa degli ambulatori e nelle strutture ospedaliere.

In questa prospettiva è stato dato forte impulso alle attività di **Telemedicina** quale modalità per effettuare diverse tipologie di visite per le quali è sufficiente un contatto verbale (ad esempio telefonico) o un contatto audiovisivo (tramite videochiamata) tra medico e paziente, integrato dalla possibilità da parte del medico di visualizzare a distanza referti, immagini radiologiche e altra documentazione clinica, tramite strumenti informatici.

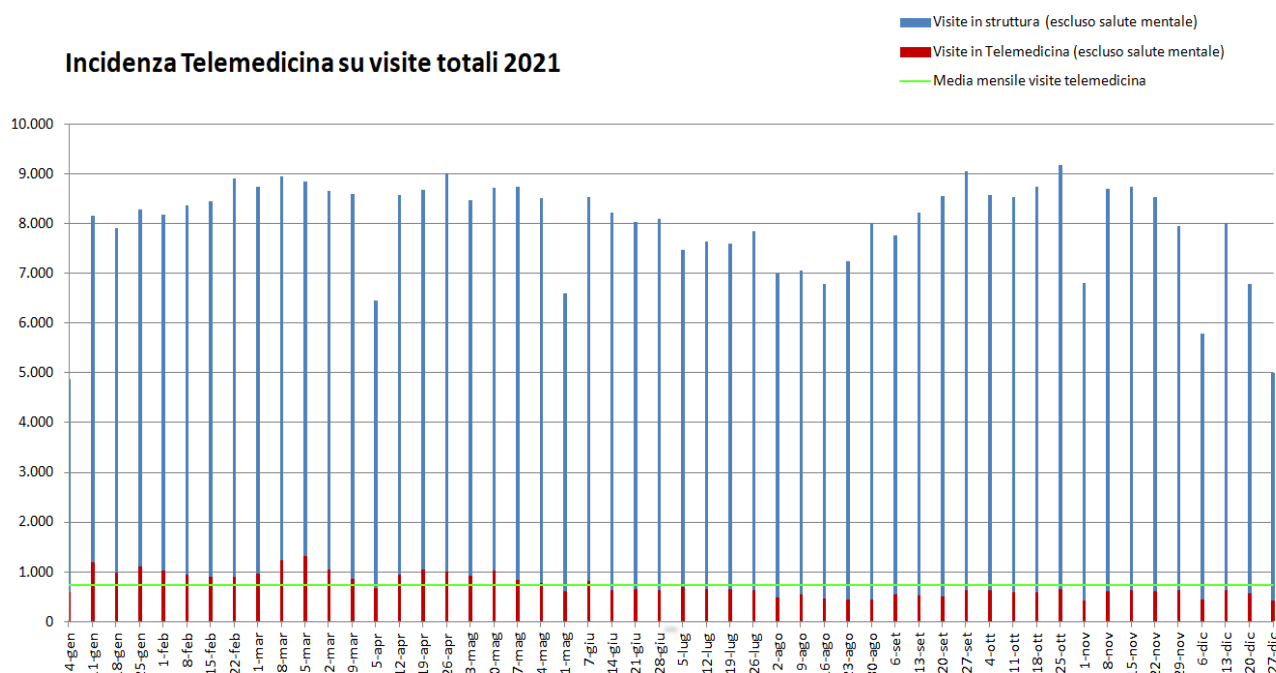
E' stata predisposta una specifica procedura aziendale per la diffusione delle modalità operative connesse alla prescrizione, la prenotazione e la refertazione delle visite specialistiche ambulatoriali da "remoto" compresi gli strumenti informativi ed informatici da utilizzare (SIO - Healthmeeting - GSuite con Hangouts per Chat e Meet) e, naturalmente, l'informativa specifica per il trattamento dei dati personali, resa disponibile anche nel sito Internet di APSS nella sezione "Privacy e diritto d'accesso".

Le prestazioni di telemedicina sono state inserite nel Nomenclatore Tariffario provinciale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali aggiornate dalla Giunta Provinciale con deliberazione del 09 aprile 2020 n. 456. La stessa deliberazione provinciale ha introdotto per le predette visite e per tutti i cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale uno specifico codice di esenzione (TEL) valido temporaneamente e legato alla fase di emergenza epidemiologica da Covid-19.

L'attività di telemedicina interessa sia specialisti dipendenti che specialisti convenzionati interni di APSS e riguarda prime visite e visite di controllo elencate nel Nomenclatore Tariffario provinciale, che vanno da prestazioni di anestesiologia per terapia del dolore a visite cardiologiche, neurologiche, oncologiche, ginecologiche, controllo ostetrico e di percorso nascita e gravidanza a rischio, visite di sorveglianza per la terapia anticoagulante, valutazioni radiodiagnostiche, visite e colloqui psicologici, psichiatrici e di psicoterapia, rinnovo di piani terapeutici, ecc.

Report di monitoraggio delle attività di telemedicina sono prodotti dal Servizio Analisi e Integrazioni Dati (SIAD) a cadenza mensile, per una verifica del grado di implementazione del processo. Di seguito una sintesi dei volumi di attività erogata in televisita nel corso del 2021, basata su una rilevazione settimanale.

Figura 69. Incidenza delle televisite sulle visite totali erogate nel 2021 (escluse strutture esterne accreditate)



Fonte: dati cassa

Un altro strumento di lavoro a distanza introdotto in seguito all'emergenza è quello delle **"Finestre telefoniche"** che permette un efficace confronto e contatto tra i Medici di Base e i colleghi specialisti, anche per ottenere una *second opinion* per una scelta condivisa da parte del MMG del miglior approccio diagnostico e terapeutico per il proprio paziente.

L'elenco delle **"Finestre telefoniche"**, suddiviso per molte discipline specialistiche, riporta i giorni e gli orari nei quali circa 260 specialisti sono disponibili per un interscambio informativo con i colleghi della Medicina di Base.

Assistenza odontoiatrica

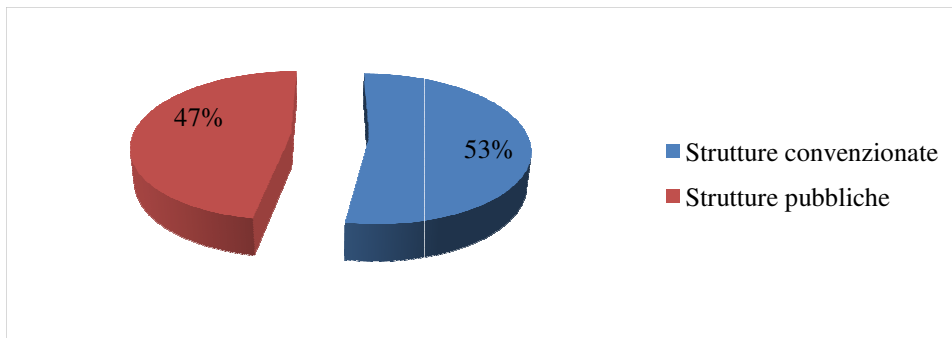
Anche nel corso del 2021, l'epidemia Covid-19 ha profondamente segnato l'attività sanitaria di APSS, compresa quella odontoiatrica prevista in applicazione delle direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della LP 22/2007.

Nello specifico, è stato regolamentato l'accesso agli ambulatori odontoiatrici e sono stati adottati protocolli per la protezione degli operatori e dei pazienti con conseguente, inevitabile, allungamento dei tempi di preparazione dell'ambulatorio tra un paziente e l'altro.

Con tale premessa, nell'anno 2021 l'attività odontoiatrica è stata garantita in forma diretta dalle strutture pubbliche della APSS e da 23 studi e ambulatori privati convenzionati (anno 2020 = 24).

Per quanto attiene le **attività ambulatoriali**, complessivamente sono state erogate 110.505 prestazioni (anno 2020 = 97.353), di cui 52.283 (47%) dagli ambulatori della struttura pubblica (anno 2020 = 46.031, pari al 47%) e 58.222 (53%) dagli ambulatori convenzionati (anno 2020 = 51.322, pari al 53%) (figura 70 e tabella 53).

Figura 70. Assistenza odontoiatrica diretta - prestazioni erogate per tipologia di struttura - anno 2021



A tale attività deve essere aggiunta quella erogata in forma indiretta dagli ambulatori privati, ai quali si sono rivolte, ottenuto il nulla osta, 204 persone (anno 2020 = 159 persone), di cui 137 (67%) per cure, 38 (19%) per prestazioni di ortodonzia e 29 (14%) per prestazioni protesiche, per un valore complessivo di 78.707,86 euro (anno 2020 = 66.254,91 euro).

In sintesi, l'analisi dei dati della assistenza odontoiatrica erogata in regime ambulatoriale evidenzia per l'anno 2021:

- l'aumento del numero complessivo di prestazioni erogate rispetto al 2020 (+13,5%), determinato dall'aumento dell'attività sia delle strutture convenzionate (+13,4%), che di quelle pubbliche (+13,6%);

Tab. 53. Numero prestazioni ambulatoriali di odontoiatria per tipologia di struttura anni 2018 - 2019 - 2020 - 2021

Tipologia struttura	Numero prestazioni odontoiatriche ambulatoriali			
	2021	2020	2019	2018
Pubblica	52.283	46.031	77.539	75.213
Convenzionata	58.222	51.322	61.407	65.675
Totale	110.505	97.353	138.946	140.888

- la prevalenza delle prestazioni ricomprese nella voce "diagnostica" rispetto alle altre prestazioni complessivamente erogate e il maggior impegno delle strutture convenzionate, rispetto a quelle pubbliche, nelle attività di protesica e di ortodonzia (tabella 54 e figura 71).

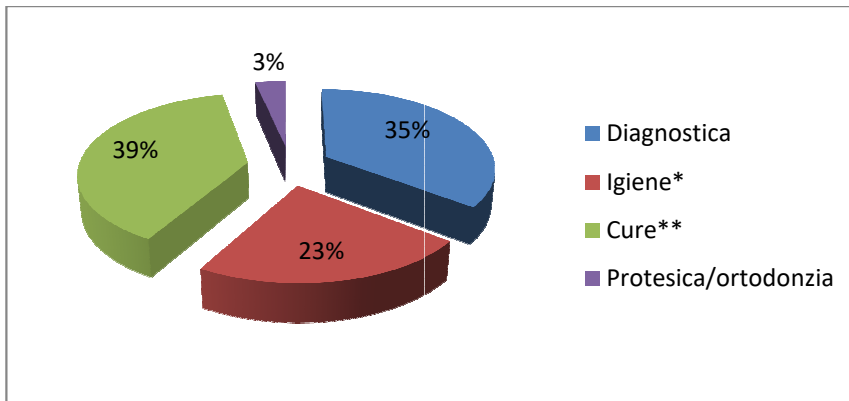
Tab.54. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia - anno 2021

Assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento - anno 2021			
Prestazioni	APSS	Strutture convenzionate	Totale
	n.	n.	n.
Diagnostica	22.982	16.090	39.072
Visita	20.959	14.035	34.994
prima visita	13.761	7.950	21.711
visita di controllo	7.198	6.085	13.283
Radiografia dentaria	2.023	2.055	4.078
Igiene*	9.861	15.452	25.313
Cure**	18.529	23.977	42.506
Protesica/ortodonzia	911	2.703	3.614
Totale	52.283	58.222	110.505

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

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

Figura 71. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2021



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

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

- un numero di persone che hanno beneficiato dell'assistenza odontoiatrica complessivamente erogata dagli ambulatori aziendali, da quelli convenzionati e dai privati pari a 23.597 (anno 2020 = 20.986), come di seguito riportato.

Tab. 55. Persone che hanno beneficiato della L.P. 22/2007 per tipologia di struttura – anni 2018 - 2019 - 2020 - 2021

Struttura	N. persone			
	2021	2020	2019	2018
APSS	10.974	9.684	17.455	17.521
Convenzionata	12.419	11.143	13.359	13.539
Privata (ass. indiretta)	204	159	315	362
Totale	23.597	20.986	31.129	31.422

- un orientamento dell'attività ambulatoriale rivolta ai minori sia nelle strutture pubbliche che in quelle convenzionate, che hanno assicurato a questa fascia di età rispettivamente il 46,09% e il 52,82% delle prestazioni erogate nell'anno.

Relativamente alla cittadinanza, gli stranieri rappresentano il 19,1% del totale delle persone, delle quali è documentata la provenienza, che hanno usufruito dell'assistenza odontoiatrica nelle strutture APSS, il 20,12 % 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;

- un costo complessivo di euro 13.435.520 (anno 2020 = 13.016.276 euro), come riportato in tabella 56.

Tab. 56. Costi assistenza odontoiatrica – anni 2018 - 2019 - 2020 - 2021

Struttura	Costo (euro)			
	anno 2021	anno 2020	anno 2019	anno 2018
APSS	9.925.385	9.895.224	8.534.632	8.377.283
Convenzionata	3.431.427**	3.054.797**	4.035.327,95**	4.312.179,85**
Privata (ass. indiretta)	78.707,86	66.254,91	117.297,52	137.998,05
Totale	13.435.520	13.016.276	12.687.257	12.827.461

**compresa quota ENPAM

Il trend di incremento dei costi è in linea con l'aumento delle prestazioni erogate nel 2021, anche se proporzionalmente inferiore rispetto a quanto verificatosi nel 2020.

Relativamente all'**attività in regime di degenza**, nel 2021 le UU.OO. di Chirurgia Maxillo Facciale dell'Ospedale di Trento e di Odontostomatologia dell'Ospedale di Borgo Valsugana hanno effettuato complessivamente 303 ricoveri in day surgery, associabili a 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 2021.

Tab.57. Day surgery UU.OO Chirurgia Maxillo Facciale Trento e Odontostomatologia Borgo DRG più frequenti 2021

DRG	N. dimessi
187 Estrazioni e riparazioni dentali	143
169 Interventi sulla bocca senza CC	92
185 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	13

I dati utilizzati sono stati estratti dal Qlik SDO della APSS.

Per quanto attiene l'**attività di prevenzione**, nell'anno scolastico 2020 – 2021, causa il perdurare dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2, non è stato possibile garantire lo screening odontoiatrico ai bambini iscritti alla 2ª classe della scuola primaria di primo grado. Pertanto, APSS, per l'anno scolastico 2022 – 2023, sarà impegnata a riprendere a regime tale campagna di screening.

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". L'organizzazione aziendale è fortemente orientata ad un governo unitario del Servizio Ospedaliero Provinciale, da realizzarsi anche attraverso le 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: 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 che si realizza attraverso processi di accentramento/decentramento della casistica basati sui percorsi clinici e sul riconoscimento esplicito di mandati e competenze cliniche, favorendo lo sviluppo di specifici ruoli di eccellenza.

GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA

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

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

INDICATORE: Capacità di governo della domanda di assistenza

La capacità di governo della domanda di assistenza ospedaliera è valutata con un indicatore di sintesi denominato "Capacità di governo della domanda di assistenza" e che assume una quotazione pari alla media dei punteggi relativi agli indicatori di valutazione C1.1.1 e C1.1.2.1.

Anche per il 2021, nonostante i valori siano in risalita, questo indicatore risente di una complessiva riduzione delle attività erogate dovute alla pandemia, e quindi come per il 2020 il calo evidenziato non può essere preso a riferimento per valutare le performance, in quanto in buona parte influenzato non da una maggiore efficienza del sistema, bensì da un condizionamento dell'offerta. Per il 2021, pertanto, il S. Anna non ha effettuato una valutazione di performance su questi indicatori, limitandosi a rilevarne il valore.

Di seguito sono riportati i valori dei principali indicatori di osservazione utilizzati per l'analisi della capacità di governo della domanda. Per l'indicatore C 1.1 è riportato anche il trend 2019-2021 messo a confronto con quello delle altre regioni appartenenti al network.

C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **98.43**

C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti **87.05**

C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **22.72**

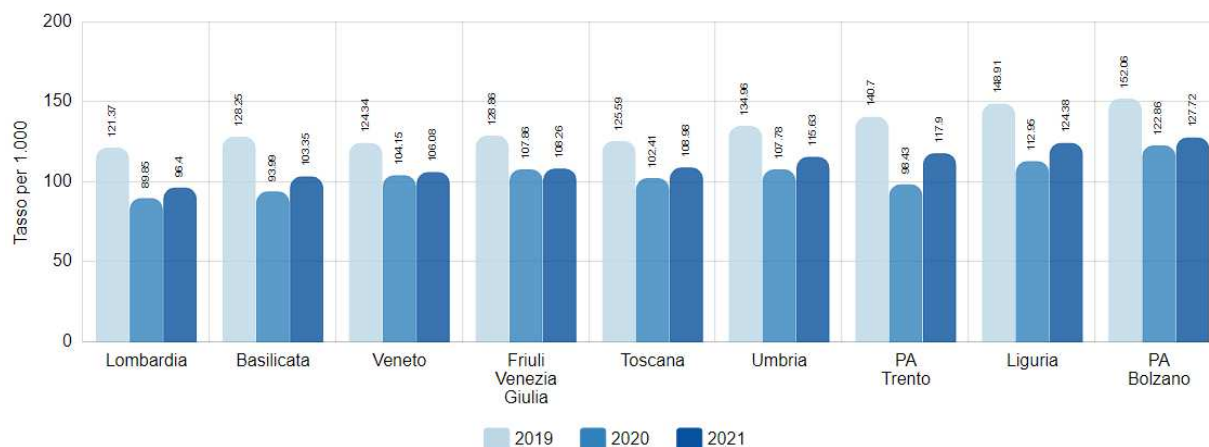
C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti **6.83**

C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **7.26**

C1.5 Indice di case mix **1,05**

C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) **37.64%**

Figura 72. Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso - Trend 2019-2020-2021



Attivazione del Centro Clinico NeMO

Il 1° marzo 2021 è stato attivato a Villa Rosa il Centro Clinico NeMO con l'intento, da parte della PAT, di APSS e del Centro stesso, di mettere in campo un servizio specialistico per la presa in carico delle persone con malattie neuromuscolari e neurodegenerative del territorio trentino e delle regioni limitrofe, offrendo una risposta di cura multidisciplinare e integrata ai pazienti e ai loro familiari

Il Centro è gestito da APSS mediante accordo con la Fondazione Serena onlus, ente gestore in Italia degli altri 6 Centri clinici NeMO (Milano, Roma, Messina, Arenzano/GE, Brescia e Napoli). I reciproci impegni dei due enti sono sanciti da una Convenzione che in particolare stabilisce l'avvio del programma di sperimentazione gestionale del Centro NeMO presso l'Ospedale Villa Rosa per una durata quinquennale.

La Convenzione prevede anche l'istituzione di un Comitato di Monitoraggio che nella valutazione dei primi 10 mesi di attività ha considerato ottimale l'integrazione del Centro Nemo all'interno di APSS in particolare per quanto riguarda i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali aziendali, come quello inerente la gestione della SLA.

Sono state create tutte le interfacce con i Servizi Aziendali per garantire la fruizione delle prestazioni necessarie e all'interno dell'Ospedale Villa Rosa le relazioni e l'integrazione con i diversi Servizi già presenti è stata estremamente fruttuosa. In particolare, è stata avviata l'attività di supporto per gli ausili dal Centro Abilita dell'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione¹. Infine una particolare nota di apprezzamento è stata fatta per quanto riguarda l'attività del Centro sulla sfera delle patologie neuromuscolari pediatriche. Nella tabella 58 sono riportati i dati attività 2021 inerenti i ricoveri ordinari.

Tabella 58. Dati di attività Centro Nemo – Ricoveri ordinari marzo-dicembre 2021

Posti Letto	14
Dimessi	160
di cui: Dimessi residenti fuori PAT	69
Degenza Media (giorni)	21,0
Presenza media giornaliera	11,09
Tasso di Utilizzo	79,2%

Attivazione della Terapia intensiva neurochirurgica

Il 10 marzo 2021 è stata attivata al 5° piano del presidio S. Chiara una nuova terapia intensiva neurochirurgica con **10 posti letto**, aumentando così a livello provinciale la dotazione complessiva di posti letto di terapia intensiva. La collocazione al 5° piano in adiacenza dell'U.O. di Neurochirurgia è strategica in quanto consente a neurochirurghi ed anestesisti una migliore integrazione nella cura dei pazienti.

La terapia intensiva è costituita da due locali destinati direttamente alla assistenza dei pazienti e dai locali di supporto: filtro personale, locale lavaggio, depositi pulito e sporco, studio medici, studio coordinatore, cucinetta e servizi igienici. I posti letto sono suddivisi in due ambienti, una stanza attrezzata con 6 posti letto per i pazienti più complessi ed un'altra stanza con 4 posti letto per pazienti meno complessi.

L'intervento ha previsto la ristrutturazione completa di un'area di circa 500 mq per un costo di circa euro 2.000.000,00.

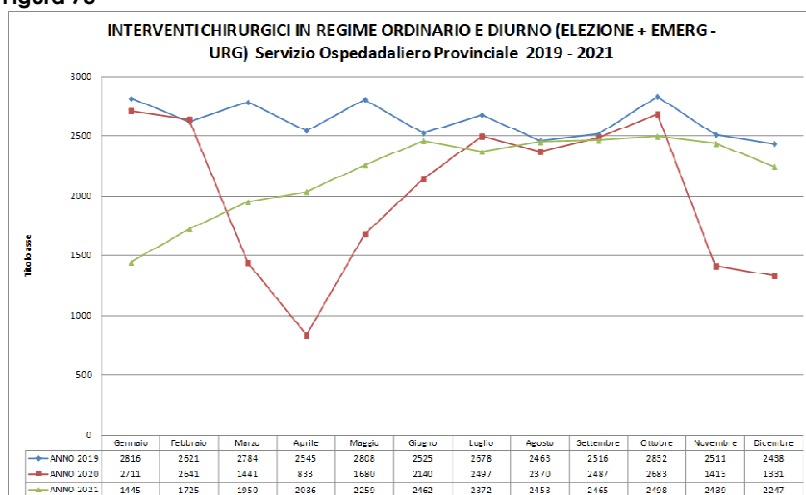


ATTIVITÀ CHIRURGICA

Nel 2021, nonostante il manifestarsi di una terza e una quarta ondata pandemica, si è avuta una ripresa dell'attività chirurgica rispetto all'anno precedente con un numero di interventi pari a 26.351 rispetto ai 24.227 interventi del 2020. Nel 2019 gli interventi chirurgici erano stati 31.537.

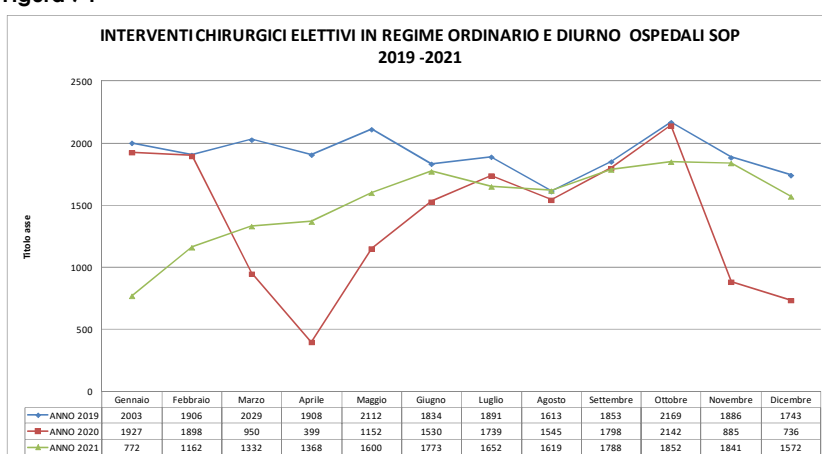
Nel grafico che segue si può vedere come i volumi di attività chirurgica siano correlati alla pandemia di Covid-19; evidente risulta il calo nel periodo della prima ondata (marzo – maggio 2020) e il calo dovuto alla seconda e terza ondata (novembre 2020 – aprile 2021). Nella seconda parte dell'anno 2021 il numero di interventi chirurgici si è poi avvicinato a quello del 2019. Questo si è potuto realizzare anche grazie all'esperienza acquisita sia in ambito clinico che organizzativo che ha permesso di limitare il calo dell'attività chirurgica.

Figura 73



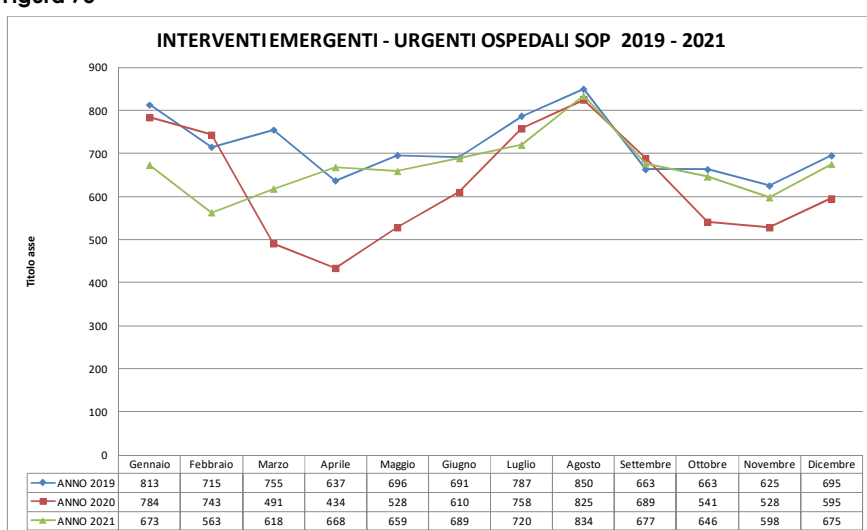
Il termine "elettivo" viene comunemente associato agli interventi considerati differibili che non richiedono quindi un trattamento immediato (urgenza). Il ritardo nell'erogazione della cura potrebbe, tuttavia, implicare per il paziente un rischio non trascurabile di peggiorare la propria qualità di vita e di andare incontro a esiti peggiori dell'intervento posticipato. Analizzando in particolare i dati relativi a questa tipologia di interventi si evince come nel 2021 vi sia stata globalmente un incremento con 18.331 interventi rispetto ai 16.701 del 2020, senza però tuttavia raggiungere i numeri del 2019.

Figura 74



Gli interventi emergenti/urgenti hanno mantenuto triennio 2019 - 2021 come si può evincere dal grafico sotto riportato, sempre un trend sovrapponibile ad eccezione del periodo marzo - giugno 2020 coincidente con il lockdown della prima ondata dove è naturale pensare che ci sia stata una diminuzione della domanda.

Figura 75



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 ad altre Regioni.

A causa della pandemia che ha influenzato i volumi e la tipologia delle attività erogate, anche per il 2021 come per il 2020, il valore degli indicatori non può essere preso a riferimento per valutare le performance, in quanto derivante non da una maggiore efficienza del sistema, bensì da una variazione esogena dell'offerta di prestazioni. Per il 2021, pertanto, il S. Anna non ha effettuato una valutazione di performance su questi indicatori, limitandosi a rilevarne il valore.

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) 0.14

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici 15,6 %

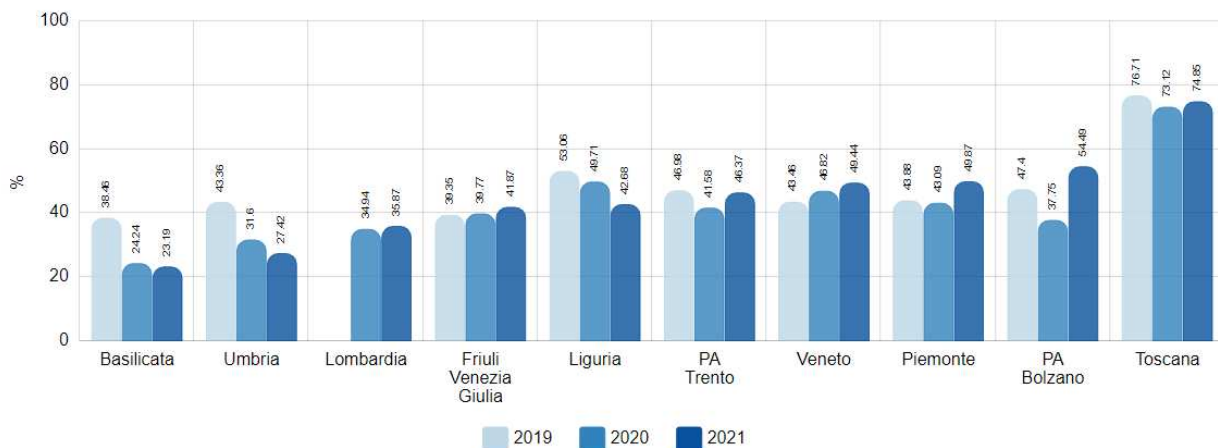
C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari 16,63 %

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o RO 0-1 gg 46,37 %

C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) 49,11 %

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti 13,83

Figura 76. % di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 gg –Trend 2019-2020-2021



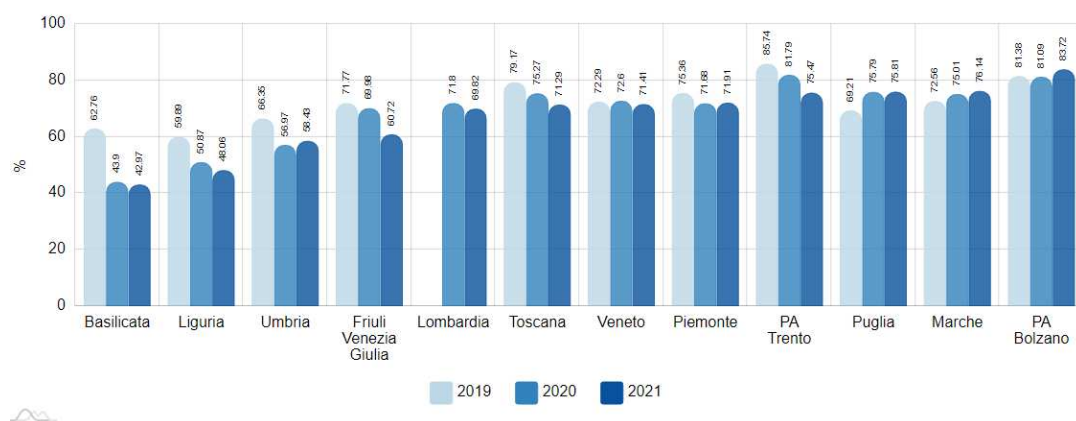
Intervento per la frattura del collo del femore

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 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 dal 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 2021 la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni è per l'APSS del **75,47%** con valori in calo rispetto ai due anni precedenti mantenendo comunque nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa una buona posizione.

Figura 77. Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni – Trend 2019-2020-2021



INDICATORE: Qualità clinica/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: anche per il 2021 solo il 56,54% dei ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, ha un DRG chirurgico in fase di dimissione, dato comunque in lieve miglioramento rispetto al 2020.

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

Nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2021, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (**3,39**), risultando anche per il 2021 la migliore nel Network per quanto riguarda l'indicatore di sintesi C5 Qualità di processo.

Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi relativa alla qualità clinica/qualità del processo.

C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale **3,01 %**

C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) **75.47 %**

C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali **95.57%**

C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate **96.09%**

C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti **1,52 Giorni**

C16.7 Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione **56,54 %**

C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore **96.21%**

Figura 78. Qualità clinica/qualità di processo confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2021)



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	3,02
Friuli Venezia Giulia	3,16
Liguria	2,48
Lombardia	2,68
PA Bolzano	3,25
PA Trento	3,39
Piemonte	2,98
Toscana	3,11
Umbria	3,04
Veneto	3,20

Sviluppo di nuove procedure chirurgiche

Chirurgia robotica

L'esecuzione di un intervento con tecnica robotica riduce i rischi correlati alla chirurgia classica e offre numerosi potenziali benefici al paziente come una minore degenza ospedaliera, minor dolore post-operatorio, ridotto rischio di infezioni, minor sanguinamento, ridotta necessità di trasfusioni, più rapido ritorno a tutte le normali attività quotidiane e un migliore risultato estetico. Il sistema robotico da Vinci consente infatti al chirurgo di controllare strumenti miniaturizzati, posti all'interno dell'addome attraverso piccole incisioni di 1-2 cm, con una precisione non raggiungibile da nessun'altra tecnica. Nel grafico è riportato l'andamento degli interventi chirurgici eseguiti con il Robot da Vinci presso il Blocco Operatorio dell'Ospedale S. Chiara di Trento dal 2017 al 2022. Il totale di interventi eseguiti in 5 anni è di 1130.

In particolare, nel 2021 il numero di interventi eseguiti è stato di 242, ritornando così ai volumi pre-pandemia.

Figura 79. Andamento chirurgia robotica 2017-2021

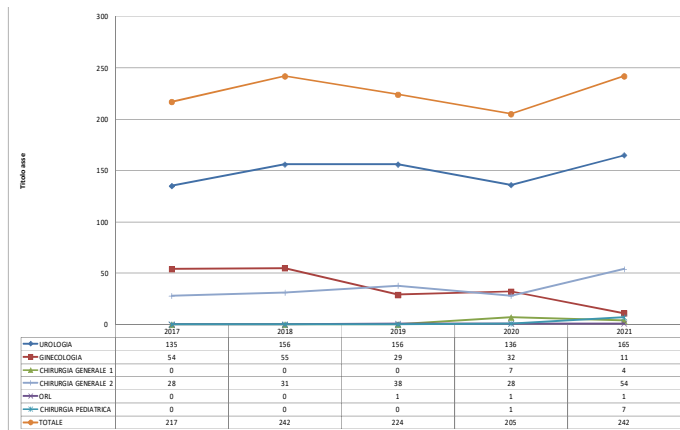
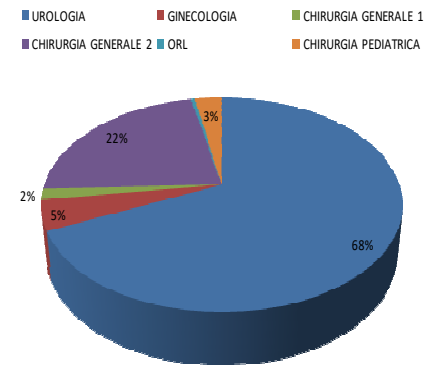


Figura 80. Chirurgia robotica 2021



Diversamente da altre realtà ospedaliere in cui il Robot da Vinci è quasi ad uso esclusivo del chirurgo urologo, presso l'Ospedale S. Chiara è utilizzato da altre specialità chirurgiche per circa il 32% degli interventi come rappresentato nel grafico. Si evidenzia infatti un incremento significativo nell'ambito della Chirurgia generale e anche l'implementazione dell'utilizzo del Robot da parte della Chirurgia Pediatrica con l'esecuzione di ben 7 interventi a fronte di un solo intervento eseguito negli anni precedenti.

Intervento di occlusione dell'appendice atriale sinistra per via totalmente toracoscopica

La fibrillazione atriale rappresenta l'aritmia cardiaca più frequente e obbliga chi ne è affetto ad assumere terapia anticoagulante per prevenire la formazione di trombi. Uno dei problemi più rilevanti è la scarsa compliance alla terapia che riguarda fino al 30% dei pazienti.

All'Ospedale di Trento l'heart team, équipe multidisciplinare composta da cardiocirurghi e da cardiologi, ha implementato un programma clinico per la chiusura dell'auricola sinistra per via totalmente toracoscopica unico in Italia. L'appendice atriale sinistra (LAA) è un'estroflessione dell'atrio sinistro, sede preferenziale, in corso di fibrillazione atriale, della formazione di trombi che possono embolizzare nella circolazione sistemica ed essere quindi importante causa di ictus cerebrale. Con questo intervento viene esclusa dalla circolazione l'auricola sinistra; la procedura ideata consiste nella chiusura totalmente toracoscopica dell'auricola sinistra ed ha una durata di 20 minuti. In dettaglio consiste nel posizionamento di una clip a chiusura dell'auricola sinistra tramite 3 accessi di 5 mm sotto l'ascella sinistra.

La sua applicazione in pazienti che presentano caratteristiche appropriate permette la sospensione di qualunque terapia anticoagulante ed antiaggregante, prevenendo quindi eventi ischemici ed emorragici, migliorando la qualità di vita e riducendo l'ospedalizzazione.

In Europa sono solo quattro i Centri che trattano la fibrillazione atriale con approccio ibrido cardiologico-cardiocirurgico (Università di Bruxelles, Amsterdam e Maastricht e Ospedale di Trento).

L'U.O. di Cardiocirurgia è stata individuata come Centro di Formazione per la metodica da parte di Ente Terzo e sono stati pubblicati cinque importanti lavori in 2 anni su importanti riviste scientifiche.

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 attraverso 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.

Il Consulto Multidisciplinare (CMD) Oncologico è un momento formalizzato in cui un team multidisciplinare e multiprofessionale, costituito da medici di diversa specializzazione e altri professionisti coinvolti in una specifica patologia oncologica, dopo valutazione complessiva del paziente, stabilisce insieme, sulla base dei PDTA aziendali, e delle più recenti linee guida ed evidenze scientifiche il percorso di diagnosi e cura più appropriato per il singolo caso.

Il CMD comprende anche gli specialisti delle Cure palliative al fine di assicurare continuità di cura e le cure simultanee. Qualora necessario, richiede e organizza ulteriori approfondimenti diagnostici per la definizione del programma terapeutico.

Nel 2021 è stata anche effettuata una revisione/aggiornamento dei gruppi multidisciplinari per singole patologie o categoria tumorale, individuando i seguenti gruppi multidisciplinari che, coerentemente con il modello di rete oncologica proposto che riconosce l'ospedale S. Chiara di Trento centro provinciale per le patologie oncologiche, coinvolgono prevalentemente le UU.OO. di detta struttura.

Tabella 59

GRUPPI MULTIDISCIPLINARI PER IL CONSULTO ONCOLOGICO	UNITA' OPERATIVE COMPONENTI	COORDINAMENTO
CARCINOMA DELLA MAMMELLA	Oncologia rete senologica Senologia Chirurgia senologica e plastica Radioterapia oncologica Protonterapia Medicina nucleare Anatomia patologica Radiologia Cure palliative Genetica medica (quando necessario) PMA Arco (oncofertilità) – quando necessario	Coordinatore Rete clinica senologica
DERMATO-ONCOLOGIA	Oncologia Medica Dermatologia Chirurgia generale Chirurgia plastica Radiologia Anatomia patologica Radioterapia Medicina nucleare Cure palliative	Oncologia medica
EPATO-ONCOLOGIA	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Chirurgia generale 2 Medicina nucleare Radiologia Cure palliative	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA (tutte le neoplasie di interesse gastroenterologico, escluse epatocarcinoma e neoplasie neuroendocrine)	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Radiologia Chirurgia generale 1 Chirurgia generale 2 Oncologia medica Radioterapia oncologica Medicina nucleare Cure palliative	Gastroenterologia
TUMORI NEUROENDOCRINI	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Anatomia patologica Chirurgia generale 2 Medicina nucleare Radiologia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Cure palliative	Gastroenterologia
GINECOLOGIA ONCOLOGICA	Ostetricia e ginecologia Radiologia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Medicina nucleare Cure palliative Genetica medica – quando necessario Fisiopatologia riproduzione umana (PMA) ospedale di Arco (oncofertilità) – quando necessario	Ostetricia e ginecologia

GRUPPI MULTIDISCIPLINARI PER IL CONSULTO ONCOLOGICO	UNITA' OPERATIVE COMPONENTI	COORDINAMENTO
NEURO-ONCOLOGIA	Neurochirurgia Neurologia Neuroradiologia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Medicina nucleare Medicina fisica e riabilitazione Neuropsicologia Cure palliative	Neurochirurgia
UROLOGIA ONCOLOGICA	Urologia Radiologia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Medicina nucleare Cure palliative Fisiopatologia riproduzione umana (PMA) ospedale di Arco (oncofertilità) – quando necessario	Urologia
PNEUMO-ONCOLOGIA	Pneumologia Chirurgia generale 1 Radiologia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Medicina nucleare Cure palliative	Pneumologia
PATOLOGIA ONCOLOGICA DEL CAPO-COLLO	Otorinolaringoiatria Maxillo-facciale Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Medicina nucleare Cure palliative	ORL
OSTEO-ONCOLOGIA	Chirurgia generale Ortopedia Neurochirurgia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Radiologia Medicina nucleare Cure palliative	Oncologia medica
METASTASI OSSE	Ortopedia Neurochirurgia Oncologia medica Radioterapia oncologica Protonterapia Anatomia patologica Radiologia Medicina nucleare Cure palliative	Radioterapia oncologica

Nel corso del 2021 oltre ad essere stati valorizzati i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) in ambito oncologico implementati negli anni precedenti, in particolare quello per la patologia oncologica mammaria, per la patologia oncologica della prostata e il PDTA per il tumore polmonare, sono ostati aggiornati il PDTA dell'Epatocarcinoma e il PDTA per il Cancro coloretale eredo-familiare e ne è stato sviluppato uno nuovo il PDTA dei pazienti adulti con tumore del testicolo o del pene.

INDICATORE: Resilienza- Oncologia

La misurazione della variazione del numero di interventi chirurgici oncologici per classe di Priorità A permette di valutare la capacità di tenuta su trattamenti non procrastinabili durante la pandemia e le sue diverse recrudescenze, confrontando i livelli pre- e post avvento della pandemia.

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni per la modulazione dell'attività ospedaliera e ambulatoriale, individuando in particolare gli interventi "procrastinabili" e quelli "non procrastinabili" (Circolare 7422 del 16 marzo 2020, Circolare 8076 del 30 marzo 2020, Circolare 11408 del 1 giugno 2020, Circolare del 3 novembre 2020). La misurazione della variazione del numero di ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2021 permette di valutare congiuntamente la capacità delle strutture di reggere l'urto durante la cosiddetta Fase 1, la loro resilienza e la loro capacità di ripresa delle attività nei periodi successivi, oltre alla tenuta complessiva del percorso assistenziale (il riferimento è all'attività di diagnosi, oltre che di approfondimento ambulatoriale).

Nel Sistema di Valutazione 2021 sono stati introdotti alcuni indicatori ("M") per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Gli indicatori "R", già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 rispetto ai volumi del 2019.

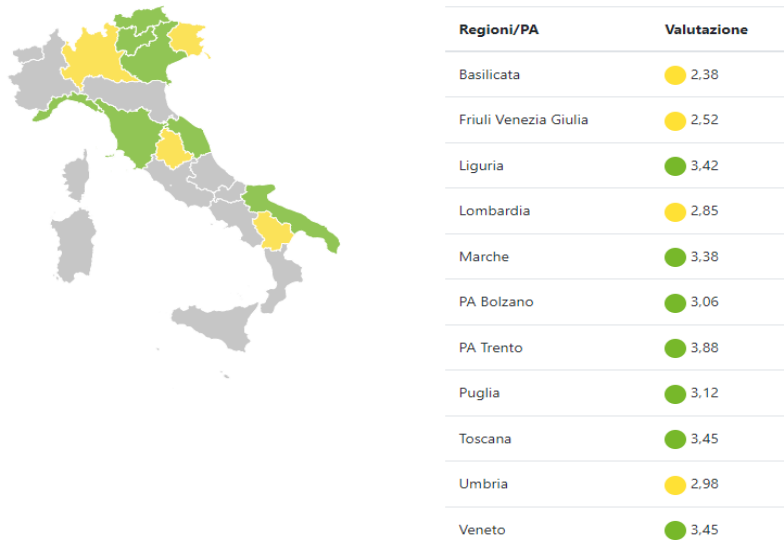
L'indicatore C10R assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): S.M3 Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A (12,5%); S.M4 Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A (12,5%); S.M5 Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A (12,5%); S.M6 Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A (12,5%); S.M7 Volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A (12,5%); S.M8 Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A (12,5%); S.M9 Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A (12,5%); S.M10 Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A (12,5%).

Nel confronto con le altre Regioni del Network, rispetto ai dati del 2021, l'APSS per l'indicatore di resilienza C10R ottiene la seguente valutazione (■ **1,68**).

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, rispetto ai dati del 2021, l'APSS ottiene una buona valutazione di performance (■ 3.88), risultando anche per il 2021 la migliore del Network.

Figura 81. Performance Trattamenti Oncologici: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2021)



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

C10.1 Volumi Oncologia ■ 4,77

C10.1A Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella ■ 5

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 ■ 2

C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata ■ 4,54

C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per int. chirurgici per tumore maligno alla prostata ■ 1,41

C10.2 percorso Tumore alla mammella ■ 1,06

C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi per tumore maligno della mammella ■ 70.62%

C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella 19,21%

C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (3anni) ■ 3,35%

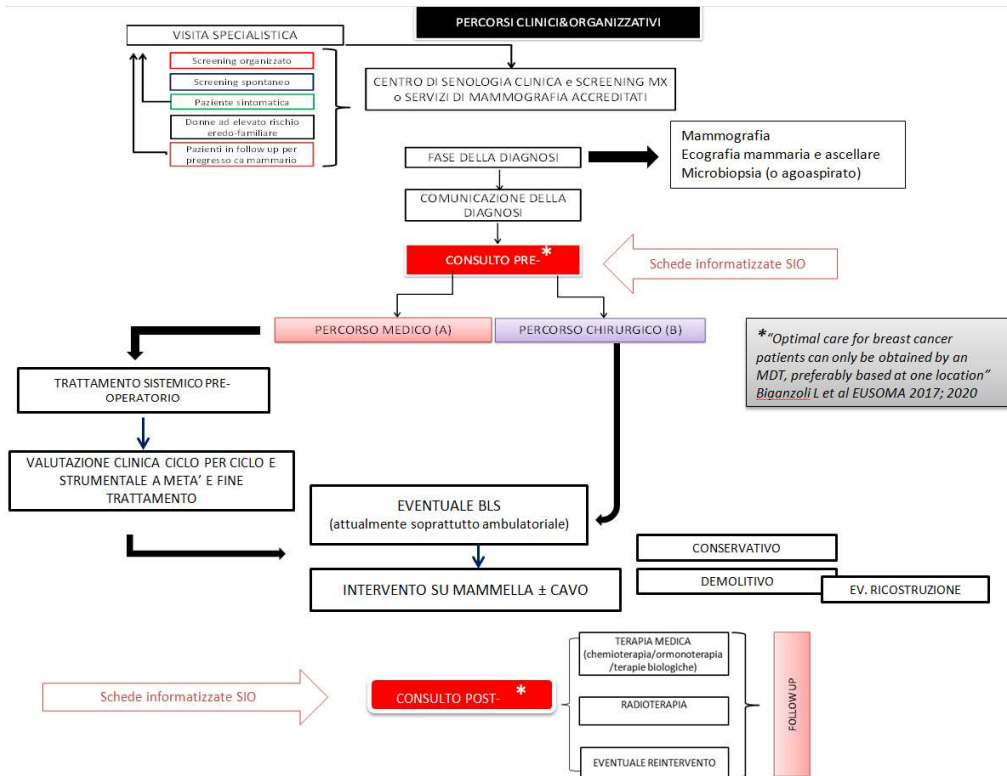
Percorso diagnostico terapeutico di oncologia mammaria e Breast Unit

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 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 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.

Come illustrato nello schema sotto riportato tale percorso prevede due importanti momenti decisionali rappresentati dai consulti multidisciplinari preoperatori e postoperatori che si svolgono in modalità strutturata due volte alla settimana.

Figura 82



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.

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.

CENTRO DI 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.

Per il paziente pediatrico è stato implementato e formalizzato un percorso di presa in carico di seguito illustrato.

Figura 83. Percorso del paziente pediatrico in Protonterapia



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 radiocirurgia 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.

L'attività svolta dal Centro di Protonterapia nel corso del 2021 è riportata nella seguente tabella

Tabella 60. Dati di attività del Centro di Protonterapia - Anno 2021

Tipologia prestazione sanitaria	Numero di prestazioni
Trattamenti completati	262
Prime visite	443
Follow up	704
Consulenze in telemedicina	11
Follow up in telemedicina	105
Risonanze magnetiche (di planning e di FOLLOW UP)	536
TAC (di planning e in trattamento)	620

AREA MATERNO INFANTILE

In quest'area di attività il Comitato Provinciale per il Percorso Nascita, operativo dal 2016, continua a promuovere la diffusione nel territorio del Percorso Nascita, che prevede la presa in carico della gestante a basso rischio da parte delle ostetriche territoriali.

Nella tabella 61 sono riportati il numero dei parti nei diversi punti nascita della APSS nel periodo 2018-2021. Si consideri che nel 2021 è stata sospesa l'attività dei punti nascita di Cles di Cavalese fino a tutto il mese di maggio per permettere la gestione dei pazienti affetti da Covid.

Tabella 61. Numero parti per punto nascita (2019-2021)

Punti Nascita	2019		2020		2021	
	n°	media al GG	n°	media al GG	n°	media al GG
Trento	2 369	6.5	2.374	6.5	2547	7
Rovereto	1 069	2.9	1.080	3.0	1041	2.9
Cles	372	1.0	258	0.7	193	0.5
Cavalese	166	0.5	143	0.4	112	0.3
Totale	3 976	10.9	3.855	10.6	3893	10.7

INDICATORE: Valutazione di performance clinica del percorso nascita

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

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

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2021, APSS ottiene una valutazione di performance buona (■ **3,82**).

Di seguito sono elencati alcuni degli indicatori presi in considerazione nella valutazione del percorso nascita.

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■ **14,34%**

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■ **12,25 %**

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■ **7,01%**

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva, **14,07%**

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4, **2,6%**

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" che per il 2021 ha un punteggio valutato come ottimo è quello che incide maggiormente sulla valutazione del percorso materno-infantile, vista la sua importanza a livello clinico e l'ampia condivisione dell'indicatore anche a livello internazionale.

Figura 84. Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) – Anno 2021

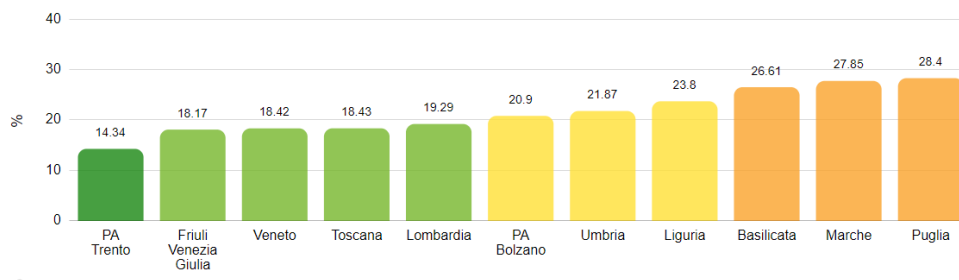
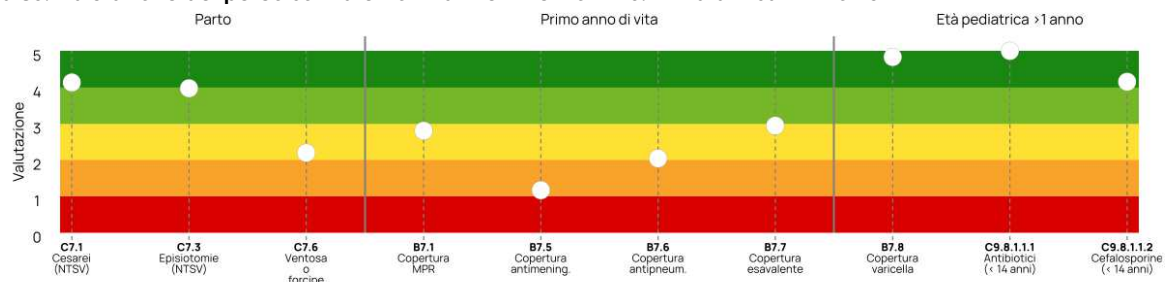


Figura 85. Valutazione del percorso materno-infantile – Network – S. Anna di Pisa -Anno 2021



AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA

INDICATORE: Valutazione del Pronto Soccorso/percorso emergenza-urgenza

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, APSS nella valutazione del Pronto Soccorso e del Percorso Emergenza – Urgenza rispetto ai dati del 2021, ottiene una performance buona (■ 3,58), in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti.

L'indicatore utilizzato (C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza-Urgenza) assume una valutazione che si basa sui seguenti indicatori.

C16.1.NA Percentuale accessi con codice 2 visitati entro 15 minuti ■ 67,41

C16.2 Percentuale accessi con codice 3 visitati entro 60 minuti ■ 77,22

C16.3.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti ■ 44,5

C16.4.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti ■ 85,5

C16.A.T1.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti 78,72

C16.A.T2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti 38,59

C16.A.T3.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, o trasferiti 21,69

C16.A.T4.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati o trasferiti 8,63

C16.A.T5.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati o trasferiti 6,06

C16.4.1.N Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <=8 ore ■ 97,34

C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in PS entro 72 ore ■ 6,53

C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA). ■ 16

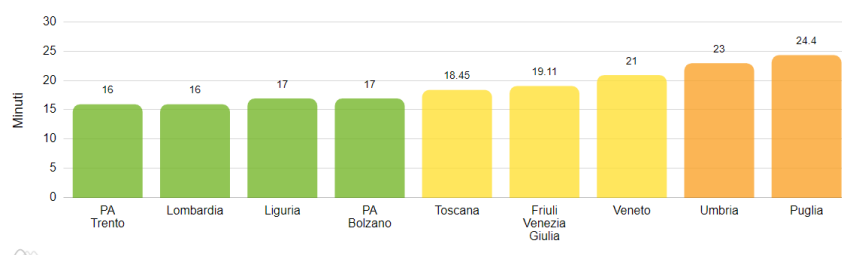
Figura 86. Valutazione del Pronto Soccorso/percorso emergenza-urgenza: confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa- Anno 2021



INDICATORE: Valutazione Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

L'indicatore C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). APSS nel confronto con le altre Regioni del Network per questo indicatore ottiene una valutazione buona (■ 16).

Figura 87 Valutazione Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso Anno 2021



Programma di attivazione del numero unico europeo armonizzato 116117

In Trentino, con DGP n° 1024/2020, è stato approvato e successivamente autorizzato dal Ministero della Salute il "Programma di attivazione del numero unico europeo armonizzato 116117" (NEA116117).

Il servizio è stato attivato il 29/06/2021 su tutto l'ambito provinciale. Per l'area del Primiero, afferente ad un distretto telefonico extra-provinciale, è stato attivato il numero verde 800 016017 ed è operativo H24 agendo in stretta collaborazione con la Centrale Urgenze Trentino Emergenza 118 alla quale trasferisce le richieste per patologie potenzialmente urgenti.

Il programma prevede la strutturazione di un servizio territoriale di gestione della "non urgenza" altamente qualificato ed efficiente, in grado di gestire al meglio le richieste dei cittadini con l'obiettivo di semplificare l'accesso al servizio di continuità assistenziale da parte di tutti i cittadini, sia residenti in Trentino che temporaneamente presenti per turismo o per altri motivi, migliorare l'appropriatezza di accesso alle strutture di emergenza/urgenza nella piena tutela della salute del paziente, governare correttamente le fasi di indagine, già a livello telefonico, così da fornire informazioni pertinenti e precise su come gestire la richiesta; ottimizzare le risorse sul territorio; offrire informazioni di carattere sanitario e socio-sanitario relative a modalità di accesso ai servizi; monitorare ed analizzare i bisogni della popolazione e dei servizi offerti dal SSP. L'accessibilità per i cittadini stranieri è garantita grazie ad un servizio di interpretariato in 15 lingue.

Il servizio fornisce una risposta di tipo operativo per la Continuità Assistenziale, processando la chiamata ed inoltrandola alla postazione di competenza territoriale. Oltre all'inoltro della fonia, i medici di CA sono stati dotati di un tablet con un applicativo integrato per la ricezione dei dati del paziente; questo consente la presa in carico delle richieste anche quando il medico è già impegnato in altri interventi.

La Centrale Operativa Integrata (COI) inoltre gestisce i trasporti sanitari non urgenti per quanto riguarda la ricezione delle richieste, la programmazione delle missioni e la gestione dei viaggi.

Nella tabella seguente vengono indicate le chiamate giunte sul centralino telefonico, risposte e non, distinte per coda. Sotto la voce "altro" sono riportate ad esempio le chiamate di servizio.

Tabella 62. Numero chiamate giunte al 116117 distinte coda telefonica – 2° semestre 2021

Coda telefonica	Continuità Assistenziale	Informazioni sanitarie	Altro	TOTALE
Luglio	10.542	1.902	3.310	15.754
Agosto	12.253	2.068	3.076	17.397
Settembre	7.546	899	2.293	10.738
Ottobre	9.093	883	2.394	12.370
Novembre	8.916	1.002	2.193	12.111
Dicembre	13.621	2.160	2.673	18.454
TOTALE	61.971	8.914	15.939	86.824

Per le chiamate giunte sulle code "Continuità Assistenziale" ed "Informazioni" si riporta l'attesa media, dal primo squillo alla risposta, in secondi e la durata media della chiamata (dalla risposta alla chiusura), in secondi.

Tabella 63. Tempo di attesa e durata delle chiamate al 116117 – 2° semestre 2021

	Tempo di attesa alla risposta (in secondi)	Durata della telefonata (in secondi)
Luglio	78	187
Agosto	95	176
Settembre	75	159
Ottobre	92	163
Novembre	87	169
Dicembre	126	163
MEDIA COMPLESSIVA	93	170

Introduzione della Scala NEDOCs nel Pronto Soccorso dell'APSS

A partire dal mese di novembre 2021 è stata introdotta una nuova funzionalità per il calcolo in tempo reale del grado di affollamento di tutti i Pronto soccorso dell'APSS utilizzando una metodologia riconosciuta a livello internazionale.

Il gruppo di lavoro incaricato di implementare a livello aziendale le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", al fine di misurare e monitorare il livello di affollamento del Pronto Soccorso, ha infatti deciso di sviluppare e introdurre l'indice NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study). Tale indice prende in considerazione sia parametri di Pronto Soccorso che di Ospedale e consente di ottenere cinque livelli di affollamento sintetizzati con una corrispondente scala cromatica.

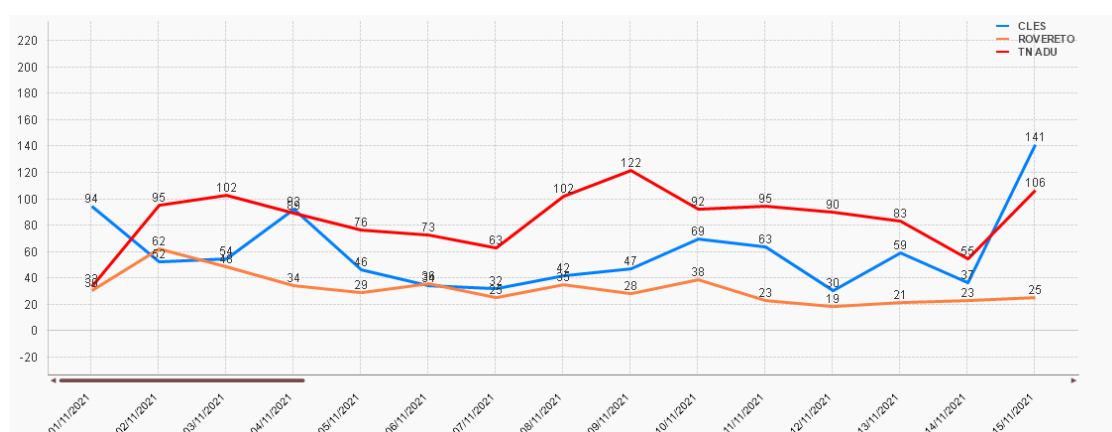
Come illustrato nella figura 86, attraverso l'utilizzo di un link (<https://sio.apss.tn.it/ws/ws/118.jsp>) l'intera organizzazione è in grado di visualizzare la situazione di impegno dei diversi Pronto soccorso in un determinato momento della giornata, al fine di poter mettere in atto provvedimenti in grado di contenere eventuali situazioni di sovraffollamento.

Figura 88. Indice NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study)



Nella figura 89 è rappresentato l'andamento delle medie giornaliere per i Pronto soccorso di Trento Rovereto e Cles per i primi quindici giorni del mese di novembre 2021.

Figura 89. Indice NEDOCS - Andamento medie giornaliere per i Pronto soccorso di Trento Rovereto e Cles (1 nov-15 nov 2021)



SISTEMI DI QUALITA'

ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL DELL'OSPEDALE S. CHIARA E DEL CENTRO DI PROTONTERAPIA

Nel mese di ottobre 2021 l'ospedale Santa Chiara e il Centro di Protonterapia hanno ottenuto il prestigioso riconoscimento dell'accREDITAMENTO da parte di Joint Commission International (JCI) che è un indiscusso punto di riferimento per le organizzazioni sanitarie, JCI ha infatti accreditato ad oggi, più di 900 strutture sanitarie nel mondo e 24 strutture in Italia fra cui importanti strutture di riferimento italiane come il Policlinico Gemelli, l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, l'Istituto Europeo di Oncologia, l'IRCCS Istituto Clinico Humanitas, per citarne alcuni.

Parte fondante del metodo JCI è il miglioramento continuo della qualità della assistenza e delle sicurezza delle cure e i

parametri da soddisfare che si riferiscono a tutti gli aspetti dell'organizzazione ospedaliera, dalla cura del paziente all'organizzazione e gestione della struttura ovvero le modalità dell'assistenza, l'educazione e i diritti del paziente e dei familiari, la sicurezza delle infrastrutture e delle pratiche assistenziali, la qualificazione e la formazione del personale, il controllo delle infezioni associate all'assistenza e la gestione delle informazioni e sei obiettivi internazionali di sicurezza del paziente: corretta identificazione del paziente, comunicazione efficace, gestione dei farmaci ad alto rischio, garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta, riduzione del rischio per le infezioni correlate alle pratiche assistenziali e riduzione del rischio di caduta del paziente

La valutazione della conformità agli standard viene realizzata con la revisione di documenti, con interviste agli operatori e anche ai pazienti, osservazioni sul campo applicando metodologie per tracciare il percorso di cura del paziente. In questo modo gli ispettori riescono a fare una valutazione accurata della conformità dell'organizzazione ospedaliera agli standard approfondendo come le politiche e le procedure stabilite dall'organizzazione vengono trasferite nella pratica quotidiana degli operatori ovvero mettendo a fuoco la coerenza fra quanto è dichiarato negli intenti e quanto viene effettivamente tradotto nei comportamenti di tutte le persone che operano all'interno dell'organizzazione e nella cura che viene erogata ai pazienti e come tutto questo infine è percepito e vissuto dal paziente.

Su oltre 280 standard e 1.270 elementi misurabili, sottoposti al vaglio di una rigorosa commissione di valutatori, gli elementi misurabili 'non completamente soddisfatti' sono stati appena 35.

Nel dettaglio per sei giorni, dal 27 settembre al 2 ottobre, l'ospedale "S. Chiara" e il Centro di Protonterapia sono stati valutati e passati al setaccio da cinque surveyor con grande esperienza e capacità di leggere le organizzazioni sanitarie che di volta in volta hanno formulato utili suggerimenti per affrontare alcuni punti critici riscontrati trasformando così la visita ispettiva anche in un proficuo momento di apprendimento per l'organizzazione.

Raggiungere il prestigioso traguardo dell'accreditamento JCI significa il forte coinvolgimento di tutto il personale e il lavoro di squadra delle unità operative e dei servizi dell'ospedale, ma anche aziendali, sia nell'area clinica sia in quella tecnico-amministrativa, per creare insieme una cultura organizzativa del miglioramento della qualità e sicurezza delle cure che sia parte integrante della pratica quotidiana a beneficio dei pazienti.

ACCREDITATION CANADA

Nel mese di ottobre 2021 Apss ha conseguito il primo accreditamento con Accreditation Canada per i presidi ospedalieri di Arco, Borgo Valsugana, Cavalese e Tione, il Servizio Territoriale nelle sue tre aree (riabilitazione, salute mentale e cure primarie), il Dipartimento di Prevenzione e l'U.O. Trentino Emergenza.

Il percorso di accreditamento – per il quale più in dettaglio si rimanda alla sezione "Qualità e sicurezza assistenziale" - ha preso il via con la deliberazione del Direttore Generale n. 246 di data 3 maggio 2018 con l'affidamento dell'incarico di accreditamento ad Accreditation Canada, un'organizzazione indipendente, senza fini di lucro, dedita a fornire ai clienti canadesi e internazionali programmi di valutazione ad alto impatto e alto valore, come i programmi di certificazione e di accreditamento.

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.

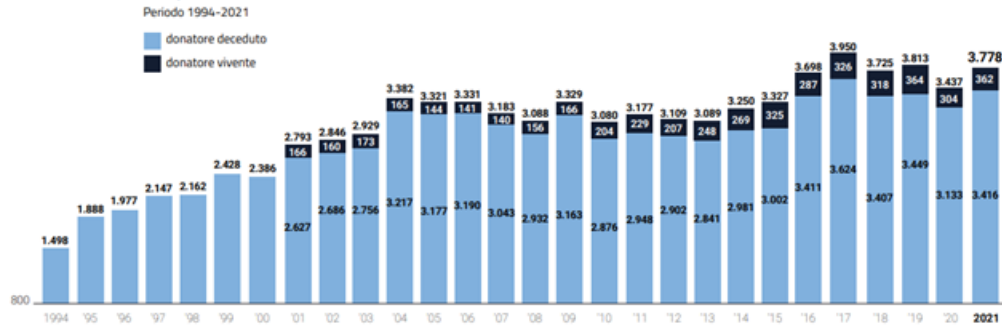
La donazione di organi e tessuti è strettamente correlata all'attività clinica delle terapie intensive. L'Italia, come il resto del mondo, ha visto una drammatica rivoluzione nella tipologia di pazienti ricoverati nelle terapie intensive, nonché un aumento di posti letto di rianimazione con l'avvento della pandemia Covid 19. Nonostante l'implementazione dei numeri delle degenze intensive, sono calati in maniera drammatica i letti disponibili per le patologie che per naturale evoluzione possono portare alla situazione di morte con criteri neurologici e quindi alle condizioni che possono permettere il prelievo di organi. In particolare sono diminuiti i ricoveri per eventi anossici, sia cardiaci che di altra origine, per patologia vascolare cerebrale e sono diminuiti i traumi cranici.

Inoltre per molti mesi dall'inizio della pandemia le linee guida internazionali hanno considerato non idonei alla donazione di organi i pazienti con positività al test per la diagnosi di Sars-Cov 2-19 perdendo di fatto un elevato numero di organi.

Nonostante ciò nel 2020 la diminuzione complessiva dell'attività di trapianto è risultata inferiore solo del 10 % rispetto all'anno precedente. Questo risultato va confrontato con quanto accaduto in altri grandi Paesi europei (Regno Unito -27%, Francia -25%, Spagna -19%); solo la Germania ha avuto un calo inferiore (-7%).

Nel 2021 la rete ha visto il ritorno ai numeri del 2019 nonostante il perdurare di molti pazienti con Covid ricoverati nelle rianimazioni italiane.

Figura 90. Trapianti da donatore deceduto e donatore vivente



Dati e tabella CNT

Figura 91. Donatori utilizzati, anno 2021 (dati CNT)

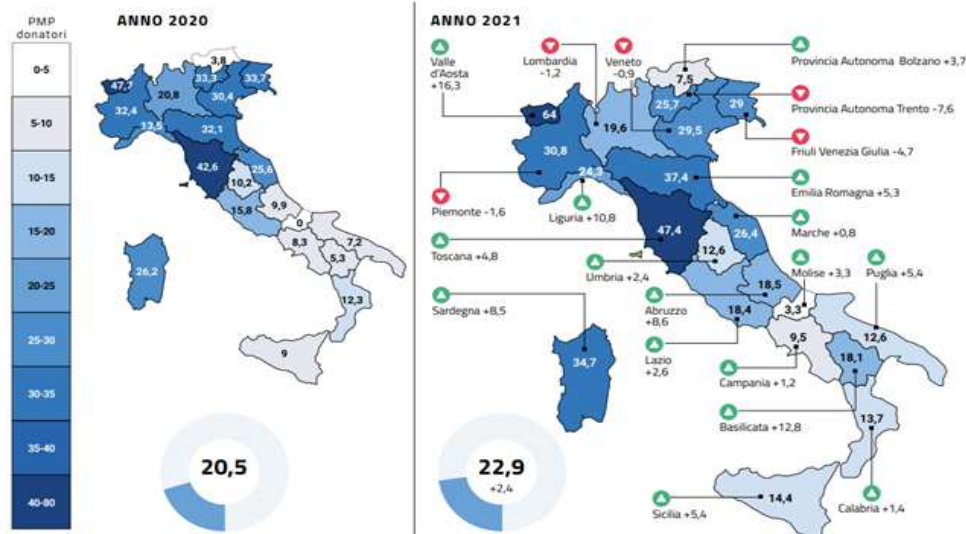
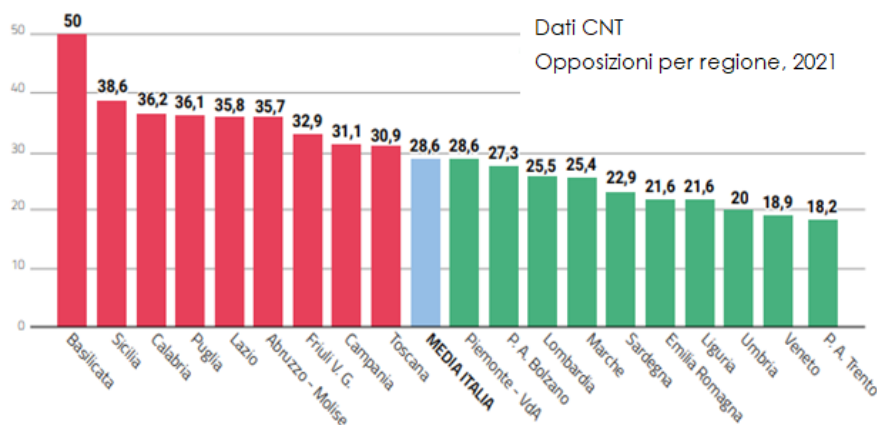


Figura 92. Opposizioni per regione



Anche la formazione del personale e l'informazione delle persone hanno avuto un rallentamento da inizio pandemia, ma per fortuna continua ad aumentare il numero di persone che rilasciano la propria dichiarazione di volontà, soprattutto presso gli sportelli anagrafe dei comuni trentini. Ormai pressoché tutti sono in grado di registrare la volontà del cittadino.

Le prossime due tabelle (Fonte NIT) confrontano l'attività di reperimento tra il 2020 e il 2021 in area Nit e i donatori utilizzati/p.m.p. negli ultimi 2 anni.

Tabella 64. Attività di reperimento nella regioni NITp da donatore DBD e DCD

	A.M. ^a		Procurati ^b		Reali ^c		Effettivi ^d		Utilizzati		Opposizioni	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Friuli V.G.	60	73	45	41	43	39	42	39	41	37	13	24
Liguria	38	51	23	37	23	36	23	36	21	35	12	11
Lombardia	346	313	226	220	222	214	214	206	209	201	91	78
Marche	70	63	44	42	43	42	39	42	39	41	17	16
P.A. Trento	24	22	19	17	19	17	18	17	18	17	3	4
Veneto	280	249	175	172	162	161	156	156	149	147	66	47
NITp	818	771	532	529	512	509	492	496	477	478	202	180

Figura 93 Accertamenti di morte e donatori utilizzati p.m.p. negli anni 2019-2020

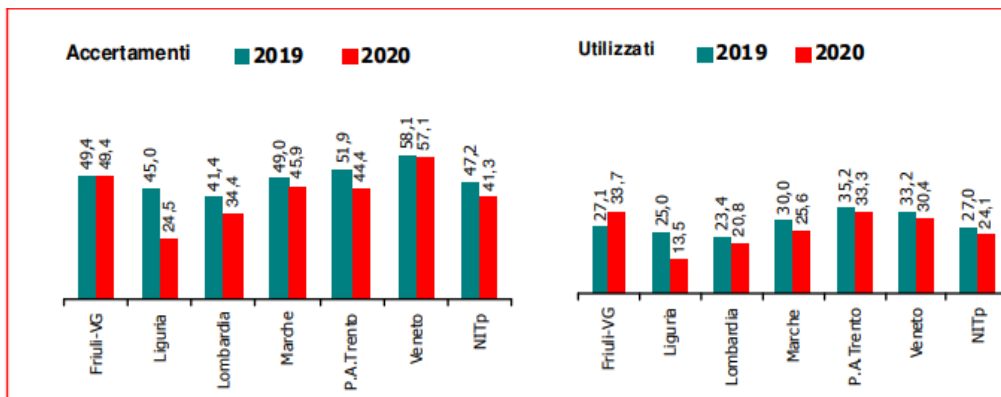
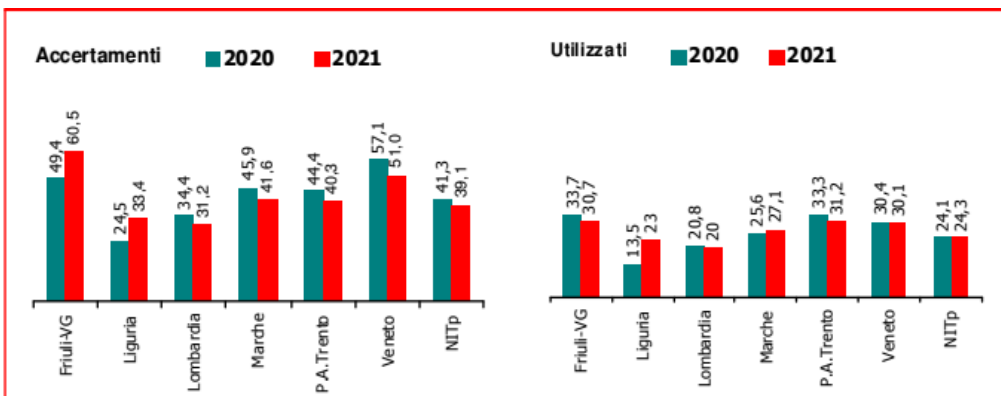


Figura 94. Accertamenti di morte e donatori utilizzati p.m.p. negli anni 2020-2021



Gli ospedali provinciali sede di Terapia Intensiva hanno contribuito all'attività di donazione di organi e tessuti e condividono protocolli e strategie al fine di mantenere elevati livelli di competenza tecnica e relazionale. In particolare va segnalata l'apertura della nuova Terapia intensiva neurochirurgica che tratta pazienti con neuro lesioni primitive acute.

Tabella 65. Attività di reperimento da donatore DBD anni 2019-2020-2021

Tabella 7. Attività di reperimento nella Provincia Autonoma di Trento da donatore DBD												
	A.M.		Procurati		Reali		Effettivi		Utilizzati		Opposizioni	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
TN-Rovereto	3	1	3	1	3	1	2	1	2	1	-	-
TN-Trento	25	23	17	18	17	18	17	17	17	17	7	3
P.A. Trento	28	24	20	19	20	19	19	18	19	18	7	3

Tabella 7. Attività di reperimento nella Provincia Autonoma di Trento da donatore DBD												
	A.M.		Procurati		Reali		Effettivi		Utilizzati		Opposizioni	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
TN-Rovereto	1	-	1	-	1	-	1	-	1	0	-	-
TN-Trento	23	22	18	17	18	17	17	17	17	17	3	4
P.A. Trento	24	22	19	17	19	17	18	17	18	17	3	4

Nello specifico i donatori delle rianimazioni PAT hanno permesso di utilizzare a scopo di trapianto sia organi che tessuti

Tabella 66. Donatori in rianimazione: Organi disponibili a scopo di trapianto. Anno 2020/2021

	Cuore	Polmoni	Reni	Fegato	Pancreas	Pancreas per insule
2020	9	2 (4)	33	18 (22 riceventi)	3	2
2021	7	2 (4)	32	16 (17 riceventi)	2	1

Tabella 67. Donatori in rianimazione: Tessuti disponibili a scopo di trapianto. Anno 2020/2021

	Cuore per valvole	Cornee	Cute	Vasi	Osso
2020	2	26	5	5	8
2021	2	26	4	1	4

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.

B6 Donazioni organi ■ **3,41**

B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica ■ **1**

B6.1.9 Opposizione alla donazione **18,18%**

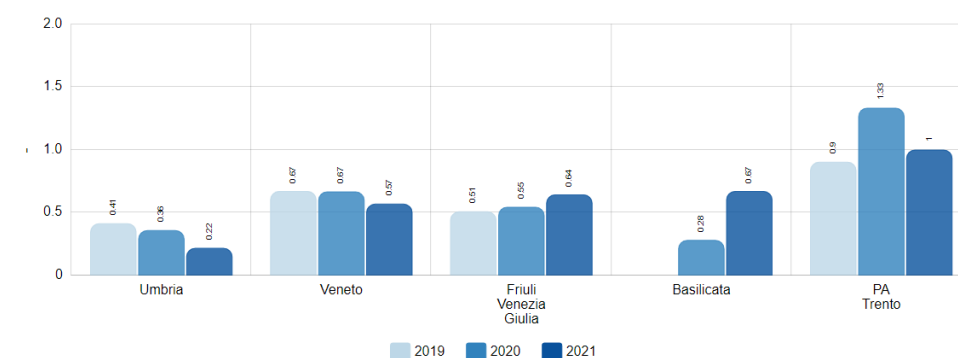
B6.1.2 Percentuale donatori procurati ■ **77,27%**

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 determinino 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 2017).

Nella figura che segue sono messi a confronto i valori dell'indicatore "Segnalazione di morte encefalica" di tutto il Network. L'indicatore prende in considerazione al numeratore il Numero Accertamenti di Morte Encefalica in UTI e al denominatore il Numero di posti letto in UTI non Covid19 nel corso dell'anno 2021.

Figura 95. Segnalazioni di morti encefaliche – Trend 2019-2021



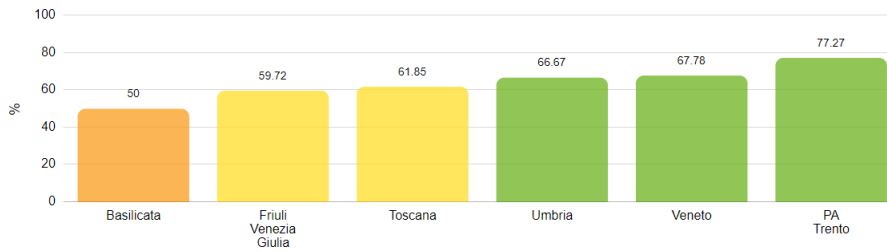
INDICATORE: Donazione di organi da soggetti sottoposti a manovre rianimatorie - Percentuale di donatori procurati sugli accertamenti di morte

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 2021 la più alta del network.

Figura 96. Percentuale di donatori procurati -2021



DOTAZIONE DI PERSONALE

E' noto come in generale, nel Paese, si assiste ad una importante carenza di medici, che probabilmente perdurerà per alcuni anni, a seguito di scelte programmatiche effettuate in passato relativamente alla formazione universitaria.

A livello nazionale, le specialità maggiormente in sofferenza sono: pronto soccorso, ginecologia, pediatria, radiologia, anestesia.

In Trentino, per quanto riguarda gli ospedali, le maggiori difficoltà si riscontrano negli ospedali di valle, per una serie di ragioni, incluse la minore attrattività in caso di casistiche ridotte, e la difficoltà di trovare alloggio. Va anche sottolineato che, dove le equipe sono piccole, assenze anche di 1-2 medici diventano subito critiche perché il carico di lavoro aumenta in maniera rilevante per gli altri colleghi, che a cascata ritengono preferibile a questo punto trovare lavoro altrove (e in questo momento è molto facile trovare lavoro).

Comunque, nonostante queste difficoltà, la tenuta complessiva del sistema Trentino è evidenziata dai dati, espressi come unità di personale "tempo pieno equivalente", che considerano solo il personale effettivamente operativo, con contratto di dipendenza (esclusi quindi i contratti libero professionali e le aspettative e le lunghe assenze a qualsiasi titolo). Fra inizio 2019 e inizio 2022, i medici effettivamente in servizio in APSS sono passati da 1071 a 1089.

Tabella 68

MEDICI

	01/01/2019	01/01/2020	01/01/2021	01/10/2021	01/12/2021	01/01/2022
CONSIGLIO DI DIREZIONE	23.0	23.0	20.8	21.8	23.8	22.0
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	31.0	25.0	32.7	29.9	31.9	32.2
SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE	874.7	877.9	910.5	893.2	888.3	894.5
SERVIZIO TERRITORIALE	142.2	152.5	147.8	146.3	142.3	140.6
Totale complessivo	1 070.9	1 078.4	1 111.8	1 091.2	1 086.3	1 089.3

TUTTO IL PERSONALE

	01/01/2019	01/01/2020	01/01/2021	01/10/2021	01/12/2021	01/01/2022
CONSIGLIO DI DIREZIONE	1 244.2	1 237.5	1 226.9	1 223.0	1 201.3	1 192.3
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	219.4	220.0	239.5	243.2	244.2	240.0
SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE	4 825.6	4 815.0	4 966.3	4 885.8	4 827.8	4 900.5
SERVIZIO TERRITORIALE	1 315.5	1 341.4	1 385.9	1 398.6	1 377.3	1 382.7
Totale complessivo	7 604.7	7 613.8	7 818.6	7 750.6	7 650.6	7 715.4

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 – i 'flussi standard' sia per i crediti (mobilità attiva) che per i debiti (mobilità passiva), provvedendo agli adempimenti del caso, su indicazione e per conto della Provincia autonoma di Trento, in funzione del saldo di mobilità sanitaria che si registra al termine dell'esercizio.

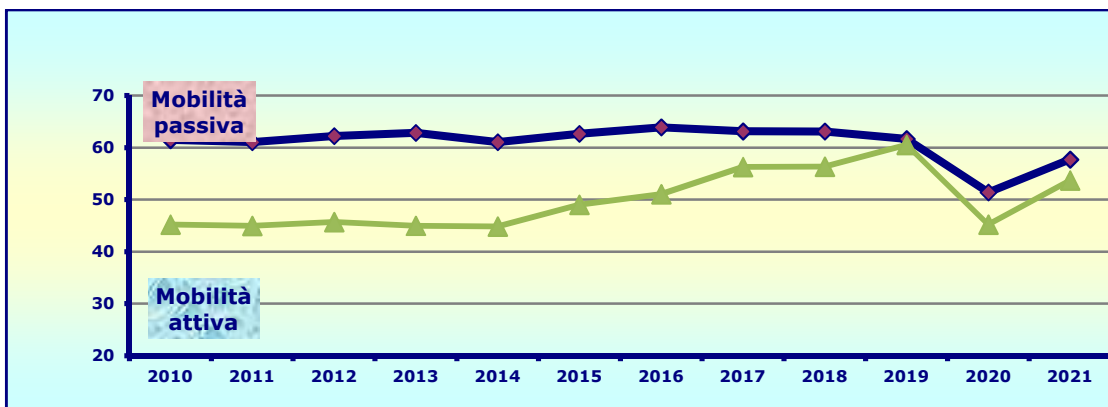
FLUSSI STANDARD

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 apposito 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 2021 sono 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).

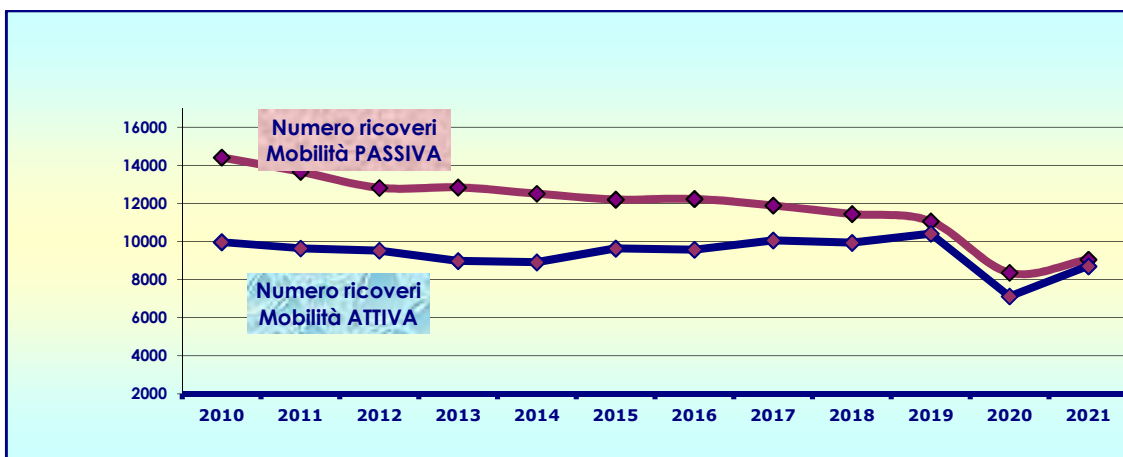
Figura 97 - andamento dei totali di mobilità attiva e passiva anni 2010-2021 (importi espressi in milioni di euro)



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in base agli Accordi interregionali vigenti negli anni.

Il grafico seguente illustra invece il confronto tra il numero di ricoveri ospedalieri addebitati in mobilità attiva e passiva dal 2010 al 2021, in quanto gli stessi rappresentano la voce di attività più significativa in termini economici.

Figura 98 - numero di ricoveri addebitati in mobilità attiva e passiva anni 2010-2021



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in base agli Accordi interregionali vigenti negli anni.

Rispetto al 2020 si registra una lieve ripresa dei flussi di mobilità, ma le misure finalizzate al contenimento della pandemia hanno determinato anche nel 2021 valori di mobilità attiva e passiva più bassi rispetto al 2019.

Si espongono pertanto i dati di mobilità attiva e passiva 2021, suddivisi per tipologia di attività, e si propone il raffronto con i due anni precedenti.

Tabella 69. Confronto mobilità attiva e passiva anni 2019/2020/2021 – importi per tipologia di attività

Tipologia Attività	Mobilità attiva			Mobilità passiva			Saldo		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Ricoveri ospedalieri e day-hospital	43.592.727	31.097.402	38.380.241	44.682.724	36.982.513	40.393.052	-1.089.998	-5.885.112	-2.012.811
Medicina generale	216.631	220.448	255.595	242.512	236.587	210.101	-25.881	-16.139	45.494
Specialistica ambulatoriale	8.249.040	6.660.346	7.146.445	8.886.617	7.663.759	8.978.843	-637.577	-1.003.413	-1.832.399
Farmaceutica	702.797	904.425	1.032.150	496.258	359.801	388.820	206.539	544.625	643.330
Cure termali	1.634.911	742.923	981.373	576.600	170.428	347.234	1.058.311	572.495	634.139
Somministrazione diretta farmaci	1.217.773	1.555.470	1.689.882	5.775.673	5.111.879	6.545.463	-4.557.900	-3.556.409	-4.855.581
Trasporti con amb. ed elisoccorso	4.922.114	4.036.822	4.280.206	1.015.929	842.359	921.357	3.906.185	3.194.463	3.358.849
Totale	60.535.992	45.217.836	53.765.891	61.676.312	51.367.326	57.784.870	-1.140.320	-6.149.490	-4.018.979

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021, 15.05.2022.

Mobilità sanitaria interregionale attiva

La riduzione dei volumi di mobilità attiva è ascrivibile in parte alle misure di contenimento dell'epidemia da Covid 19, che hanno determinato nei primi tre mesi dell'anno limitazioni alla libera circolazione sul territorio italiano e la chiusura degli impianti sciistici, con una conseguente minor presenza turistica sul territorio provinciale, come si evince dalla sottostante tabella fonte ISPAT.

Tabella 70. Presenze di turisti italiani in PAT negli esercizi ricettivi, negli alloggi privati e nelle seconde case per mese

Mesi	anno 2019	anno 2020	anno 2021	Scostamento % 2019/2021
Gennaio	2.153.625	2.334.887	169.072	-92%
Febbraio	1.766.679	1.891.974	164.307	-91%
Marzo	1.487.532	393.704	104.719	-93%
Aprile	729.772	24.915	130.225	-82%
Maggio	388.348	50.946	311.030	-20%
Giugno	1.174.619	628.125	1.067.875	-9%
Luglio	4.419.889	3.954.728	4.463.050	1%
Agosto	7.447.263	7.533.333	7.588.407	2%
Settembre	1.485.943	1.558.741	1.652.192	11%
Ottobre	400.022	342.653	431.455	8%
Novembre	314.075	143.311	243.761	-22%
Dicembre	2.438.940	234.639	2.034.183	-17%
Totale	24.206.707	19.091.956	18.360.276	-24%

Fonte: ISPAT Tavola II.33

Si espongono nella tabella sottostante i valori di mobilità attiva relativi alle voci di attività finanziariamente più significative. Per queste voci proponiamo il raffronto con i due anni precedenti, per evidenziare sia l'impatto dell'emergenza Covid-19 sui flussi di mobilità attiva che la parziale ripresa registrata nel 2021 rispetto al 2020.

Tabella 71. Confronto mobilità attiva anni 2019/2020/2021 - per le tipologie di attività finanziariamente più rilevanti

Tipologia attività	anno 2019		anno 2020		anno 2021	
	Numero Prestazioni	Importo Netto	Numero Prestazioni	Importo Netto	Numero Prestazioni	Importo Netto
RICOVERI in strutture pubbliche	4.959	19.749.056	3.794	14.920.872	3.649	15.006.423
RICOVERI in strutture private accreditate	5.449	23.843.670	3.323	16.176.530	5.053	23.373.817
SPECIALISTICA AMBULATORIALE in strutture pubbliche	340.223	5.165.510	251.801	3.922.248	276.516	4.172.678
SPECIALISTICA AMBULATORIALE in strutture private accreditate	42.168	3.083.530	34.682	2.738.097	39.427	2.973.766
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI in strutture pubbliche	2.086	960.995	2.053	1.231.778	3.104	1.262.418
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI in farmacie territoriali	6.067	256.778	7.347	323.691	8.791	427.464

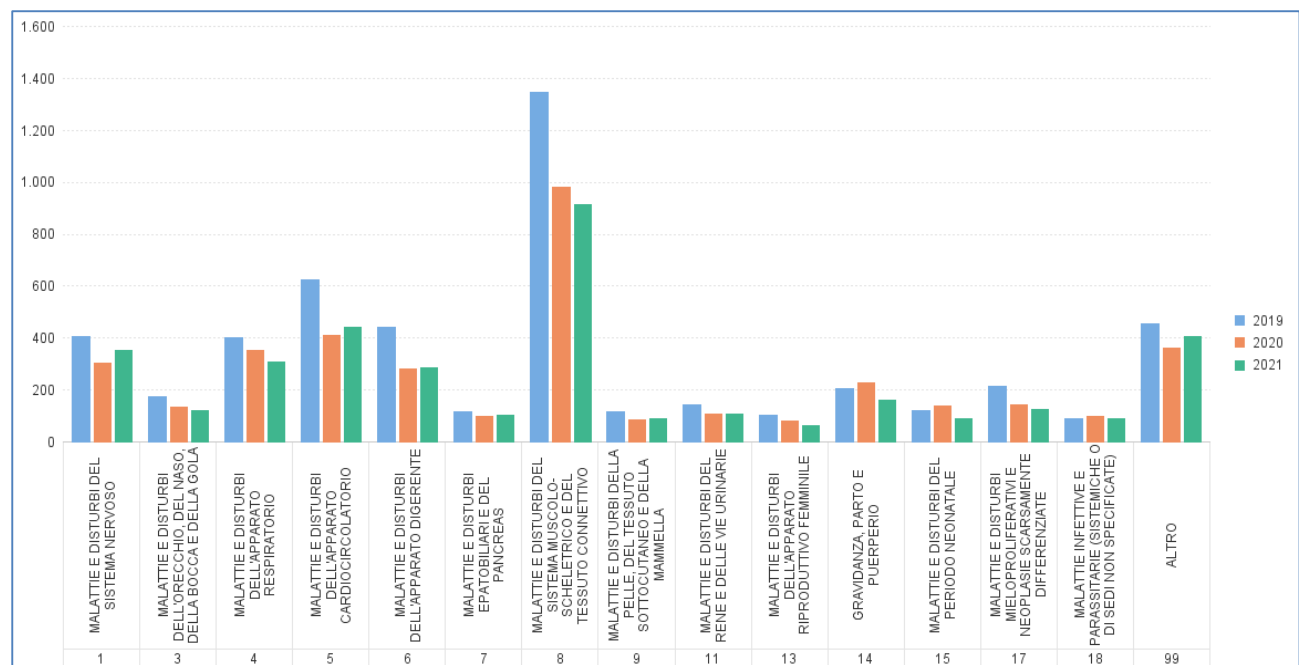
Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022.

Ricoveri ospedalieri

Relativamente all'attività di degenza, sono ulteriormente calati i ricoveri di pazienti extraprovinciali in strutture pubbliche (-3,8% casi) anche se, per i motivi sopra esposti, il calo è ascrivibile alla riduzione dei ricoveri urgenti (-12%). Per i ricoveri programmati invece si registra una lieve ripresa rispetto al 2020 (+8%). L'attività erogata dalle strutture private accreditate invece, quasi esclusivamente programmata, è cresciuta di oltre il 50% rispetto al 2020 riportandosi sostanzialmente ai livelli pre-pandemia.

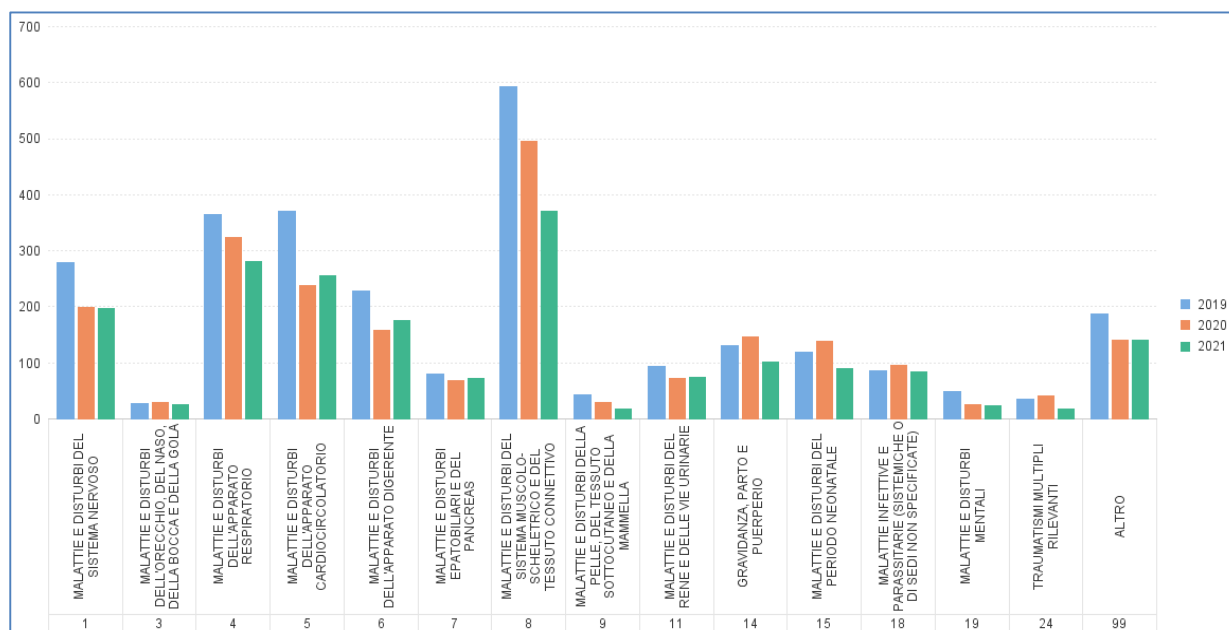
Nei grafici sottostanti è rappresentata l'attività di ricovero presso strutture ospedaliere pubbliche, suddivisa per MDC (Major Diagnostic Categories), per gli anni 2019, 2020 e 2021. Si osserva un'ulteriore contrazione del numero di ricoveri in PAT per l'MDC 8 'Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo' (-25% rispetto al 2020), dovuta al calo dei ricoveri urgenti (-25%), mentre i ricoveri programmati per lo stesso MDC registrano un recupero del 12% nel 2021.

Figura 99 - confronto mobilità attiva 2019/2020/2021 – strutture pubbliche – numero TOTALE ricoveri suddivisi per MDC



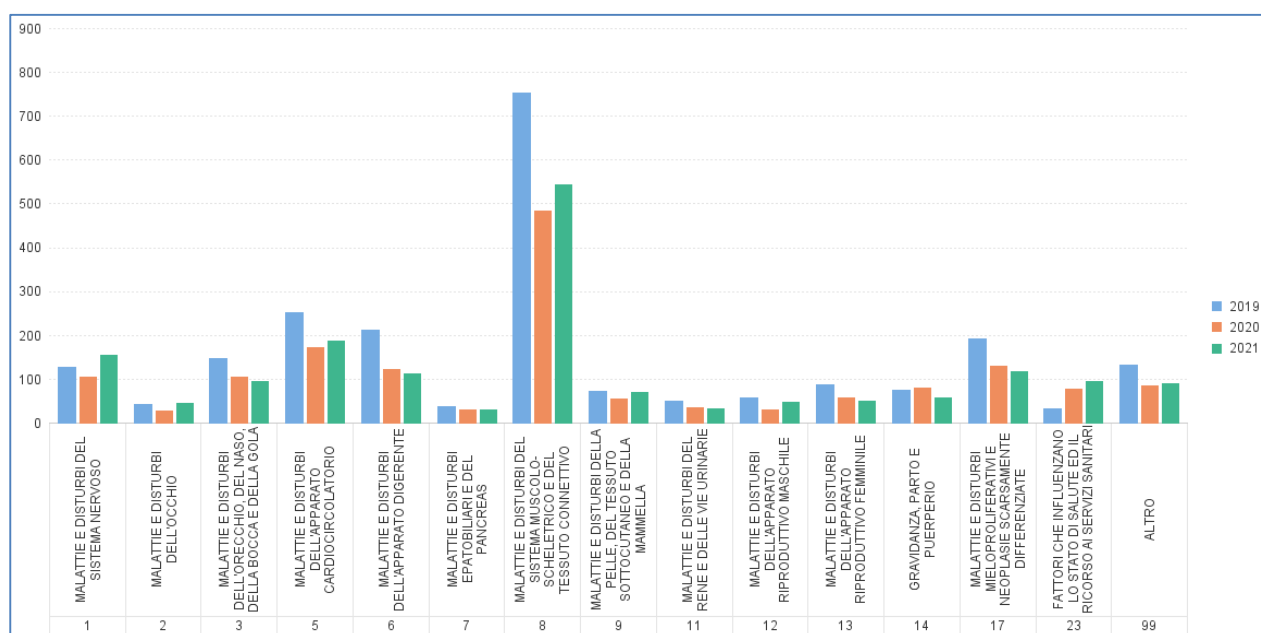
Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022

Figura 100 - confronto mobilità attiva 2019/2020/2021 – strutture pubbliche – numero ricoveri URGENTI suddivisi per MDC



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022

Figura 101 - confronto mobilità attiva 2019/2020/2021 – strutture pubbliche – numero ricoveri PROGRAMMATI suddivisi per MDC



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022

Specialistica ambulatoriale

Con riferimento alle sole strutture pubbliche, si propone il confronto tra il volume complessivo dell'attività specialistica ambulatoriale erogata a pazienti non ricoverati e il volume delle prestazioni erogate ai soli pazienti extra provinciali.

Tabella 72. Confronto attività specialistica per esterni e mobilità attiva anni 2019/2020/2021 – strutture pubbliche

Specialistica ambulatoriale	anno 2019		anno 2020		anno 2021	
	Numero Prestazioni	Importo LORDO	Numero Prestazioni	Importo LORDO	Numero Prestazioni	Importo LORDO
ATTIVITA' per pazienti esterni	9.990.461	134.865.532	8.640.400	132.245.025	9.862.659	139.480.610
di cui MOBILITA' ATTIVA	340.223	5.945.703	251.801	4.490.476	276.516	4.727.136

Fonti: Controllo di Gestione - Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022.

Nella tabella sottostante, in cui sono rappresentati gli importi lordi addebitati per le Unità Operative (UU.OO.) principali, si evidenzia la riduzione dell'attività erogata dalle UU.OO. di Pronto Soccorso nel 2020 e 2021, a causa delle limitazioni agli spostamenti tra Regioni imposti dalla pandemia.

Tabella 73. Confronto mobilità attiva anni 2019/2020/2021 – Importi LORDI addebitati per U.O. - strutture pubbliche

Unità operativa erogatrice	anno 2019	anno 2020	anno 2021
Pronto Soccorso	2.381.575	1.716.026	1.761.721
Radioterapia	753.181	755.961	822.352
Laboratorio	404.278	355.169	420.137
Ostetricia e ginecologia	322.363	192.631	292.257
Radiologia	391.300	272.385	270.066
Oculistica	239.865	181.118	256.555
Altro	1.453.143	1.017.186	904.048
Totale	5.945.703	4.490.476	4.727.136

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022

In relazione all'attività erogata dall'**U.O. di Protonterapia** dell'ospedale di Trento, non si riscontra invece una diminuzione delle prestazioni erogate ad assistiti extraprovinciali in ragione del carattere indifferibile e altamente specializzato delle stesse. Nello specifico, nel 2021 sono stati imputati in mobilità 336 mila euro (nel 2020 318 mila euro), ai quali vanno aggiunti 3,9 milioni di euro addebitati alle Asl di residenza dei pazienti tramite fatturazione diretta (nel 2020 4,7 milioni di euro). 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.

Somministrazione diretta farmaci

L'attività di 'somministrazione diretta farmaci' addebitata per il 2021 dalla PAT alle regioni Lombardia, Veneto e Provincia autonoma di Bolzano è pari a 1,1 milioni di euro e rappresenta oltre il 70% dell'importo complessivo addebitato per tale voce di attività (1,6 milioni di euro).

Nella sottostante tabella si osserva che gli addebiti per i farmaci appartenenti al gruppo terapeutico '*Farmaci antineoplastici e immunomodulatori*' sono pari a 718 mila euro e rappresentano il 44% del valore totale addebitato. L'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria prevede infatti la possibilità di addebitare separatamente i farmaci ad alto costo oncologici infusionali, elencati in un'apposita tabella, anche se somministrati durante un ricovero in Day Hospital.

Non si registra un impatto negativo della pandemia di COVID-19 sui flussi di addebito, in considerazione del carattere indifferibile e urgente delle cure erogate.

Tabella 74. Confronto mobilità attiva anni 2019/2020/2021

CODICE ATC – 1° livello	DESCRIZIONE GRUPPO TERAPEUTICO	anno 2019		anno 2020		anno 2021	
		Numero farmaci	Importo	Numero farmaci	Importo	Numero farmaci	Importo
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	1.065	492.704	1.322	825.679	2.003	718.674
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	696	281.450	762	333.638	709	297.127
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	799	52.066	1.029	42.665	1.870	285.932
B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	2.947	33.568	3.775	71.431	4.746	115.107
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	458	81.283	298	48.432	488	82.704
	ALTRI	2.188	230.825	2.214	180.285	2.079	126.515
	Totale parziale (senza costo servizio)	8.153	1.171.896	9.400	1.502.130	11.895	1.626.059

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022.

Mobilità sanitaria interregionale passiva

In termini assoluti il flusso di attività finanziariamente più rilevante è quello dei ricoveri ospedalieri, il cui valore ammonta a 40,3 milioni di euro e rappresenta il 70% del volume complessivo della mobilità passiva anno 2021. Seguono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (8,9 milioni di euro - pari al 15,5%) e la somministrazione diretta di farmaci, che si assesta a 6,5 milioni di euro (pari al 11,3%).

Per analizzare correttamente i dati di mobilità passiva va in ogni caso 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 (€ 3,5 milioni tra ricoveri e specialistica);
- ricoveri per trapianto (6,2 milioni euro) e Unità operative non presenti nelle strutture PAT (0,8 milioni euro).

Nella tabella sottostante proponiamo il raffronto con i dati 2019 e 2020 per i flussi di attività finanziariamente più significativi.

Tabella 75. Confronto mobilità passiva anni 2019/2020/2021 - per le attività finanziariamente più rilevanti

ATTIVITA'	anno 2019		anno 2020		anno 2021	
	Numero Prestazioni	Importo Netto	Numero Prestazioni	Importo Netto	Numero Prestazioni	Importo Netto
RICOVERI	11.061	44.682.724	8.362	36.982.513	9.047	40.393.052
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	324.612	8.886.617	260.069	7.663.759	311.421	8.978.843
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	270.404	5.775.673	189.794	5.111.879	181.949	6.545.463

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022.

Ricoveri ospedalieri

Relativamente all'attività di degenza, dalla tabella n. 86 si evince che nel 2021 è aumentato sia il numero di ricoveri di pazienti trentini in strutture ospedaliere extraprovinciali (+8%) che il relativo importo addebitato in mobilità interregionale (+9%). I valori assoluti tuttavia rimangono sensibilmente inferiori al 2019 (-18% casi, -9% importi).

Si espongono di seguito i dati relativi alle tre Regioni principali, verso le quali confluisce l'85% dei pazienti trentini.

Tabella 76. Confronto ricoveri mobilità passiva 2019/2020/2021 - per Regione di destinazione

Regione di destinazione	anno 2019		anno 2020		anno 2021	
	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo
Lombardia	2.026	8.171.508	1.244	5.276.052	1.593	6.885.769
P.A. Bolzano	1.537	6.568.652	1.074	5.611.273	1.125	5.728.916
Veneto	5.904	23.990.700	4.886	21.538.726	4.978	22.098.151
Altre Regioni	1.594	5.951.864	1.158	4.556.463	1.351	5.680.215
Totale	11.061	44.682.724	8.362	36.982.513	9.047	40.393.052

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022.

Si osserva che, per le stesse Regioni, i valori di mobilità passiva per l'anno 2021 risultano inferiori se si tiene conto della 'mobilità necessitata' per motivi geografici ed esigenze di tipo clinico (solo trapianti).

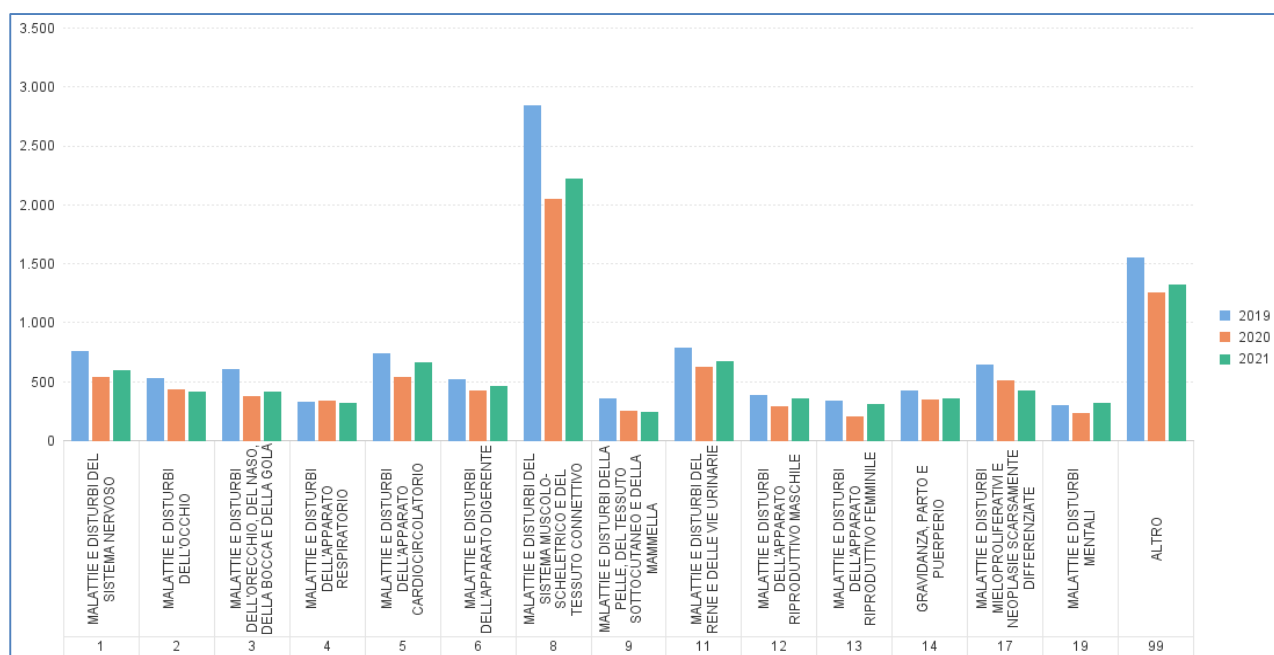
Tabella 77. Ricoveri mobilità passiva 2021 – per Regione di destinazione al netto della 'mobilità necessitata'

Regione di destinazione	Mobilità passiva ricoveri		di cui mobilità 'necessitata' per motivi geografici		di cui mobilità 'necessitata' per trapianti	
	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo
Lombardia	1.593	6.885.769	-	-	7	450.051
P.A. Bolzano	1.125	5.728.916	91	276.246	48	2.907.948
Veneto	4.978	22.098.151	633	2.020.132	39	2.393.452
Altre Regioni	1.351	5.680.215	-	-	7	477.257
Totale	9.047	40.393.052	724	2.296.378	101	6.228.708

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 15.05.2022.

Nel grafico sottostante è rappresentata l'attività di ricovero complessivamente erogata a favore di pazienti trentini negli anni 2019, 2020 e 2021 suddivisa per MDC (Major Diagnostic Categories).

Figura 102 - confronto mobilità passiva 2019/2020/2021 – numero ricoveri suddivisi per MDC



Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15/05/2022.

Specialistica ambulatoriale

In relazione all'attività di specialistica ambulatoriale si propone l'andamento dei valori di mobilità passiva degli ultimi tre anni per branca specialistica.

Si osserva che sia il numero di prestazioni che gli importi addebitati sono in linea con l'anno 2019.

Tabella 78. Confronto mobilità passiva 2019/2020/2021 – Specialistica ambulatoriale per BRANCA SPECIALISTICA

Descrizione branca specialistica	Anno 2019		anno 2020		anno 2021	
	Numero prestazioni	Importo LORDO	Numero prestazioni	Importo LORDO	Numero prestazioni	Importo LORDO
LABORATORIO	187.497	2.171.601	159.612	2.104.073	189.971	2.503.951
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	23.763	1.856.201	16.831	1.341.680	21.794	1.771.137
OCULISTICA	7.509	1.089.430	5.214	868.900	5.718	1.149.517
RADIOTERAPIA	1.254	672.967	1.593	970.513	1.590	808.129
MEDICINA NUCLEARE	1.130	489.177	1.018	493.850	533	492.318
ONCOLOGIA	3.256	267.042	2.831	209.829	4.327	338.706
ALTRO	71.141	3.206.383	50.392	2.258.267	62.031	2.647.667
Totale	295.550	9.752.800	237.491	8.247.111	285.964	9.711.424

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022

Somministrazione diretta farmaci

L'attività di somministrazione diretta farmaci addebitata per il 2021 alla PAT dalle regioni Lombardia, Veneto e Provincia autonoma di Bolzano è pari a 6 milioni di euro e rappresenta oltre l'92% dell'importo complessivo addebitato per tale flusso di attività (6,5 milioni di euro).

Nella sottostante tabella si osserva che gli addebiti per i farmaci appartenenti al gruppo terapeutico 'Farmaci antineoplastici e immunomodulatori' sono pari a 4,5 milioni di euro e rappresentano circa il 70% del valore totale addebitato. L'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria prevede infatti la possibilità di addebitare separatamente i farmaci ad alto costo oncologici infusionali, elencati in un'apposita tabella, anche se somministrati durante un ricovero in Day Hospital.

Tabella 79. Confronto mobilità PASSIVA anni 2019/2020/2021 – Farmaci per Gruppo terapeutico

CODICE ATC – 1° livello	DESCRIZIONE GRUPPO TERAPEUTICO	anno 2019		anno 2020		anno 2021	
		Numero farmaci	Importo	Numero farmaci	Importo	Numero farmaci	Importo
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	94.768	3.656.654	58.722	3.713.363	68.140	4.544.884
M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	2.626	45.633	3.885	51.001	6.479	752.825
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	29.053	639.447	29.005	484.420	35.886	596.192
B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	9.612	83.366	11.617	60.228	14.734	106.991
R	SISTEMA RESPIRATORIO	465	44.270	263	44.128	291	100.197
N	SISTEMA NERVOSO	54.085	18.883	47.531	21.130	24.123	104.640
	ALTRI	79.795	1.272.728	38.771	718.586	32.296	323.999
	Totale parziale (senza costo servizio)	270.404	5.760.979	189.794	5.092.855	181.948	6.529.728

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020, 30.06.2021 e 15.05.2022

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, anch'essi riepilogati nella tabella sottostante

Tabella 80. Voci di attività regolamentate tramite compensazione di mobilità interregionale - anno 2021

Attività	Saldo (in milioni di euro)
Flussi standard	-4.018.979
Ricerca e reperimento cellule staminali	-545.050
Plasmaderivazione	-157.586
Cessione emocomponenti	1.080.815
Disabili cronici	-49.566
TOTALE	-3.690.366

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome in data 15.05.2022

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 05.09.2022. 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 su 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 **2020 (ultimo anno completo disponibile)** il saldo economico di mobilità internazionale registrato per la Provincia Autonoma di Trento è sempre stato attivo.

L'emergenza Covid-19 e le misure finalizzate al contenimento della pandemia hanno determinato nel 2020, e sicuramente anche nel 2021, una contrazione dei flussi turistici in entrata e in uscita dalla Provincia autonoma di Trento e un conseguente calo delle prestazioni sanitarie erogate ai turisti. Dalle tabelle sottostanti si evince una contrazione di quasi il 50% rispetto al 2019 degli arrivi e delle presenze in PAT di turisti dell'Unione Europea.

Tabella 81. Arrivi e presenze negli esercizi alberghieri per stato estero di provenienza (1985-2020)

Arrivi stranieri

Stati esteri di provenienza	1985	2000	2005	2010	2015	2019	2020
Germania	179.836	376.621	351.329	349.396	444.908	445.287	181.660
Austria	24.738	48.439	43.207	60.012	63.273	71.075	23.631
Paesi Bassi	15.352	24.447	23.015	31.354	38.860	42.698	22.576
Polonia	-	-	8.332	70.940	77.598	100.804	64.441
Repubblica Ceca	-	-	8.170	55.292	60.690	82.247	43.203
Altri stati Unione Europea (UE)	83.377	165.669	178.990	214.754	248.582	291.319	129.386
Totale Unione Europea (UE)	303.303	615.176	613.043	781.748	933.911	1.033.430	464.897

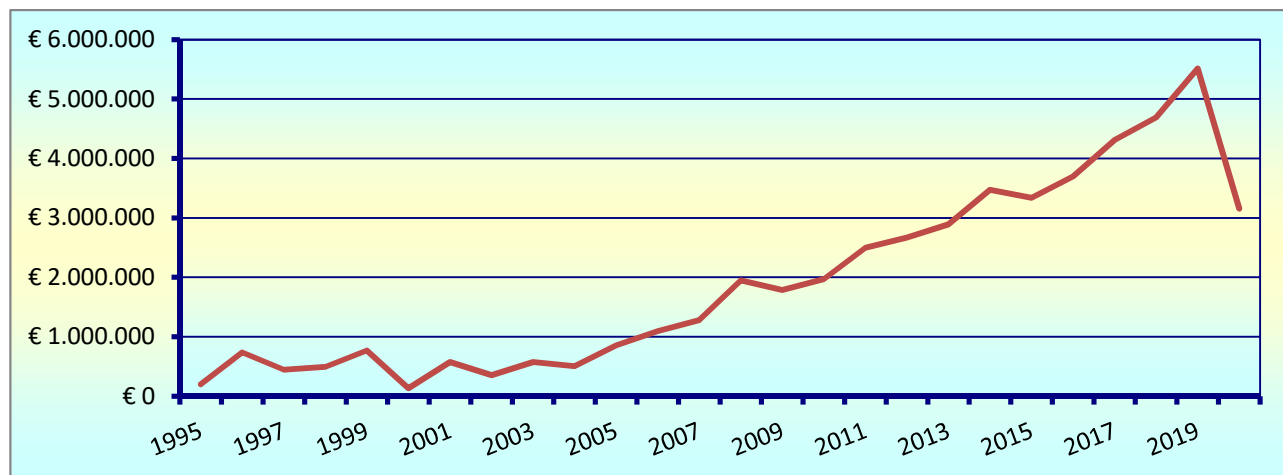
Presenze stranieri

Stati esteri di provenienza	1985	2000	2005	2010	2015	2019	2020
Germania	776.761	1.344.837	1.269.875	1.225.283	1.614.317	1.605.503	677.812
Austria	81.325	148.870	140.061	188.516	188.794	209.454	72.437
Polonia	-	-	46.402	456.678	481.438	589.301	406.763
Paesi Bassi	90.657	125.685	114.178	146.543	167.870	171.391	90.151
Repubblica Ceca	-	-	34.788	291.219	284.015	387.504	212.790
Altri stati Unione Europea (UE)	470.882	901.745	939.271	1.103.420	1.251.670	1.389.083	685.847
Totale Unione Europea (UE)	1.419.625	2.521.137	2.544.575	3.411.659	3.988.104	4.352.236	2.145.800

Fonte: ISPAT - Arrivi e presenze negli esercizi alberghieri per stato estero di provenienza (1985-2020).

Di conseguenza anche il saldo economico di mobilità internazionale registrato per il 2020, sebbene ampiamente positivo (+3.151.163 euro), risulta in calo rispetto all'anno precedente (-42%).

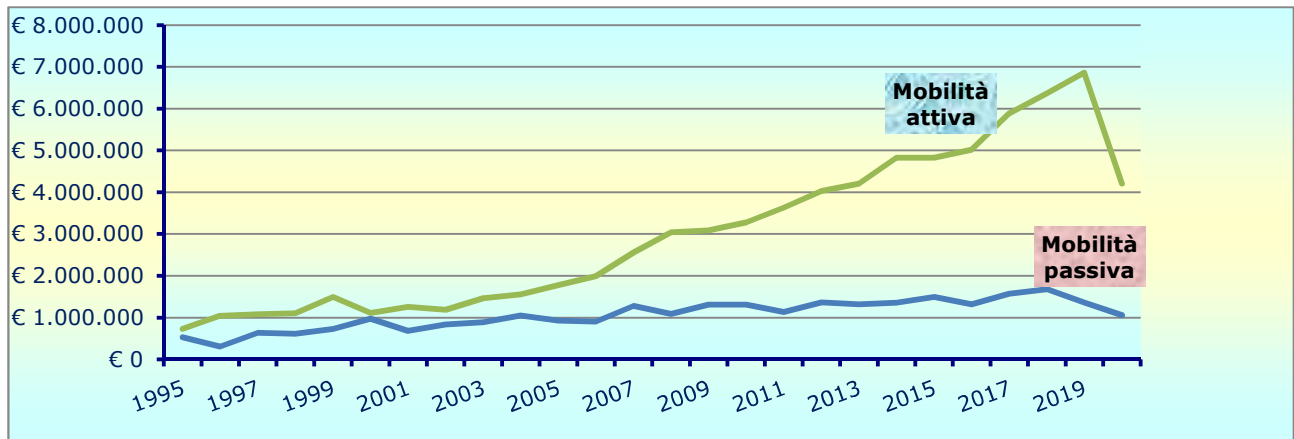
Figura 103 - saldi di mobilità internazionale - anni 1995-2020



Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 05.09.2022.

Come si può notare nella figura sottostante, la mobilità internazionale attiva ha subito nel 2020 una contrazione più marcata (-38%) rispetto alla mobilità internazionale passiva (-21%).

Figura 104 - confronto mobilità internazionale attiva/passiva - anni 1995-2020



Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 05.09.2022.

Di seguito vengono rappresentati, per ciascuna categoria di assistiti, gli importi a credito (mobilità attiva) e a debito (mobilità passiva) relativi all'anno 2020.

Tabella 82. Mobilità attiva e passiva 2020 - importi per categoria di assistiti

Categoria assistiti	Mobilità ATTIVA	Mobilità PASSIVA	SALDO
Temporaneo Soggiorno	2.464.487	611.965	1.852.522
Trasferimenti per cure	653.403	35.907	617.496
Iscritti a carico di istituzioni estere	1.085.805	406.104	679.702
Altro	5.769	4.326	1.443
TOTALE	4.209.465	1.058.302	3.151.163

Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 05.09.2022.

Nella tabella sottostante si propone, per le stesse categorie, il confronto con l'anno precedente. Anche per il 2019 si espongono i dati aggiornati al 05.09.2022, 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 83. Confronto mobilità 2019/2020 - importi per categoria di assistiti

Categoria assistiti	Mobilità ATTIVA		Mobilità PASSIVA		SALDO	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Temporaneo Soggiorno	4.824.649	2.464.487	868.233	611.965	3.956.417	1.852.522
Trasferimenti per cure	666.483	653.403	158.114	35.907	508.370	617.496
Iscritti a carico di istituzioni estere	1.364.859	1.085.805	315.209	406.104	1.049.650	679.702
Altro	10.927	5.769	13.463	4.326	-2.536	1.443
TOTALE	6.868.937	4.211.485	1.357.037	1.060.322	5.513.919	3.153.183

Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 05.09.2022.

Con riferimento alla mobilità attiva, si registra un decremento significativo dell'attività erogata a favore di soggetti in temporaneo soggiorno in PAT per motivi turistici, professionali o di studio (-49%), in linea con il crollo delle presenze turistiche sopra evidenziato. La voce 'trasferimenti per cure' è rimasta sostanzialmente invariata, in quanto l'attività erogata dal Centro di Protonterapia, per sua natura indifferibile, non ha subito slittamenti a causa dell'emergenza Covid. Infine le prestazioni erogate a favore di soggetti residenti in PAT, ma finanziariamente a carico di altri Stati UE, hanno fatto registrare solo un lieve calo, considerata l'alta percentuale di pazienti anziani e/o cronici.

Il volume della mobilità passiva, che si attesta su valori assoluti decisamente più bassi rispetto alla mobilità attiva, ha subito solo una lieve flessione nel corso del 2020. Si precisa che i costi della mobilità sanitaria passiva riferiti a soggetti non residenti in Italia ("Iscritti a carico di istituzioni estere") sono imputati al Bilancio dello Stato e non della PAT (art. 2 co. 4 DPR 24 novembre 2017, n. 224).

RELAZIONE CON I CITTADINI

COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ

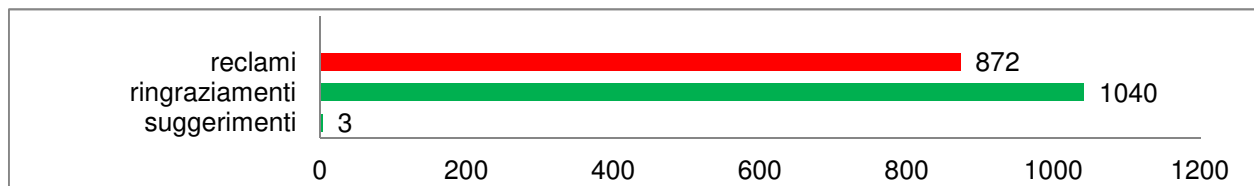
La comunicazione efficace con gli utenti si avvale in APSS di una serie di strumenti informativi ormai consolidati: dall'attività informativa allo sportello e telefonica (numero telefonico Urp e Prontosanità), agli incontri con le associazioni dei cittadini, alle iniziative editoriali aziendali, all'aggiornamento 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 2021, suddivise tra reclami, ringraziamenti e suggerimenti/proposte.

Figura 105 - Segnalazioni distinte per tipologia (anno 2021)



Ringraziamenti: le 1040 segnalazioni positive pervenute nel 2020 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 54,3% di tutte le segnalazioni pervenute.

Reclami: La particolare situazione legata alla pandemia ha portato ad un aumento delle richieste di aiuto e informazione e complessivamente ad una diminuzione dei reclami pervenuti rispetto al 2020 (-10% circa). 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.

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

- Difficoltà di contatto con il CUP
- Difficoltà di contatto con le segreterie delle U.O. dell'Ospedale S.Chiera
- Difficoltà soprattutto per gli anziani nella stampa dei referti e utilizzo TREC/FAST TREC e in generale dei servizi informatici (anche per la prenotazione vaccinazioni anticovid)
- Difficoltà per la prenotazione tramite nr dedicato (0461 371037) dei prelievi/servizi anagrafe (albero vocale complicato);
- Servizio di continuità assistenziale (guardia medica): qualità prestazioni e disponibilità;
- Contestazione ticket al Pronto soccorso;
- Tempi di attesa per diverse prestazioni specialistiche e agende non disponibili su diverse specialità con disagi per i cittadini che devono continuare periodicamente a telefonare al CUP;
- Visite di controllo non prenotate direttamente al momento della prima visita;
- Medico di medicina generale non reperibile telefonicamente o comunque difficoltà nell'accesso/contatto;
- Criticità relazionali fra operatori, familiari e pazienti
- Difficoltà contatto con Igiene pubblica territoriale;
- Difficoltà contatto per risoluzione problemi "Greenpass"

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 l'Ufficio Rapporti col Pubblico.

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 2021 i tempi medi di risposta sono stati in media di 26,6 giorni.

Tabella 84. Segnalazioni di disservizio: tempi di risposta in giorni

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tempi di risposta (giorni)	18,5	19,2	21,4	23,1	19,8	23,7	26,6

Figura 106 - Trend delle segnalazioni distinte per tipologia dal 2013 al 2021

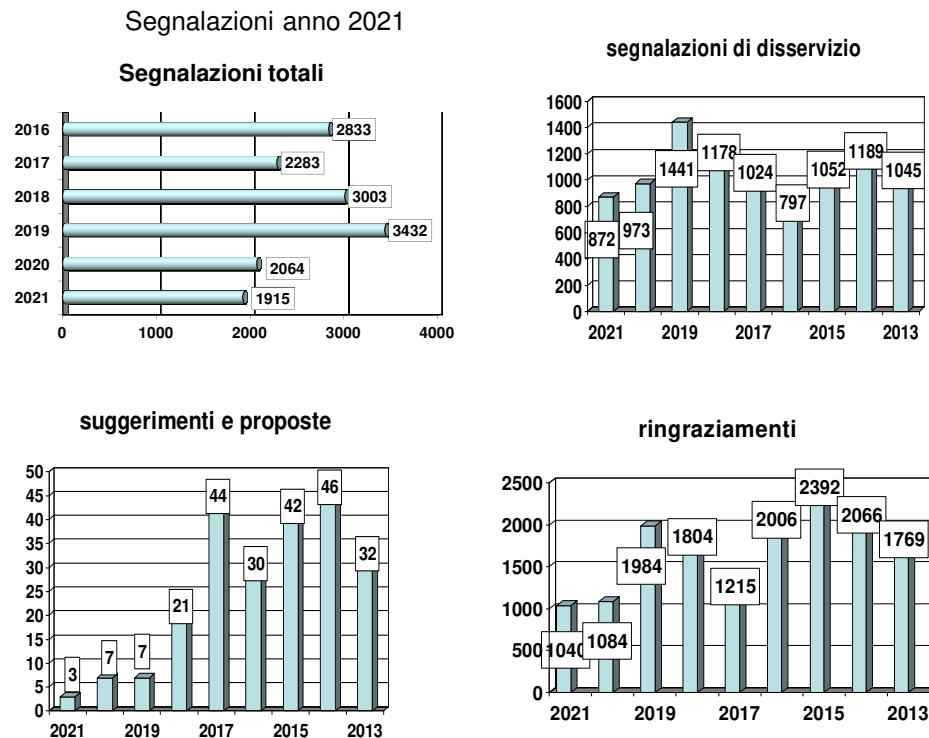


Figura 107

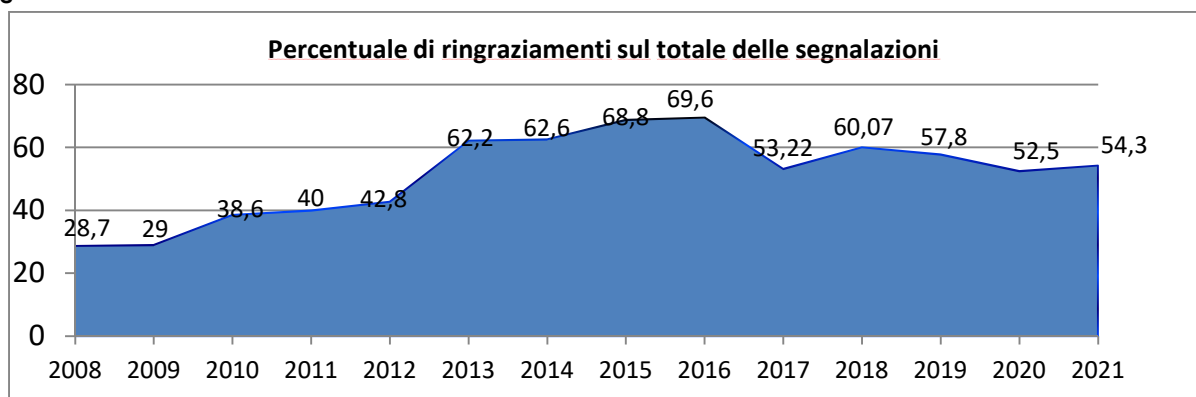


Tabella 85. Ringraziamenti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
n. ringraziamenti	1769	2066	2392	2006	1215	1804	1984	1084	1040
n. segnalazioni totali	2846	3301	3486	2833	2283	3003	3432	2064	1915

Nell'ambito della diffusione delle informazioni verso i portatori di interesse un importante contributo è dato dai vari organi di comunicazione. A tal fine vengono intrattenuti quotidiani contatti con i giornalisti delle varie testate, supportati anche da realizzazione di comunicati stampa, conferenze stampa (178 comunicati e 12 conferenze stampa nel 2021), articoli, foto e video.

Nel secondo anno della pandemia il sito internet ha avuto un ruolo importante nella comunicazione di Apss permettendo di raggiungere le persone con informazioni di pubblica utilità e sull'organizzazione di Apss. Il sito è stato costantemente aggiornato in base ai cambiamenti avvenuti sia nella parte servizi al cittadino sia nella descrizione dell'organizzazione di Apss. Dall'inizio del 2021 al 27.12.2021 il sito internet Apss è stato visitato da 3.272.011 utenti per un totale di 15 milioni di pagine. Anche i social, nel secondo anno di pandemia, hanno avuto un ruolo importante nella comunicazione di Apss e in particolare in quella di emergenza, permettendo di raggiungere numerose persone con messaggi e informazioni di pubblica utilità diffusi in modo veloce utilizzando anche prodotti multimediali, sia informativi sia ad alto impatto emotivo, realizzati dall'Apss. I canali social, soprattutto Facebook, sono stati utilizzati non solo per promuovere l'attività di Apss ma anche per raccogliere e gestire in tempo reale richieste, quesiti o reclami da parte dei cittadini.

Nel 2021 sulla pagina Facebook di Apss (@ApssTrento) sono stati pubblicati 405 post riguardanti rilanci di comunicati stampa, info di servizio, infografiche e video realizzati ad hoc. A dicembre 2021 la pagina conta 12.553 «follower» e 11.876 «mi piace». Sono stati gestiti oltre 5.500 tra messaggi diretti o risposte ai post (quesiti, reclami, richieste varie dei cittadini tutte evase in tempi brevi, al massimo entro le 24/48 ore). Di fatto la pagina Facebook può essere considerata un canale di comunicazione/informazione diretta con il cittadino.

Il canale Youtube aziendale (@apsstrento) conta al fine dicembre 2021 2.700 iscritti. Nell'anno sono stati realizzati 19 video e tutorial, alcuni dei quali effettuati nel corso di incontri formativi dedicati ai dipendenti, che hanno avuto 334 mila visualizzazioni nel 2021. Il profilo Twitter di Apss (@ApssTN) è seguito da 716 follower e ha prodotto 637 Tweet. L'attività del canale LinkedIn di Apss, utilizzato prevalentemente per veicolare notizie relative all'attività istituzionale e alla ricerca di personale e di professionisti, si è mantenuta costante. Il profilo (@ApssTrento) è seguito da 6.277 persone.

QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

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 corrisponda 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 adeguarsi. 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 2018 è stato avviato in APSS uno specifico progetto denominato "Progetto Akredito" finalizzato alla predisposizione degli elementi per accompagnare il processo di AccREDITAMENTO istituzionale, attraverso il supporto di specifici gruppi di lavoro con il mandato di provvedere 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. Nel 2019 si sono svolti gli audit sul campo in tutte le strutture di APSS per verificare il possesso dei requisiti necessari.

Nel corso del 2021, con determinazione n. 7008 del 1° dicembre 2021, il Dipartimento Salute e Politiche Sociali della PAT ha rilasciato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/sociosanitaria e, contestualmente, l'accREDITAMENTO istituzionale per le strutture ospedaliere e territoriali e delle reti cliniche assistenziali del trentino, afferenti ad APSS.

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 e tendono a verificare il modo con cui l'organizzazione si struttura per garantire alle parti interessate un servizio/prodotto di qualità, ovvero com'è disegnato e come funziona il "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 è impegnata in processi di accREDITAMENTO volontari specificamente orientati alle organizzazioni sanitarie. Fra questi i percorsi maggiormente significativi sono:

AccREDITAMENTO Joint Commission International (JCI) dell'ospedale S. Chiara di Trento – L'accREDITAMENTO JCI è un processo di certificazione di carattere internazionale, che valuta l'organizzazione ospedale nella suo complesso e le connessioni che intercorrono fra le reciproche parti del sistema ed è finalizzato a creare una cultura organizzativa del miglioramento della qualità e sicurezza delle cure che sia parte integrante della pratica quotidiana dei professionisti a beneficio dei pazienti. Il valore aggiunto dell'accREDITAMENTO JCI è traducibile nell'adozione di un metodo di lavoro che favorisce la definizione di obiettivi e di indicatori per l'analisi di tutte le imperfezioni che possono essere presenti all'interno dell'organizzazione, al fine di trovare le opportune azioni di miglioramento sia delle performance generali dell'organizzazione che dei comportamenti dei singoli professionisti. L'Ospedale S. Chiara è stato coinvolto in questo processo di accREDITAMENTO sin dal 2003.

Nel 2021 l'ospedale S. Chiara e il Centro di Protonterapia sono stati valutati e hanno ottenuto per la sesta volta il prestigioso riconoscimento dell'accREDITAMENTO da parte di Joint Commission International (JCI), come più diffusamente riportato nell'apposita sezione del capitolo assistenza ospedaliera.

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 poteva consentire di intraprendere un

percorso in grado di incidere su tutte le dimensioni assistenziali: prevenzione, cura e riabilitazione, sia territoriale che ospedaliera. Si tratta, infatti, di standard orientati a favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, avendo come obiettivo la centralità del paziente nel continuum di cura.

Il percorso di accreditamento ha avuto avvio nel 2018, coinvolgendo il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio Territoriale e, per quanto riguarda il Servizio Ospedaliero Provinciale, gli ospedali di Arco, Borgo Valsugana, Cavalese, Cles e Tione. Il percorso è consistito nell'adeguamento di APSS a 27 standard (livelli di qualità da ottenere in diversi ambiti) e complessivamente oltre 3000 criteri di qualità.

Nel corso del 2021, si è svolta la visita di accreditamento costituita da un audit articolato su più giornate sia da remoto che in situ: 3 valutatori da remoto hanno intervistato molti professionisti di APSS per 5 giorni; 6 valutatori hanno visitato la maggior parte delle strutture aziendali, incontrando professionisti appartenenti a tutti i settori (sanitario, tecnico e amministrativo) per 8 giornate. Sono stati valutati 2684 criteri di cui solo 55 (il 2%) sono risultati non conformi.

I risultati di tutte queste componenti sono stati vagliati ai fini della decisione sullo status di accreditamento di APSS, che è risultato essere il livello di Accreditamento Platino (il secondo più elevato su di una scala a tre valori: 1. diamante 2. platino 3. oro).

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. 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.

Nel 2021 si è proceduto alla diffusione dei PPDTA definiti nel 2020 (Scompenso cardiaco, Malattia Renale cronica e BPCO e insufficienza respiratoria) mediante eventi formativi webinar rivolti a tutti i professionisti coinvolti nella gestione di queste patologie.

Nell'anno 2021, inoltre, come da obiettivo assegnato dalla Giunta Provinciale all'APSS, sono stati definiti/aggiornati i seguenti percorsi oncologici aziendali:

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dei pazienti adulti con tumore del testicolo o del pene: (nuova stesura),
- Percorso Diagnostico Terapeutico dell'Epatocarcinoma (aggiornamento),
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Cancro colorettale eredo-familiare (aggiornamento),
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la malattia celiaca in età pediatrica (aggiornamento).

I tre Percorsi per la gestione della patologia oncologica sono stati definiti da gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali che includono tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nella gestione del paziente oncologico, individuazione precoce, trattamento, follow up e approccio palliativo; l'aggiornamento del PDTA per la malattia celiaca in età pediatrica è stato elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinari e multi professionali dei professionisti coinvolti a vario titolo nella gestione del paziente integrato da rappresentanti dell'Associazione italiana celiaci del Trentino.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

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;
- Incident reporting territoriale;
- Incident reporting I18.

Come è possibile vedere dalla figura sottostante, nel 2019 il numero di incident reporting effettuati in APSS è stato nettamente maggiore rispetto al biennio successivo. Tale differenza è dovuta principalmente a due fattori. Il primo riguarda l'importante lavoro di sensibilizzazione degli operatori, effettuato nel 2019 in occasione dell'introduzione del nuovo sistema aziendale informatizzato di incident reporting, 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. Il secondo fattore è rappresentato dall'avvento della pandemia Covid-19 (già a partire da febbraio 2020) che ha impattato in modo significativo sul carico di lavoro del personale e sulle modalità di operare. Tuttavia, nonostante il perdurare della situazione emergenziale e le difficoltà per riuscire a garantire anche l'attività ordinaria, già nella seconda metà del 2020 e ancor più nel 2021, gli operatori hanno progressivamente ripreso a fare incident reporting, pur permanendo una deflessione dell'attività di segnalazione rispetto all'anno 2019.

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

Figura 108 - N. segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi con scheda di incident reporting (triennio 2019 – 2021)

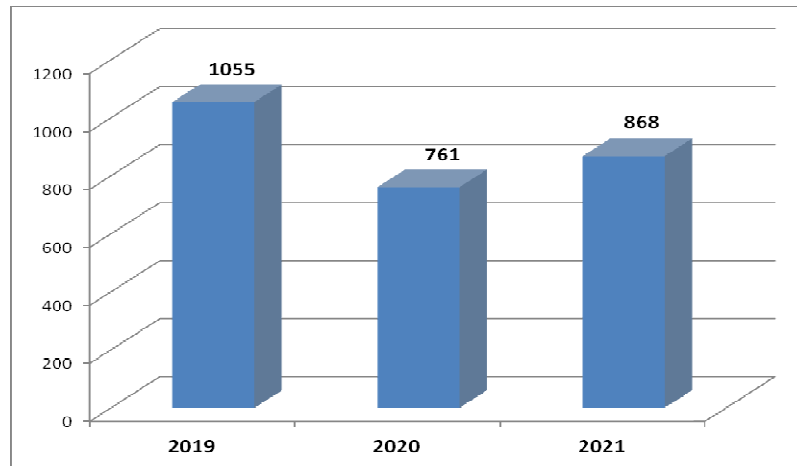


Tabella 86. Tipologie di eventi segnalati in APSS con le schede di incident reporting nel triennio 2019 – 2021

Tipologia di evento	2019	2020	2021
	N. casi	N. casi	N. casi
Gestione farmaco	472	299	335
Eteroaggressività	76	87	108
Gestione dispositivi / ausili / apparecchiature / mezzo di soccorso (*)	63	34	78
Identificazione paziente lato / sede	104	62	70
Comunicazione / Passaggio di informazioni	89	63	56
Prestazione assistenziale	73	57	40
Procedura diagnostica	41	28	32
Procedura chirurgica / terapeutica	34	21	28
Identificazione luogo intervento	23	30	27
Procedura di soccorso sanitari (*)	0	0	17
Coordinamento Centrale Operativa	18	12	16
Procedura amministrativa no adeguata	9	6	15
Procedura di soccorso	9	16	15
Gestione sangue	18	13	12
Coordinamento interforze	7	5	9
Accordi Interospedalieri	0	2	6
Altri eventi	18	25	3
Codice di gravità - attribuzione (*)	0	1	1
Barriere linguistiche / Problematiche di traduzione	1	0	0
Totale	1055	761	868

Legenda: (*): categorie di eventi introdotte nel corso del 2021

Si riportano di seguito le principali attività/progettualità di miglioramento realizzate nel corso del 2021 dalla funzione aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico:

- redazione e implementazione della "Procedura aziendale per la gestione dei farmaci", finalizzata a garantire la sicurezza delle diverse fasi che compongono il processo di gestione dei farmaci (prescrizione, somministrazione, fornitura dei farmaci, ecc.) e, conseguentemente, di ridurre gli errori, a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori. Valore aggiunto di tale documento è l'aver coniugato le indicazioni provenienti dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute con i requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada), nonché dalle evidenze di letteratura;

- prosecuzione del piano pluriennale (date le dimensioni di APSS) di implementazione del software per la gestione informatizzata della terapia farmacologia negli Ospedali, che è ormai presente nella maggior parte delle Unità Operative. Il software per la gestione delle terapie farmacologiche rappresenta un importante strumento per migliorare la sicurezza delle fasi di prescrizione e somministrazione dei farmaci;
- elaborazione e diffusione della "Procedura aziendale per la sicurezza in ambito chirurgico / interventistico", con l'obiettivo generale di migliorare la sicurezza del paziente che accede ad un percorso chirurgico/interventistico nelle fasi pre, intra e post-operatoria ed omogeneizzare i comportamenti nelle Unità Operative interessate. Nella stesura del documento sono stati tenuti come riferimenti le Raccomandazioni del Ministero della Salute e i requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada);
- redazione e diffusione della "Procedura aziendale per corretta identificazione del paziente", finalizzata a fornire agli operatori gli elementi essenziali per la corretta identificazione del paziente in tutti i percorsi assistenziali, in quanto rappresenta il primo irrinunciabile atto alla prestazione sanitaria. Come per altre procedure, anche per questa si è tenuto conto delle indicazioni provenienti dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute e i requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada), nonché di specifici riferimenti normativi (identificazione madre-figlio alla nascita);
- elaborazione e implementazione della "Procedura aziendale per l'efficacia delle comunicazioni: verbali e telefoniche; risultati critici; passaggio d'informazioni (handover)", con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari indicazioni per una comunicazione il più possibile tempestiva, precisa, completa, priva di ambiguità e recepita correttamente dal destinatario, al fine di ridurre gli errori legati alla comunicazione e migliorare la sicurezza del paziente;
- revisione e diffusione della "Procedura Aziendale per la gestione degli Eventi Sentinella". Rispetto alla precedente versione, la nuova procedura contiene indicazioni sulle modalità di comunicazione al paziente e/o ai familiari dell'evento e sulle eventuali azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti nell'evento stesso;
- revisione e conseguente diffusione della "Procedura aziendale per l'utilizzo dell'incident reporting", con la definizione di un format per l'analisi degli incident reporting significativi, al fine di fornire agli operatori uno strumento per l'individuazione delle necessarie azioni correttive per evitare il ripetersi dell'evento stesso;
- costante attività di consulenza / supporto dei referenti per la sicurezza dei pazienti e la partecipazione ad audit relativi alle segnalazioni di incident reporting significative e presa in carico delle eventuali segnalazioni di eventi sentinella;
- organizzazione del webinar "Imparare dagli errori per migliorare la sicurezza dei pazienti: il risk management nel contesto della Salute Mentale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari", avente come obiettivo affinare la consapevolezza sul rischio clinico come fattore intrinseco delle prestazioni sanitarie, stimolando la riflessione e la discussione degli operatori dell'Area della Salute Mentale sui possibili errori o situazioni a rischio nel loro contesto lavorativo.

Lesioni da Pressione

Nel corso del 2021, in linea con l'anno precedente, è stata realizzata la raccolta su base annuale dei dati di prevalenza delle Lesioni da Pressione (LdP) in tutte le Unità Operative con degenza degli ospedali di APSS mediante un apposito applicativo informatico. Grazie ad una attenta e precisa organizzazione della giornata e alla possibilità di inserire i dati direttamente in formato elettronico, l'indagine di prevalenza è stata effettuata in tutte le strutture ospedaliere nell'arco di una sola giornata (cosiddetta "giornata indice").

I dati di prevalenza delle LdP negli Ospedali di APSS sono stati analizzati ed è stato predisposto un apposito Report diffuso a tutte le Unità Operative. Nelle tabelle sottostanti sono riportati i dati di prevalenza.

Tabella 87. Prevalenza pazienti con LdP sulla popolazione totale (cioè pazienti degenti – Ricovero Ordinario nella giornata della rilevazione) nel biennio 2020 - 2021

OSPEDALI	2020		2021 (*)	
	N. PAZIENTI	PREVALENZA %	N. PAZIENTI	PREVALENZA %
ARCO	45	17,8%	53	15,1%
BORGO VALS.	41	7,3%	37	10,8%
CAVALESE	26	0%	32	6,3%
CLES	30	3,3%	44	6,8%
ROVERETO	131	6,9%	143	7,7%
TIONE	43	11,6%	30	10,0%
TRENTO	434	6,7%	358	8,4%
VILLA ROSA	37	10,9%	51	21,6%
TOTALE APSS	787	7,5%	769	9,4%

Legenda: (*) Nel 2021 nella rilevazione sono state escluse le Terapie Intensive adulti di Trento e Rovereto a causa della pandemia da Covid-19

Tabella 88. Prevalenza pazienti con LdP distinta per popolazione pediatrica e adulta (pazienti degenti – Ricovero Ordinario nella giornata della rilevazione) nel biennio 2020 - 2021

POPOLAZIONE	2020		2021 (*)	
	N. PAZIENTI	PREVALENZA %	N. PAZIENTI	PREVALENZA %
PEDIATRICA	25	0%	21	0 %
ADULTA	762	7,7%	748	9,6%

Legenda: (*) Nel 2021 nella rilevazione sono state escluse le Terapie Intensive adulti di Trento e Rovereto a causa della pandemia da Covid-19

Prevenzione e gestione delle cadute

Nel corso del 2021 è continuata l'attività di sensibilizzazione verso gli operatori, al fine di mantenere viva l'attenzione sul tema della prevenzione delle cadute dei pazienti e sulla rilevanza di promuovere, ove possibile, la consapevolezza del paziente e dei suoi familiari sul rischio caduta e sull'importanza delle misure preventive adottate.

Parallelamente, sono stati realizzati audit di analisi delle cadute ritenute significative per le conseguenze sul paziente, al fine di capire se sono state seguite le indicazioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute (valutazione e rivalutazione del rischio caduta del paziente, pianificazione e messa in atto delle conseguenti misure preventive, ...) e, in caso contrario, individuare le necessarie azioni di miglioramento.

È stato, infine, alimentato il database Excel delle cadute verificatesi in APSS nel corso del 2021. Si è quindi proceduto all'analisi dei dati da mettere a disposizione delle Unità Operative, in modo che possano avere a disposizione le informazioni utili per eventuali approfondimenti e l'individuazione di azioni di miglioramento mirate.

Videogallery per il cittadino "Assistenza materna e neonatale sicura"

In occasione della 3° "Giornata Nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita" del 17 settembre 2021, il cui tema scelto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato "Assistenza materna neonatale sicura: agisci adesso per un parto sicuro e rispettoso", è stato realizzato un video, diffuso tramite diversi canali, per richiamare l'attenzione dei cittadini e dell'opinione pubblica sull'importanza di garantire cure materne e neonatali tempestive e appropriate nell'ambito materno infantile.

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, si avvale 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.

Considerazioni riguardo all'impatto dell'emergenza Covid-19

Anche l'anno 2021, come il precedente, ha risentito in via prioritaria delle esigenze dovute all'emergenza sanitaria dell'epidemia COVID -19, ancora in pratica monopolizzando le attività del Comitato aziendale CIPASS sulle priorità necessarie per il controllo e la prevenzione del contagio da virus SARS CoV-2.

Il CIPASS ha collaborato e supportato attivamente nel corso dell'anno le Direzioni mediche degli ospedali e i relativo CIO per le problematiche epidemiche del Covid e l'integrazione con le strutture territoriali e il Dipartimento di Prevenzione.

Il CIPASS ha elaborato direttamente, o partecipato come consulente, alla redazione e all'aggiornamento delle procedure aziendali per il Covid, diffuse e pubblicate nel sito INTRANET aziendale sotto la voce CORONAVIRUS COVID 19.

In particolare ha predisposto l'aggiornamento, quando necessario, per mutate situazioni epidemiologiche e comunicazioni/normative contingenti a livello nazionale delle seguenti procedure e protocolli:

- Indicazioni all'utilizzo dei DPI/DM con gli allegati relativi alle procedure di vestizione e svestizione anche con tuta integrale;
- Indicazioni generali per la gestione del paziente con sospetta o accertata infezione da SARS CoV 2 e per la formazione del personale sanitario in ambito intra ospedaliero
- Schema di utilizzo DPI in attività ambulatoriali;
- Indicazioni per l'utilizzo delle mascherine all'interno degli ambienti sanitari;
- Indicazioni per l'utilizzo dei guanti medicali non chirurgici;
- Procedura di emergenza per la pulizia delle stanze Covid-19;
- Modalità di sanificazione ambientale per ripristino situazione pre-Covid;
- Norme igieniche per gli operatori che operano in contesti Covid-19;
- Scheda sanificazione;
- Istruzioni per Pulizia e disinfezione di apparecchiature informatiche;

- Modalità di raccolta dei campioni e video –tutorial per l'effettuazione del tampone naso.faringeo;
- Indicazioni generali di diagnostica Covid-19;
- Gestione della diagnostica Covid in Ospedale;
- Gestione della salma dei pazienti con infezione da Covid – 19;
- Indicazioni operative - Guarigione clinica;
- Gestione delle attività ambulatoriali.
- Covid – 19 – Organizzazione della rete ospedaliera;
- Precisazioni: Diagnostica Covid nelle strutture sanitarie APSS;
- Misure per la ripresa in sicurezza delle attività nella "fase 2";
- Scheda di Triage Covid.

È continuato come per l'anno precedente, l'impegno del CIPASS nel gestire la campagna di vaccinazione degli operatori sanitari ospedalieri, presso ogni ospedale della rete del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP).

COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE

Allo scopo di promuovere la cultura del sollievo dal dolore e il trattamento del dolore in ogni contesto di cura, il Comitato "Ospedale Territorio Senza Dolore" (COTSD) ha pianificato anche per l'anno 2021 una indagine sul dolore negli ospedali del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) e in alcuni servizi del territorio. A tal fine, sono stati informatizzati i questionari per l'intervista strutturata ai pazienti come di seguito riportato:

- questionario ospedale adulti,
- questionario ospedale area pediatrica età < 7 anni,
- questionario ospedale area pediatrica età ≥7anni
- questionario territorio: ADI/ADICP/ADPD e CDCD
- questionario hospice/cure intermedie.

Ogni questionario è attivabile da uno specifico link.

A causa del perdurare della pandemia da SARS-COV-2 e dell'ondata di infezioni rilevate nel periodo previsto per la conduzione dell'indagine (dicembre 2021) non è stato possibile effettuare l'indagine programmata che pertanto è stata pertanto rinviata a maggio 2022.

L'indagine, come per il 2020, sarà condotta tramite un'intervista strutturata utilizzando un questionario attivabile da uno specifico link; coinvolgerà i pazienti adulti e pediatrici presenti in tutte le strutture ospedaliere, ricoverati in regime ordinario o diurno (day hospital/surgery) o sottoposti a prestazioni ambulatoriali complesse (dialisi, intervento di cataratta, tunnel carpale, stripping di vene ...) e nei servizi territoriali (strutture di cure intermedie, hospice, cure domiciliari tipologia assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza domiciliare integrata cure palliative (ADICP), assistenza domiciliare per le persone con demenza (ADPD) e Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD).

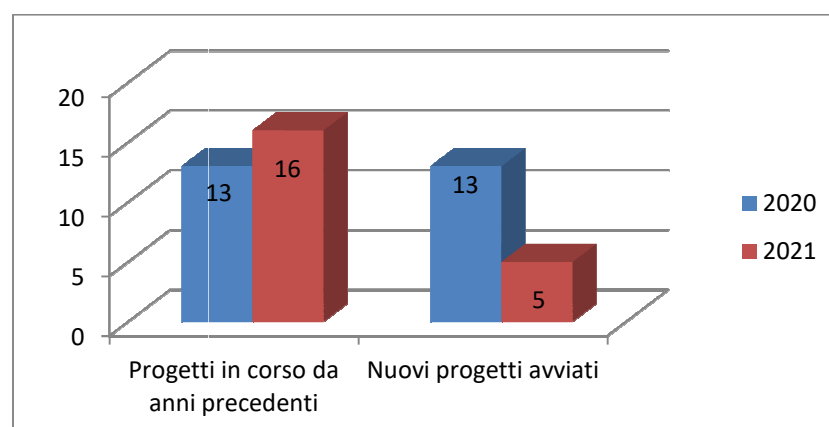
RICERCA E INNOVAZIONE

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 2021 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 109. Progetti di ricerca finanziati in APSS (anni 2020 - 2021)



Nel contesto del nuovo ciclo di programmazione aziendale la Direzione Aziendale ha deciso di procedere alla mappatura delle pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali di professionisti/i afferenti ad APSS. Dall'analisi delle banche dati bibliografiche MEDLINE e CINAHL emerge l'importanza scientifica e la rilevanza numerica della attività di ricerca effettuata all'interno della nostra Istituzione, individuando per il 2021 ben 325 articoli, redatti da 309 autori, che in genere hanno collaborato con autori di altre istituzioni italiane ed estere.

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 2021, i sistemi di controllo interno della spesa (**budget**, con report periodici 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. 2110 di data 14.12.2020.

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Provinciale di parte corrente è stato assestato con integrazione ex Delibera di Giunta Provinciale n. 2231 di data 16.12.2021 in Euro 1.300.579.617,08=.

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 52,74 milioni di Euro), i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket, per 19,06 milioni di Euro), i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione sanitaria (per Euro 11,83 milioni), le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (per Euro 6,21 milioni), i concorsi, recuperi e rimborsi (per Euro 21,92 milioni, compresa la contabilizzazione del Pay back), gli altri ricavi e proventi (per Euro 2,77 milioni), le prestazioni erogate ad assistiti extra PAT nella REMS e nelle strutture dell'ex OP (pari, nel complesso, ad € 1,35 milioni) e le prestazioni di Protonterapia ad Aziende Sanitarie Extraregione, nonché le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggette a compensazione pari, complessivamente, ad Euro 4,29 milioni, **per un totale complessivo di ricavi propri pari a 120,17 milioni di Euro.**

L'attribuzione della quota del finanziamento al Servizio Sanitario Provinciale è effettuata dalla Giunta Provinciale, ai sensi dell'art. 16 e successivi della L.P. n. 16/10, in coerenza con le risorse disponibili nell'ambito del Bilancio Annuale e Pluriennale Provinciale. Nell'esercizio 2021 sono stati attuati gli interventi richiesti all'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica provinciale, al fine di garantire da parte del sistema territoriale integrato il rispetto del Patto di Garanzia recepito con la Legge n. 190/2014, così come declinati per il settore sanitario nel provvedimento della Giunta Provinciale n. 2110/2020 attraverso specifiche direttive in materia di razionalizzazione della spesa per l'anno 2021.

Sul versante dei vincoli di spesa, si evidenzia che con Deliberazione n. 2.110 di data 14.12.2020, l'Esecutivo Provinciale ha approvato le disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2021-2023, il relativo riparto e le assegnazioni. Successivamente, con deliberazione di G.P. n. 2.231 di data 16.12.2021, recante integrazioni al finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2021 e altre disposizioni, avuto riguardo delle ovvie ricadute determinate dal perdurare dell'emergenza pandemica, ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa per l'esercizio 2021, stabiliti nell'allegato A) alla citata deliberazione G.P. n. 2.110/2020, si dà atto che: in ordine allo specifico aggregato di spesa sul Personale, non concorrono alla verifica del rispetto del tetto di spesa gli oneri derivanti dagli arruolamenti a vario titolo del personale necessari alla campagna vaccinale contro il Covid e dalle altre attività emergenziali fra le quali quelle amministrative del contact tracing e delle altre funzioni della centrale Covid; in ordine alle voci Acquisti di servizi non sanitari, Manutenzioni e riparazioni, Godimento beni di terzi e beni non sanitari, non concorrono alla verifica del rispetto dei tetti di spesa gli oneri derivanti dalle dinamiche incrementalmente delle spese sui contratti pluriennali determinate dalla clausola di revisione prezzi, sulla base dell'indice FOI nonché gli oneri legati al persistere dell'emergenza pandemica. Nel complesso, i tetti sugli aggregati funzionali di spesa risultano rispettati, come indicato sia nella Relazione sulla Gestione 2021, allegata alla Delibera del Consiglio di Direzione n. 1 del 30.05.2022 con la quale è stato adottato il Bilancio di Esercizio 2021, sia nella Relazione del Collegio Sindacale al Bilancio di Esercizio 2021, anch'essa allegata alla Delibera del Consiglio di Direzione dell'APSS di cui sopra, **registrando un margine complessivo di oltre 46,5 milioni di Euro.**

Nel corso dell'anno 2021, l'Azienda ha mantenuto e, in taluni ambiti, potenziato il complessivo quadro di offerta dei servizi, sia nell'ambito di un trend di fisiologico aumento della spesa sanitaria in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e della cronicità di alcune patologie, sia in riferimento alla situazione di emergenza epidemiologica da Covid-19, che ha caratterizzato l'intero esercizio 2021, con ciò garantendo il raggiungimento del complessivo equilibrio di bilancio, dal momento che è stato rilevato un **utile "tecnico"** di Euro 42.978,71. 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.

Mensilmente 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 2021, ha

utilizzato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di Euro 1.280,81 milioni, con un incremento di circa Euro 6 milioni rispetto all'anno precedente.

Tabella 89. Erogazioni provinciali di cassa (in milioni di euro)

2019	2020	2021
1.154	1.275	1.281

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 2021 è stato mediamente pari a **99,9 giorni** (con un lieve incremento rispetto al dato di riscossione a 96 giorni registrato nel 2020)⁸.

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**"⁹ per l'esercizio 2021 è pari a **-10,47 giorni**, quindi i fornitori sono mediamente pagati cinque 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 2021 sono stati Euro 3,10 milioni per quanto concerne i Presidi Protesici, Euro 6,50 milioni per opere di edilizia, ed Euro 1,90 milioni afferenti attrezzature sanitarie.

Tabella 90. Finanziamenti PAT in conto investimento (in milioni di euro)

Voce	2019	2020	2021
Attrezzature Sanitarie	-	-	1,90
Attrezzature Non Sanitarie ed Economiche	-	-	-
Presidi Protesici	3,00	3,00	3,10
Lavori	5,61	-	6,50
Piano Operativo Covid-19 (art. 4 D.L. n. 18/2020)	=	0,44	=
Totale APSS	8,61	3,44	11,50

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 uno 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 2021 sono pari a circa Euro 67,43 milioni al netto dei ricavi della mobilità sanitaria interregionale. Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i concorsi, recuperi e rimborsi (le tre voci rappresentano il 78,31% 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.

⁸ Non sono considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa.

⁹ L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come il tempo medio ponderato di pagamento rispetto alle scadenze contrattualmente previste.

Nel corso del 2021, i proventi da sanzioni su autocertificazioni ticket mendaci sono stati pari ad €uro 447.590, mentre i proventi da sanzioni amministrative hanno registrato un saldo di €uro 740.280.

LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI

Nell'esercizio 2021 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 91. Finanziamenti per contributi e progetti di ricerca (in migliaia di euro)

Descrizione	2019	2020	2021
Contributi finalizzati P.A.T.	30	185	194
Progetti finalizzati altri enti	1.044	727	573

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 110. Ricadute economiche dell'attività di APSS sul territorio

