



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

BILANCIO DI MISSIONE 2022

(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 SANITÀ PUBBLICA	15
LA CENTRALE COVID	15
LA CAMPAGNA VACCINALE COVID-19	15
COPERTURE VACCINALI	17
TUTELA DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	18
SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	21
SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA.....	24
SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI.....	25
SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING	27
ASSISTENZA TERRITORIALE	30
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	30
ASSISTENZA DI BASE	35
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	38
CURE DOMICILIARI	39
SERVIZI CONSULTORIALI	40
PROGETTO PERCORSO NASCITA.....	44
SALUTE MENTALE.....	46
ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	64
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	70
ASSISTENZA OSPEDALIERA	76
GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA	76
CENTRO CLINICO NEMO.....	77
ATTIVITÀ CHIRURGICA.....	77
CENTRO DI PROTONTERAPIA	82
AREA MATERNO INFANTILE.....	83
AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA.....	84
SISTEMI DI QUALITÀ	89
DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI.....	89
MOBILITÀ SANITARIA	94
RELAZIONE CON I CITTADINI	102
COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ	103
QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	106
I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	106
I PERCORSI CLINICI.....	106
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	107
COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI	109
COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE.....	110
RICERCA E INNOVAZIONE.....	111
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO	113
LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE.....	113
LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE	114
LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO	114
LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI	115
RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO.....	115

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.

Nel 2022 la pandemia da Covid-19 ha segnato l'attività di APSS in maniera significativa soprattutto nei primi 3 mesi dell'anno, mentre nei tre trimestri successivi l'impegno dell'Azienda è stato concentrato per un progressivo ritorno all'attività ordinaria, compatibilmente con le necessità di recupero dell'attività pregressa.

Il presente documento 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 2022. 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 200 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".

Di seguito il bersaglio 2022 e la mappa di performance della Provincia autonoma di Trento.

Bersaglio 2022 - Trento



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

BILANCI E ASPETTATIVE: LA PROSPETTIVA DELLA CONSULTA DELLA SALUTE

Al bilancio annuale di missione della APSS è ormai consuetudine che venga dato anche spazio ad alcune considerazioni della Consulta provinciale della salute. Lo riteniamo ormai un appuntamento per noi importante perché in parte ci consente di evidenziare alcuni aspetti della attività che noi abbiamo intrapreso nel corso dell'anno precedente 2022. Questo nostro scritto, collocandosi all'interno del "Bilancio di missione" della APSS, trova una sua gradita valorizzazione nel senso che missione programmata dalla Azienda Sanitaria e azioni intraprese dalla Consulta si integrano in un progetto più ampio di comune impegno per la tutela della salute dei cittadini.

Anche l'anno 2022 non è stato un periodo facile per la sanità trentina e per noi associazioni di volontariato di cittadini in quanto ogni attività ha risentito più o meno fortemente i vincoli, le limitazioni e le emergenze di una pandemia da Covid che ha generato nuove forme di contaminazione anche se clinicamente meno impegnative della prima ondata. La campagna di vaccinazioni rilanciata a più riprese e la scarsa incidenza dei no vax hanno consentito finalmente nel corso del 2022 di guardare oltre, di uscire in parte dal tunnel in cui la pandemia ci aveva costretti e di tentare di recuperare situazioni di criticità e carenze che il sistema sanitario trentino aveva espresso. Rimaneva ancora aperta in pare "la ferita" del post Covid con una crescente domanda da parte dei cittadini di salute e di cure e su cui il sistema sanitario pubblico riusciva solo in parte a dare risposte adeguate. Al di fuori di quel tunnel vi erano anche le nuove risorse che l'Europa aveva messo a disposizione (fondi PNRR) per l'attuazione di una riforma del sistema sanitario principalmente rivolta alla creazione di un nuovo modello di cura più vicino al cittadino attraverso il potenziamento e la forte innovazione della medicina territoriale.

Nel corso d'anno molteplici sono state le occasioni di confronto diretto o a distanza attraverso iniziative anche pubbliche, qui di seguito ne riportiamo alcune:

Nel febbraio confronto sulla "Proposta di una nuova organizzazione della APSS trentina" a cui ha fatto seguito una nostra nota nella quale tra l'altro si rileva: *Il pensiero forte, ispiratore era quindi quello che per "accogliere" le sfide poste dal profondo cambiamento demografico (invecchiamento della popolazione), epidemiologico e sociale, si doveva modificare profondamente quella precedente impostazione, dimostratasi non più attuale anche in seguito alla pandemia e centrata sulla sola cura delle patologie, in un'ottica ospedalecentrica. Era quindi necessario un cambio di paradigma per assegnare un ruolo fondamentale alle dimensioni della promozione della salute, della prevenzione (determinati della salute) e della riabilitazione. Le malattie croniche..... rappresenteranno sempre più la grande sfida per i servizi sanitari nazionali e regionali e sempre meno potranno essere affrontati dentro un approccio assistenziale fortemente squilibrato su una matrice biomedica. Sulla base di tali considerazioni nel nostro documento, consegnato all'assessorato e a APSS, ribadivamo che il nuovo modello di riorganizzazione sanitaria provinciale, doveva concretizzarsi e svilupparsi a partire dai **bisogni di salute delle persone e delle loro famiglie**. significava assicurare una presa in carico e una cura secondo un approccio olistico e di attenzione ai bisogni fisici, psicologici, sociali, relazionali e spirituali, soprattutto nelle condizioni di fragilità e vulnerabilità, a partire dalle condizioni di rischio – medicina proattiva. Abbiamo altresì condiviso l'indicazione "forte" rivolto alla prevenzione ove si prevede la creazione di un dipartimento specifico sottolineando l'aspetto centrale del rafforzamento della prossimità con il territorio e il consolidamento della rete di sanità pubblica. E la "trasversalità" dei dipartimenti per garantire omogeneità di trattamento e presa in carico delle persone con patologie.*

Rimane poco chiara la riconferma dell'ospedale policentrico, come quelle indicazioni relative ai Dipartimenti territoriali e transmurali e le reti professionali locali. contraddittoria l'assoluta assenza del riferimento alle "case di comunità" e agli "ospedali di comunità" per i quali a livello nazionale, insieme alle altre regioni e provincie è stato recentemente sottoscritto il riparto dei fondi PNRR

Sull'attuazione della medicina territoriale in base a quanto stabilito dal PNRR, la Consulta ha prodotto un ulteriore documento preparatorio dell'incontro previsto in primavera con l'Assessore alle politiche sanitarie, di cui riproduciamo qualche stralcio: *tramite stampa, abbiamo appreso che il Trentino si doterà di 3 distretti con l'articolazione in 6 ambiti territoriali, 10 Case di comunità, 3 ospedali di comunità, una centrale operativa territoriale. Questo tempo dovrà essere utilizzato in via prioritaria per colmare l'attuale "deficit" di disegno politico complessivo rispetto alla necessità di definire un modello di "Primary Health Care" come cornice culturale e concettuale ispirata ad un modello di assistenza nel quale l'oggetto dell'azione non sia limitata solamente al trattamento delle patologie, ma sia orientato alla salute, centrato sulle persone, sulla comunità e sulle reti di prossimità. Obiettivo centrale di tale percorso saranno: la casa come luogo di cura supportato dall'innovazione tecnologica; un'assistenza integrata, multidisciplinare e multiprofessionale capace di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale; un'offerta di servizi flessibile e facilmente adattabili alle esigenze di salute delle persone; un'assistenza personalizzata a partire dagli interventi di prevenzione, riabilitazione e cura con il coinvolgimento attivo della persona; E promozione di una medicina proattiva e preventiva.*

Nel corso dell'anno la Consulta ha poi condiviso con l'Ordine dei medici e degli infermieri due documenti, il primo che sottolineava la pericolosità di procedere alla riduzione del personale infermieristico dall'interno delle RSA come deliberato dalla Giunta provinciale. In questa nota veniva affermato: *Pur nella consapevolezza della carenza di infermieri, ma anche di medici specialisti in altri servizi del nostro sistema sanitario provinciale, le decisioni per il suo "governo" non possono perdere di vista il criterio guida fondamentale: garantire un'assistenza sicura e di qualità alle persone fragili che risiedono nelle RSA, portatrici di bisogni assistenziali e sanitari sempre più complessi. L'altro intervento riguardava il tema centrale della difesa del servizio sanitario pubblico e degli operatori sanitari che vi operano: In premessa veniva ribadita la Preoccupazione per il livello di demotivazione che i professionisti sanitari stanno vivendo con risvolti negativi sull'erogazione dei servizi ai cittadini. Riconoscere quindi il valore della partecipazione dei cittadini e del contributo delle professioni sanitarie, anche con l'attivazione di percorsi strutturati di carriera attraverso un autentico approccio meritocratico è la chiave per aumentare motivazione, fiducia e entusiasmo e rendere attrattivo il nostro Sistema sanitario con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza ai cittadini. ...*

Sul fronte più generale legato alla crisi del modello in atto di welfare e alla urgente necessità di un suo aggiornamento e riforma, la Consulta ha aderito alla petizione pubblica “il welfare territoriale è di tutti” e al successivo dibattito/confronto presso la Regione.

Molteplici sono stati poi gli interventi della Consulta in relazione alla gestione e promozione del piano vaccinale, alle liste d'attesa e alle difficoltà per moltissimi cittadini di accedere in tempi ragionevoli alle cure e ai controlli specialistici. Su questa tematica ci si è confrontati in varie occasioni con la dirigenza di APSS rilevando che il permanere di tale situazione di criticità costringeva il cittadino con crescente frequenza a rivolgersi al privato pagando di tasca propria le prestazioni, o per molti, non avendo tale disponibilità, a rinunciare alle cure.

Per la Consulta per la salute
Il Presidente Renzo Dori

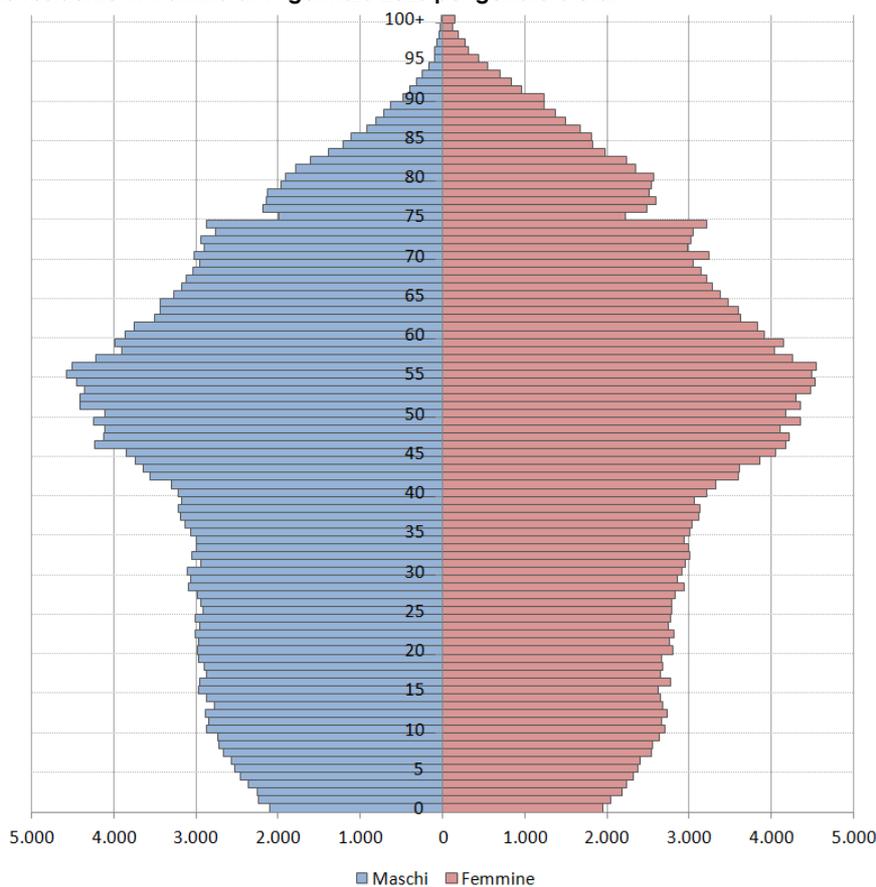
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2023 la **popolazione residente in Trentino** ammonta a 542.050 persone. Nel corso del 2022 i nati vivi residenti sono stati 4.007 e il conseguente tasso di natalità, pari a 7,4‰ abitanti, pur essendo inferiore a quello del 2021 (7,7‰) è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 6,7‰). Il numero **dei morti residenti è stato di 5.442 persone**, a cui corrisponde un tasso di mortalità del 10,0‰ abitanti, al di sotto della media nazionale, pari al 12,1‰.

La struttura per età della popolazione, relativa al 2023¹, conferma un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata (figura 1). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 13,5% della popolazione totale, quelle di 65 anni e più rappresentano il 23,3% e le persone di 75 anni e più sono l'11,8%.

Figura 1. Popolazione residente in Trentino al 1° gennaio 2023 per genere e età.



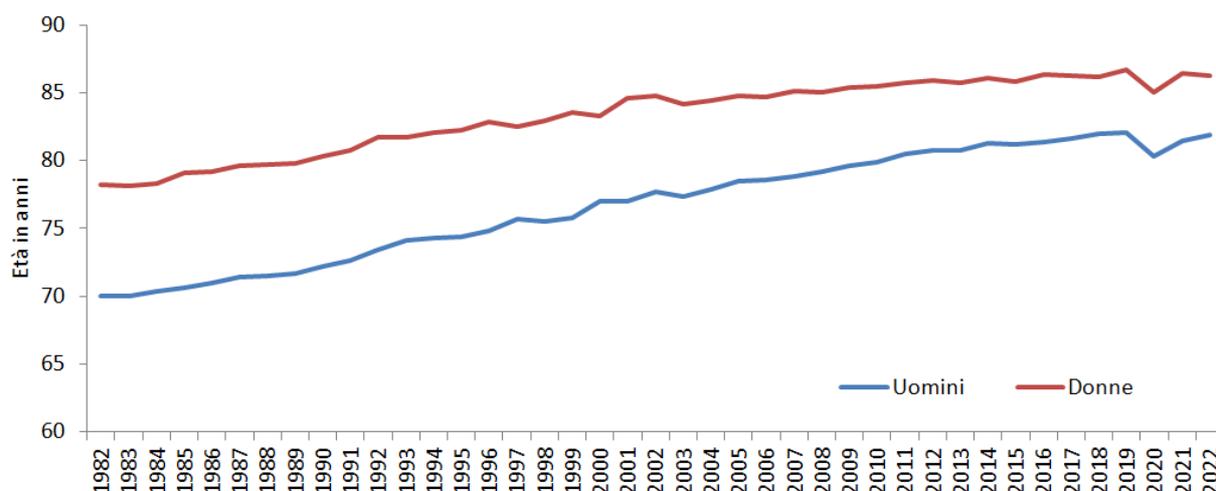
La struttura per età della popolazione è il risultato congiunto delle seguenti componenti: natalità, mortalità e migratorietà.

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 e nel 2022 mostra negli uomini un valore pari a 81,9 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 172,3, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 172 persone sopra i 64 anni, la media italiana è pari a 193,3. Il numero medio di figli per donna è 1,37 in Trentino, valore tra i più alti in Italia (secondo solo all'Alto Adige con 1,65). Tale valore è pari a 1,24 figli per donna in Italia.

¹ I dati e gli indicatori della popolazione al 1/1/2023 sono tratti dal sito <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 01/08/2023) e i dati sul movimento della popolazione sono tratti dal sito <http://www.statistica.provincia.tn.it> (ultimo accesso 01/08/2023)

Figura 2. Speranza di vita alla nascita in Trentino per genere. (ISPAT 1982-1988, Istat Health for All 1989-2016, Istat 2017-23²)



Gli stranieri residenti sul territorio provinciale al primo gennaio 2023 sono 44.449, 1.348 in meno rispetto al 2022 (45.797 dato definitivo del 1° gennaio 2022), in linea con il trend in calo degli ultimi anni. La popolazione straniera costituisce l'8,2% della popolazione totale, mentre tale percentuale in Italia è uguale all'8,6%.

La popolazione straniera è molto più giovane della popolazione trentina: il 21,3% è minorenni (vs 16,6% nella popolazione trentina) e il 5,9% ha 65 anni e oltre (vs 23,3% nella popolazione trentina). I livelli di fecondità sono molto più elevati (tasso di natalità: 12,4‰ stranieri residenti rispetto a 6,9‰ dei residenti con cittadinanza italiana).

La Natalità

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2022, 3.848 bambini, a cui si aggiungono i 31 nati a domicilio, i 13 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 64 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale complessivo di 3.956 neonati, con un decremento di 151 nati rispetto all'anno precedente (-3,7%). I nati da donne residenti sono 3.772, di cui 3.766 nati vivi.

Nel 2022 il tasso di natalità provinciale (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 7,4 nati vivi per mille residenti (valore che torna in diminuzione dopo il leggero aumento registrato nel 2021), mentre il tasso di fecondità totale è 1,37 figli per donna, valore secondo solo all'Alto Adige (1,65) nel panorama nazionale.

Nel 2022 il 49,1% delle donne dichiara di essere stata seguita da un'ostetrica del Percorso Nascita (proporzione in aumento rispetto al 45,7% del 2021), il 22,7% da un ginecologo privato, il 19,1% da un ginecologo di struttura pubblica, il 4,1% da un ginecologo del consultorio familiare e l'1,7% da un'ostetrica privata (quasi esclusivamente per i parti a domicilio).

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2022, l'87,8% delle nascite trentine (88,7% nel 2021, 87,0% nel 2020 e 84,3% nel 2019). La proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali, nel 2022 rimane sui valori del 2019-2021, dopo il marcato decremento rispetto al 2018, con un valore pari al 6,0% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti (n=242). Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali della val di Fassa (17,6%), delle Giudicarie (10,5%) e della Rotaliana-Paganella (9,5%).

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

² La speranza di vita 2021 è una stima, <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 01/08/2023)

Figura 3. Provincia di Trento. Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2022

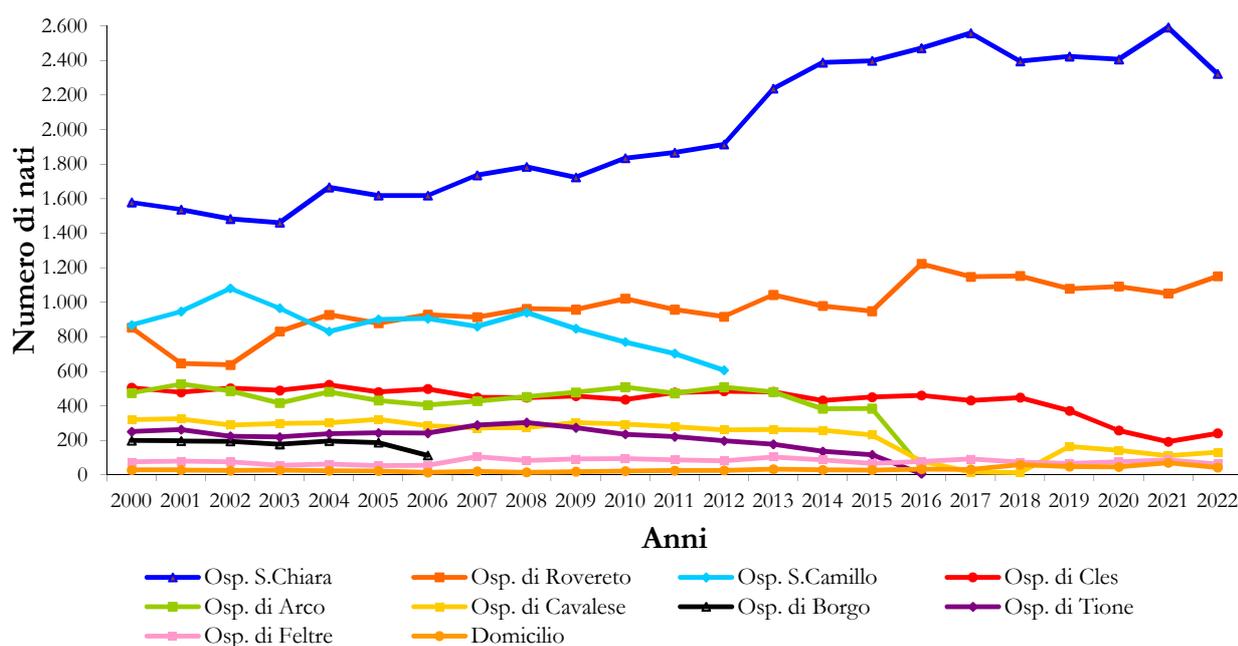
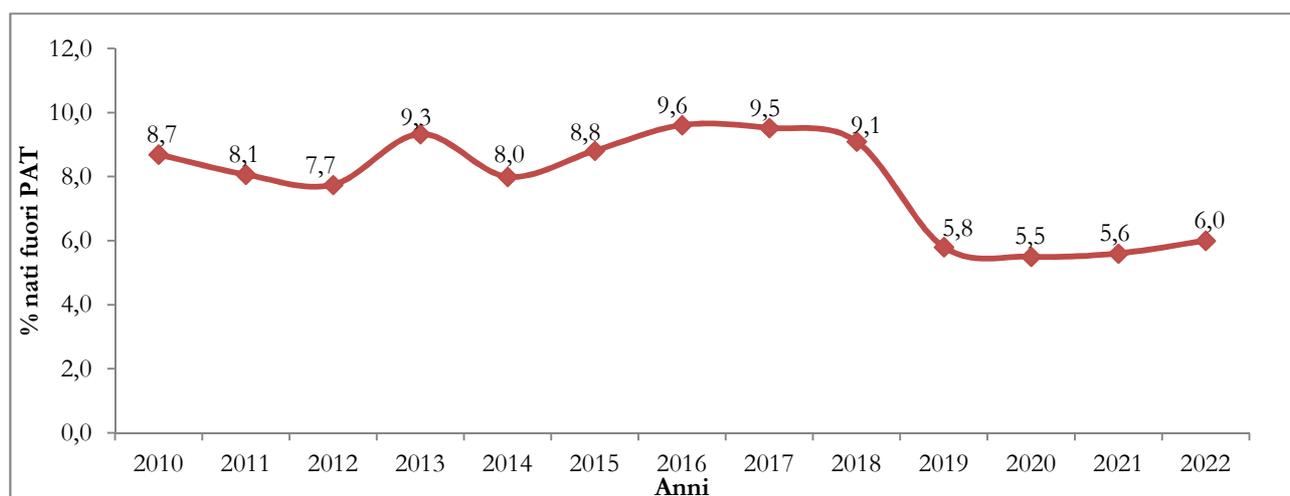


Figura 4. Proporzione di nati vivi di donne residenti, partoriti fuori provincia di Trento. Anni 2010-2022



Si confermano 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 2022 è pari al 21,9%, con un trend di decremento negli ultimi sette anni. L'età media al parto è di 32,2 anni: per le italiane 32,6 anni, per le straniere 31,0 anni. Anche l'età media al primo figlio (complessivamente pari a 31,1 anni) differisce significativamente in base alla cittadinanza materna: 31,4 anni per le italiane rispetto ai 28,9 anni per le straniere.

Tra le partorienti del 2022, il 4,7% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 6,0% 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 2,9%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La proporzione di donne che ha eseguito 2 ecografie (secondo quanto raccomandato nelle linee guida nazionali e internazionali) è del 5,4%. La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le straniere eseguono mediamente 3,7 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,0). Questo differenziale italiane/straniere si è comunque ridotto negli ultimi cinque anni.

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

Per quanto riguarda le indagini prenatali in gravidanza, il 4,2% 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'80,7% delle madri (84,6% nel 2021, 78,6% nel 2020, 74,6% nel 2019 e 69,6% nel 2018), il prelievo del DNA fetale dal 6,1% (6,5% nel 2021, 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 2022 è pari al 6,4% (6,0% nel 2021, 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 all'8,1%, mentre il rimanente 85,5% risulta essere non fumatrice.

L'85,0% delle nullipare residenti frequenta un corso di accompagnamento alla nascita, proporzione in crescita negli ultimi 15 anni; il valore del 2022 supera l'80% indicato come desiderabile dalle linee guida, probabilmente grazie all'offerta di partecipazione on-line, iniziata nel periodo pandemico (Covid-19).

Dopo i già ottimi risultati degli anni 2015-2021, la proporzione di parti cesarei nel 2022 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose (20,1%).

Nel 2022 i nati morti sono stati 6 (tutti da donne residenti in provincia di Trento). Il tasso di *natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pari all'1,5 per mille nati. In Italia nel 2021 il tasso di *natimortalità* è stato del 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% sia nel 2022 che 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 0,33% dei casi, mentre è il 4,6% dei nati vivi viene sottoposto a procedure di rianimazione (di cui lo 0,6% con intubazione).

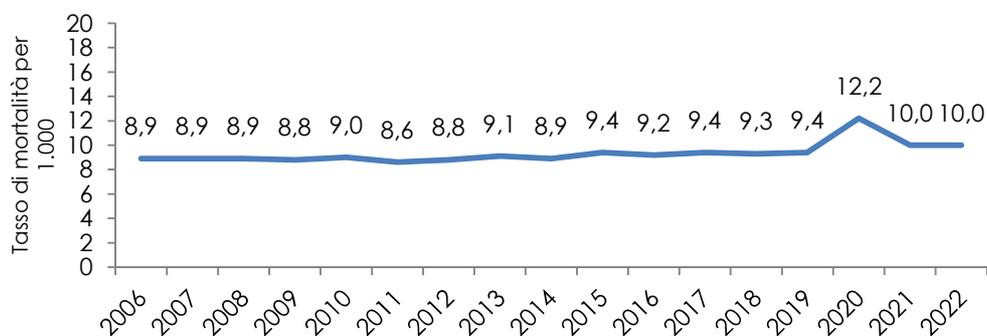
Se nel 2020-2021 si era registrata una riduzione delle giornate di degenza per tutte le tipologie di parto, soprattutto dovuta all'emergenza pandemica da Covid-19 (2,5 giorni per i parti spontanei e 3,0 giorni per i parti cesarei, rispetto ai 2,9 e 3,6 giorni del 2019), nel 2022 si è osservata un'ulteriore contrazione delle degenze medie: 2,4 e 2,8 giorni rispettivamente per parti spontanei e cesarei. La degenza media per tutti i parti è di 2,5 giorni, valore in riduzione rispetto agli anni precedenti (2,5 nel 2021, 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 (96,2%). La proporzione di nati vivi allattati in modo *esclusivo* o *predominante* al seno è pari al 75,2% in diminuzione rispetto agli anni precedenti (82,3% nel 2021, 80,7% nel 2020, 81,8% nel 2019 e 84,7% nel 2018).

La mortalità generale

Nel 2022 sono decedute, in provincia di Trento, 5.442 persone, con un tasso di mortalità del 10,0‰. Il numero di deceduti e contestualmente il tasso di mortalità risentono, come 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, 2006-2022



La mortalità infantile

Nel 2022, si sono registrati 6 decessi nel primo anno di vita in bambini nati da madri residenti in provincia di Trento (5 nel 2021). In 4 casi (66,7%) il decesso avviene entro le prime 24 ore di vita, in nessun caso entro la prima settimana e nel primo mese e in 2 casi oltre il I mese ed entro il I anno di vita (33,3%).

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 2022

N. decessi per periodo di tempo	Freq.	Freq. cum.	%	% cum.
N. nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	4	4	66,7	66,7
N. nati vivi e deceduti tra il 2° giorno e la 1° settimana	0	4	0,0	66,7
N. nati vivi e deceduti tra l'8° ed il 1° mese	0	4	0,0	66,7
N. nati vivi e deceduti oltre il 1° mese - 12° mese	2	6	33,3	100,0
Totale	6	—	100,0	—

I diversi indicatori della mortalità infantile, nel 2022, non si discostano in maniera rilevante dagli anni precedenti, tenuto conto anche della scarsa consistenza della popolazione per cui variazioni minime degli eventi possono avere grande impatto sui tassi relativi.

Tabella 2. Provincia di Trento. Tassi di mortalità neonatale, perinatale ed infantile nei residenti. Trend 2016-2022

Anno	Mortalità perinatale	Mortalità neonatale precoce	Mortalità neonatale	mortalità infantile
2016	3,8	1,9	3,0	3,4
2017	4,9	1,3	1,8	1,8
2018	3,2	1,8	2,5	3,4
2019	4,5	1,3	1,5	2,0
2020	5,0	1,1	1,6	1,6
2021	2,8	0,5	0,8	1,3
2022	2,5	1,0	1,0	1,5

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

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

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

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

Gli stili di vita: scelte individuali e condizionamenti ambientali - Dati PASSI 2018-2022⁴

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 (56%) degli adulti (18-69 anni) non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (22%) e fumatori (22%). 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 2% dei trentini fuma la sigaretta elettronica; nella maggior parte dei casi con nicotina (70%) e l'1% fa uso di prodotti a tabacco riscaldato (Iqos). Sigaretta elettronica e Iqos sono usati soprattutto da fumatori in aggiunta alla sigaretta tradizionale (69%), quindi senza alcun beneficio per la salute.

Il 45% dei fumatori ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di smettere di fumare; il 41% dei fumatori ha tentato di smettere almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, non riuscendoci in quasi 8 casi su 10.

Il divieto di fumo è generalmente rispettato nei locali pubblici (96%) e in ambiente lavorativo (97%). Anche nella maggioranza delle case trentine non si fuma (90%), mentre in una percentuale contenuta, ma stabile nel tempo, si fuma in alcune stanze/ore/situazioni (8%) o addirittura sempre (2%), percentuali che scendono rispettivamente al 5% e all'1% in presenza di bambini.

Il consumo di alcol

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

Il 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 37% consuma alcol in maniera moderata e il 33% non ne consuma affatto.

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, infatti solo un uomo su 5 non consuma alcol (22%), rispetto a quasi una donna su 2 (44%), e ben il 39% degli uomini ne fa un consumo a maggior rischio, rispetto al 22% 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 (56%), 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 6% degli uomini e l'1% 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 2018-2022) sono 2.041.

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 25% rispettivamente), mentre il 15% è completamente sedentario⁵. È attivo il 63% degli uomini e il 57% delle donne. La pratica dell'attività fisica è più diffusa tra i giovani (71% nei 18-24enni rispetto al 58% dei 50-69enni), tra le persone con elevati titoli di studio (62% tra i laureati rispetto al 54% 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 37% 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 15% 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 (13%), 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 (17% rispetto al 9% degli uomini) e tra le persone più adulte (10% dei 18-24enni rispetto al 16% dei 50-69enni).

L'uso consapevole del sale riguarda il 57% degli adulti trentini, è più frequente fra le donne e cresce all'avanzare dell'età. Come atteso prestano più attenzione all'uso del sale le persone ipertese (73%). 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 34% degli adulti (27% 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 (35% 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 35% 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 78% degli obesi e il 38% dei sovrappeso).

Disuguaglianze sociali ed effetti sulla salute.

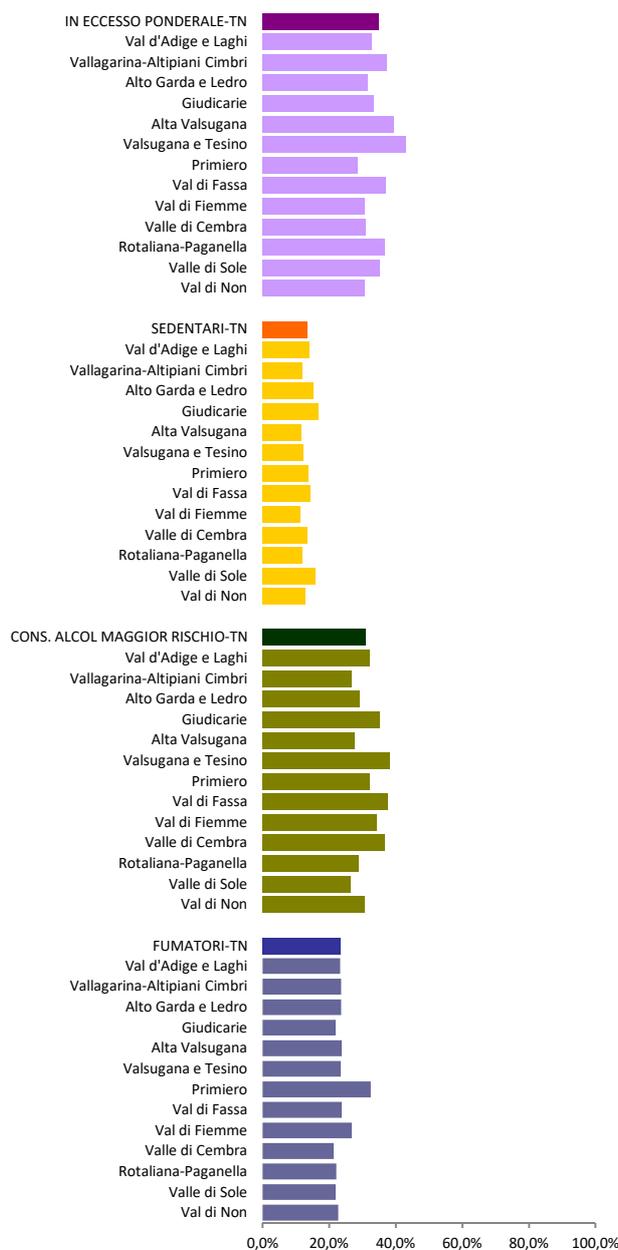
I fattori di rischio comportamentali, largamente responsabili delle principali malattie croniche, sono legati alle caratteristiche socio-economiche delle persone, tanto da distribuirsi nella popolazione secondo un gradiente sociale: sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione più sfavoriti (a 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 21.000 persone con problemi di peso (con una riduzione del 17%), 14.000 sedentari (-32%) e 8.000 fumatori (-11%)⁶.

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

⁶ Il guadagno di salute grazie alla riduzione delle disuguaglianze è stato stimato con i dati riferiti al biennio 2021-2022

Figura 6. Fattori di rischio comportamentali. Prevalenze in provincia di Trento per rete professionale di residenza. PASSI, 2013-2022⁷



INDICATORE: Stili di vita (PASSI) ■ 3,13

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 ■ **18,39%**

A10.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso ■ **35,47%**

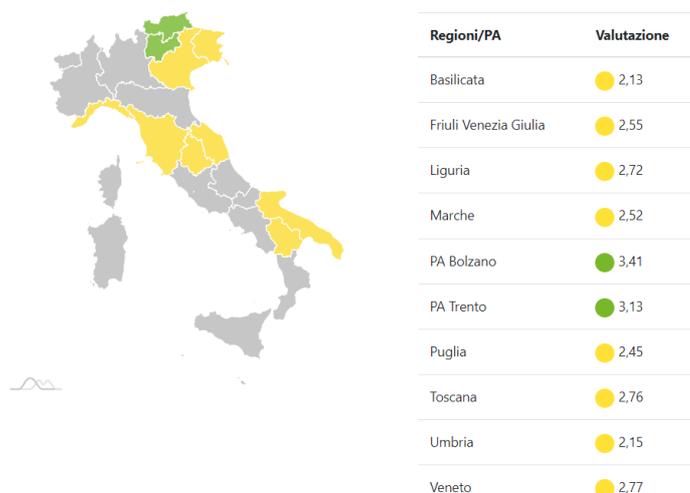
A10.3.1 Percentuale di bevitori a rischio ■ **29,94%**

A10.4.1 Percentuale di fumatori ■ **21,73%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa nel 2022 la provincia di Trento ottiene un'ottima valutazione media (3,13), collocandosi al secondo posto dopo la provincia di Bolzano (figura 8.)

⁷ A differenza dell'intero paragrafo in cui è stato considerato il periodo 2018-2022 in figura 6 è stato considerato il periodo 2013-2022 (n=5.132) che permette di ottenere la numerosità campionaria sufficiente a garantire la precisione delle stime del dettaglio territoriale.

Figura 7. Stili di vita: confronto tra le regioni/province autonome aderenti al Network – S. Anna di Pisa 2022



INDICATORE: Promozione stili di vita sani (PASSI 2021-2022)

Il valore dei singoli indicatori è disponibile dalla rilevazione PASSI dell'Istituto superiore di sanità (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso 29/8/2023), 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 ■ **27,4%**
- % persone obese consigliate dal medico o altro operatore sanit. di perdere peso ■ **80,5%**
- % persone sovrappeso consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare più attività fisica ■ **40,4%**
- % bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno ■ **5,9%**
- % fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare ■ **44,9%**

Valutazione PASSI:

- Peggior del valore nazionale
- Simile al valore nazionale
- Migliore del valore nazionale

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Anche nel 2022 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 rafforzata grazie al contributo di professionisti provenienti sia dai Servizi del Dipartimento di prevenzione, 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, articolazione funzionale della U.O. di Igiene e Sanità Pubblica, si occupa della presa in carico dei soggetti risultati positivi a Sars-Cov-2 e dei loro contatti stretti, limitatamente alla 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. Il processo di gestione dei casi e dei contatti coinvolge più componenti tra loro interconnesse, strutture e professionisti interni ed esterni all'azienda. Un elemento indispensabile per gestire i casi e i contatti, è stato il sistema informatico gestionale, che ha 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.

Nel corso del 2022 sono stati aggiornate le modalità e le tempistiche di isolamento/quarantena secondo le indicazioni Ministeriali susseguitesi nei mesi. Nel complesso, nel corso del 2022 sono stati gestiti (tra casi e contatti) 203.181 persone (dato estratto dal portale Covid).

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.

Il 27 dicembre 2021 è stata offerta la vaccinazione anche ai bambini al di sotto dei 5 anni e, dal 23 settembre 2022, è stata introdotta la somministrazione di una quarta dose alle categorie a rischio già previste in precedenza e anche a tutte le persone dai 12 anni in su a condizione che abbiano regolarmente effettuato il ciclo vaccinale primario più la dose booster; oppure ricevuto due dosi di vaccino e poi avuto un tampone positivo prima di effettuare la terza dose booster; oppure effettuato il ciclo primario, la dose booster e poi hanno contratto il Covid (dopo almeno 120 giorni dalla data del tampone positivo).

Nel corso del 2022 sono state somministrate in provincia di Trento 285.956 dosi di vaccino secondo quanto indicato in tabella 3.

Tabella 3. Dosi di vaccino contro SARS-CoV-2, per numero di dose. 1 gennaio 2022 – 31 dicembre 2022

Numero di dose	Frequenza
Prima	19.192
Seconda	36.374
Terza	170.245
Quarta	62.895
Quinta	2.450

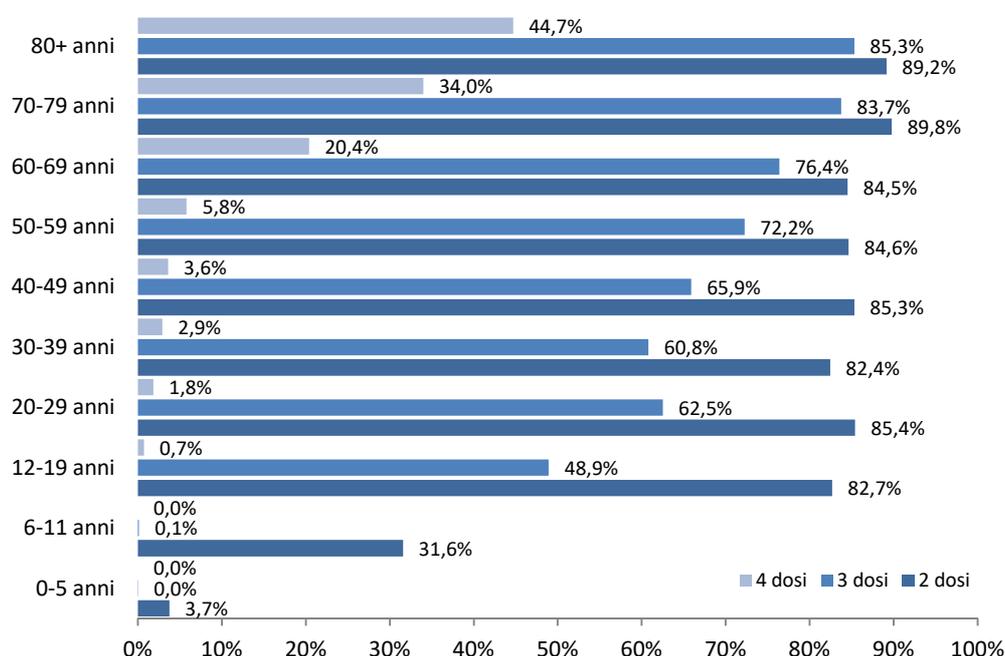
I residenti in provincia di Trento che a fine 2022 hanno effettuato la terza dose sono 337.603 per una copertura pari al 62,3%. 61.140 anziani di almeno 70 anni hanno effettuato la 4 dose con una copertura del 38,6% (tabella 4).

Tabella 4. Persone residenti in provincia di Trento per numero di dose al 31.12 2022⁸

Numero dosi	Vaccinati	Popolazione residente (al 01.01.2023)	Copertura vaccinale (%)
2 dosi	424.918	542.050	78,4%
3 dosi	337.603	542.050	62,3%
4 dosi	61.140	542.050	11,3%
4 dosi (over 70 anni)	36.066	93.521	38,6%
5 dosi	2.418	542.050	0,4%

A partire dai 12 anni le coperture delle prime due dosi superano l'80% e sfiorano il 90% per le persone di 70 anni e più. Le coperture della terza dose sono inferiori al 70% nella popolazione giovane (sotto i 50 anni) e quelle della quarta dose hanno una certa consistenza solo a partire dai 60 anni senza tuttavia raggiungere il 50% nemmeno per i grandi anziani (80 anni e oltre - figura 8).

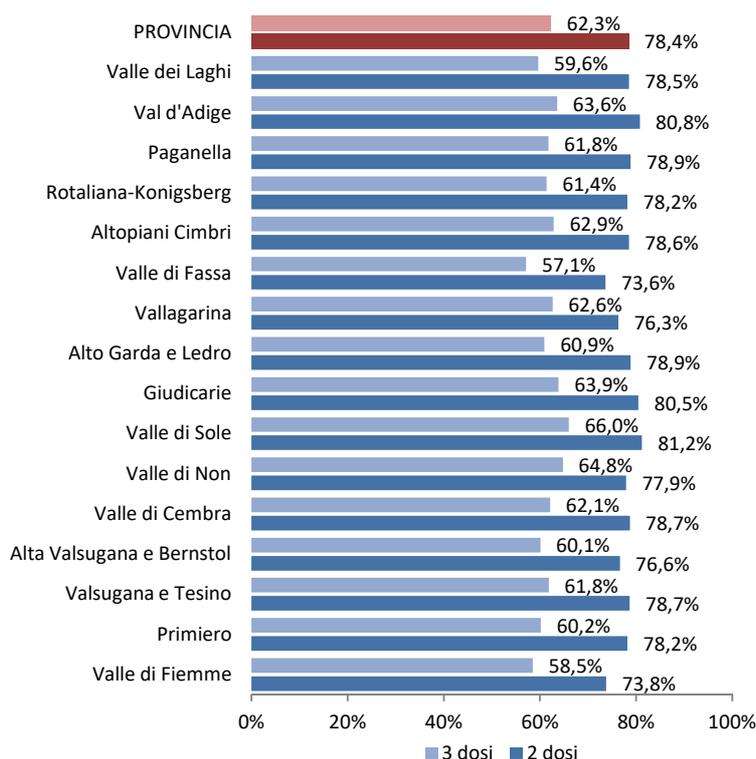
Figura 8. Copertura vaccinale dei residenti in provincia di Trento per dose e età al 31 dicembre 2022



La distribuzione territoriale della copertura vaccinale mostra una relativa omogeneità seppur con le eccezioni della Valle di Fassa e la Valle di Fiemme che continuano ad avere coperture inferiori a quella media provinciale (figura 9).

⁸ Le coperture vaccinali sono calcolate sulla popolazione residente in provincia di Trento al primo gennaio 2023 (fonte ISTAT: <https://demo.istat.it/>; ultimo accesso 18.9.2023)

Figura 9. Copertura vaccinale dei residenti in provincia di Trento per dose e Comunità di Valle al 31 dicembre 2022⁹



COPERTURE VACCINALI

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

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

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

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

INDICATORE: B7 Valutazione di performance della copertura vaccinale

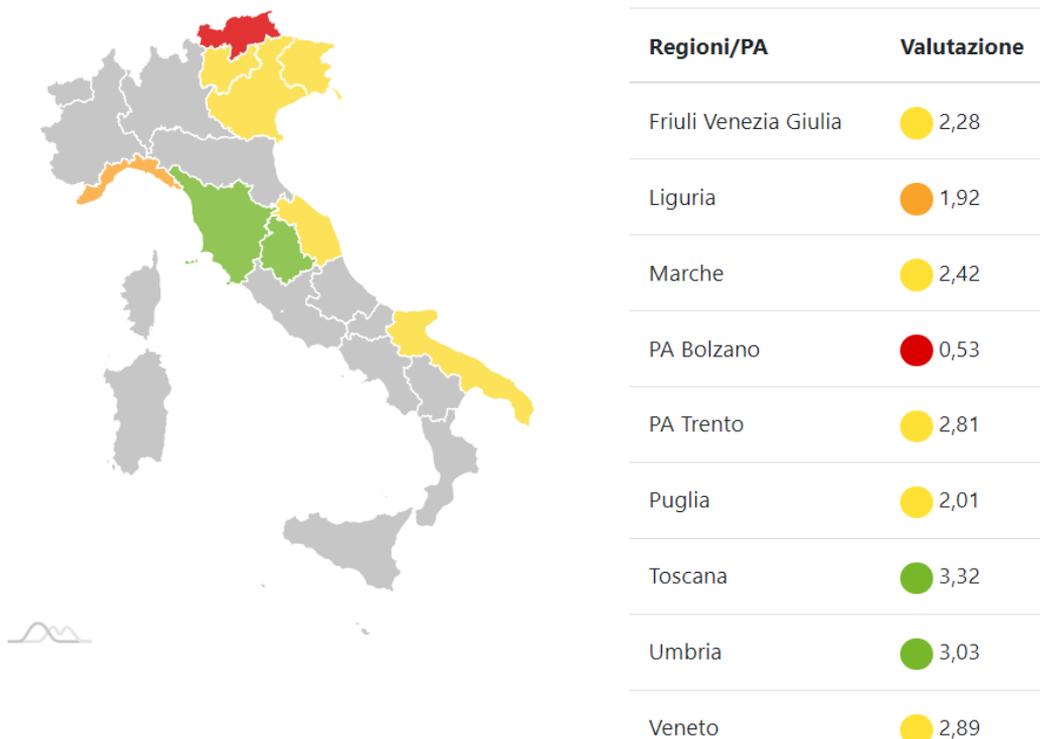
- B7.1 Copertura vaccinale MPR **95,1%**
- B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani **55,8%**
- B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) **63,9%**
- B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari **34,3%**
- B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico **88,5%**
- B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico **91,2%**
- B7.7 Copertura vaccinale esavalente **95,2%**
- B7.8 Copertura vaccinale varicella **94,5%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2022 la PAT ottiene una valutazione di performance media (2.81), in miglioramento rispetto al 2021 (2.69).

⁹ Popolazione residente per Comunità di Valle al 31.12.2023

http://www.statistica.provincia.tn.it/binary/pat_statistica_new/popolazione/Popolazione1_1_2023DatiProvvisori.1683188390.pdf

Figura 10. Copertura vaccinale: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2022



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 5). 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. Per l'anno 2022 i dati relativi a campioni ed ispezioni si attestano ai livelli dell'anno precedente.

Tabella 5. Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Nr. DIA, Classificazione/Registrazione Deliberazione Giunta Provinciale P.A.T. N. 480	22	7	19	7
Nr. Ispezioni	68	20	30	31
Nr. Campioni	130	61	86	84
Nr. Prescrizioni a seguito di non conformità	19	8	37	2
Nr. Pareri tecnico discrezionale ai sensi art. 20 del DPR 380/01	8	2	3	7

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 6); è stata prodotta una reportistica specifica sulla qualità delle acque balneabili della Provincia di Trento. Nel corso del 2022 i campionamenti sono stati svolti come da programma.

Tabella 6. Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Nr. Campioni di routine	283	266	265	254
Nr. Campioni suppletivi (per fuori limite)	0	3	0	0
Nr. Campioni tossicità alghe e sorveglianza (esame micro.)	115	118	118	106
Nr. Profili acque di balneazione	22	1	0	0

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

Le mansioni svolte nell'ambito di tale programma prevedono:

- 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 7. Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita non confinato

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Commissioni, riunioni e gruppi di lavoro su problematiche ambientali	3	2	2	4
Pareri su impianti trattamento rifiuti (Discariche, CRM, CRZ, imp. di compostaggio)	2	1	2	0
Pareri su impianti trattamento rifiuti (richiesta APPA)	2	1	2	1
Siti contaminati - Pareri su progetti di intervento per la bonifica di siti contaminati	9	6	5	1
Siti contaminati - Pareri analisi del rischio	3	5	4	1
Siti contaminati - Pareri su progetto operativo bonifica	6	0	1	1
Pratiche per la VIA (proc. VIA, Proc di screening, pareri, RIA)	2	30	12	37

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 2019-2022 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.

Tabella 8. Tutela della popolazione dal rischio amianto

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Amianto – sopralluoghi per verifiche e campionamenti	5	24	28	36
Amianto – attribuzione Indice di degrado per le coperture in cemento amianto	5	24	28	36

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 2021 e 2022 sono state indette 2 sessioni di esami, nel 2020 solo una a causa delle restrizioni correlate alla pandemia da Sars-Cov-2 (tabella 9)

Tabella 9. Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Numero sessioni d'esame per l'abilitazione all'impiego di gas tossici	2	1	2	2
Numero di abilitazioni rilasciate – rinnovate	68	64	74	46

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.

L'attività, ridotta nel 2020 a causa delle limitazioni conseguenti alla pandemia da Sars-Cov-2, ha avuto una ripresa nel 2021; nel corso del 2022 l'attività svolta si attesta ai livelli dell'anno precedente.

Tabella 10. Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Stabilimenti Termali - Nr. Campioni (controlli ufficiali)	95	28	48	44
Stabilimenti Termali - Nr. Campioni Microbiologici	95	28	48	44
Stabilimenti Termali - Nr. Campioni Chimici	80	24	48	40
Stabilimenti Termali - Nr. Richieste interventi e pareri acque minerali termali	8	1	2	5

Sorveglianza acque potabili

Le mansioni svolte nell'ambito di tale programma prevedono:

- 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 11. Sorveglianza acque potabili

Programma/prestazione	2020	2021	2022
Acque Potabili - Nr. Ispezioni impianti di captazione	49	74	64
Acque Potabili - Ispezioni impianti captazione – acquedotti	46	67	59
Acqua Potabili - Nr. Campioni	911	1176	1092
Acqua Potabili - Nr. Campioni (controlli ufficiali)	862	1058	1016
Acque Potabili - Nr. Pareri su impianti/acquedotti richiesti da enti pubblici e privati	2	1	1
Acque Potabili - Nr. Giudizio qualità e idoneità d'uso (art. 4)	6	7	10
Acque Potabili - Nr. Parere rinnovo/rilascio concessioni acque potabili	11	8	4
Acque Potabili - Nr. Pareri/comunicazioni Servizi PAT	8	8	8
Acque Potabili - Nr. Verifiche PAC (delibera nr. 1111 del 01/06/12)	4	2	0
Acque Potabili - Nr. Pareri/comunicazioni - Adeguamento opere alle previsioni del FIA	5	0	1
Acque Superficiali - Nr. Ispezioni impianti captazione - Nr. Acquedotti	3	7	5
Acque Superficiali - Nr. Controlli Potabilità	73	74	79
Acque Potabili - Nr. Campioni ricerca Fitosanitari	11	11	11
Acque Potabili - Nr. Campioni ricerca Radon + alfa e beta (Chim.)	281 + 238	221 + 253	243+243
Acque Potabili - Nr. Campioni ricerca PFAS	4	58	49
Acque Potabili - Nr. Campioni per rinnovo concessioni	39	64	44

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. Nel corso del 2022 si evidenzia un netto calo delle prestazioni eseguite presso le strutture extra-aziendali.

Tabella 12. Attività del nucleo disinfestatori

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi (totale)	1109	995	1071	695
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi nelle scuole	108	84	78	32
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi nelle strutture APSS	419	362	417	281
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi in strutture pubbliche	286	316	339	201
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi nelle RSA/cura	290	225	233	181
Disinfezione/disinfestazione - Nr. Interventi in strutture private	6	8	4	0

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 13. Sorveglianza e prevenzione della malattia del legionario

Programma/prestazione	2019	2020	2021	2022
Nr. Indagini ambientali	99	95	117	125
Nr. Campioni per la legionella Ospedali	118	131	158	154
Nr. Campioni per la legionella Strutture Ricettive	153	54	128	176

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.

Rispetto al precedente rapporto la popolazione residente in Trentino al 1° gennaio 2023 ammonta a 542.050 persone, con un aumento assoluto rispetto al 1° gennaio 2022 di 1.092 unità, equivalente ad un incremento relativo del 2,02 per mille, ma sostanzialmente invariata rispetto al 2021.

I dati del mercato del lavoro del 2021 (ultimo dato disponibile da ISPAT) mostrano una significativa ripresa dopo il difficile periodo legato all'emergenza sanitaria. Nell'anno si osserva una crescita degli occupati (+1,5%, pari a circa 3.500 unità) che si associa ad una riduzione dei disoccupati (-11,1%, 1.500 unità) e degli inattivi in età lavorativa (-1,6%, 1.684 unità).

Le forze di lavoro crescono e migliorano i tassi caratteristici del mercato del lavoro: sono 249mila, circa 2.000 unità in più rispetto all'anno precedente (+0,8%), e sono composte da 136mila uomini e 113mila donne.

Gli occupati nella classe di età 15-89 anni sono aumentati rispetto all'anno precedente e si attestano a poco più di 237mila unità: 130mila uomini e 107mila donne, con un'incidenza di queste ultime pari al 45,1%. In termini assoluti si rileva una crescita rispetto all'anno precedente per gli uomini di circa 1.900 unità e per le donne di circa 1.600 unità. La crescita percentuale è pari all'1,5% ed è analoga per entrambi i generi.

In agricoltura risultano occupate nel corso del 2021 circa 10mila persone (il 4,4% del totale); nel secondario circa 61mila persone (25,7%) di cui 45mila nell'industria in senso stretto (19,1%) e 16mila nel settore delle costruzioni (6,6%).

Nel settore dei servizi trovano occupazione circa 166mila persone (69,9%), di cui poco più di 26mila nel settore del commercio, alberghi e ristoranti (11,1%).

Gli occupati alle dipendenze sono 193mila e rappresentano l'81,2% dell'occupazione complessiva. Le donne scontano maggiormente il deterioramento della qualità del lavoro degli ultimi 10 anni. Infatti, si osserva una maggior quota di occupate ed istruite, con lavori precari, con bassa paga e in part-time involontario. L'incidenza della componente giovane fra gli occupati, cioè delle classi fino ai 44 anni, si va progressivamente riducendo mentre la componente adulta sta aumentando, in linea con l'invecchiamento della popolazione.

I NEET (giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni che non sono né occupati né inseriti in un percorso di istruzione o di formazione rispetto alla popolazione nella stessa classe di età) incidono in Trentino nel 2021 per il 17,6%, in aumento rispetto ai dati del 2020 (14,7%). L'incidenza di questi giovani assume in Trentino un valore significativamente inferiore rispetto al dato nazionale (23,1%) ma superiore alle quote rilevate in Europa (13,1%).

Al 31 dicembre del 2022 (dati CCIAA) al Registro camerale risultavano iscritte 46.812 imprese attive su 51.005 registrate. Rispetto all'anno precedente le imprese attive hanno evidenziato un calo di 74 unità (-0,2%), mentre le registrate sono diminuite di 178 (-0,3%). Il settore con il maggior numero di imprese attive si conferma essere l'agricoltura con 11.814 unità (il 25,2% del totale delle imprese). Seguono il commercio con 7.566 unità (il 16,2%), le costruzioni con 6.956 (il 14,9%), i servizi alle imprese con 6.946 (il 14,8%), il turismo con 4.619 (il 9,9%), il comparto manifatturiero con 3.938 (l'8,4%), gli altri settori con 2.770 (il 5,9%), i trasporti e le spedizioni con 1.210 (il 2,6%) e le assicurazioni e il credito con 968 (il 2,1%). Tra i sei settori più rilevanti in termini numerici, i servizi alle imprese hanno evidenziato, negli ultimi dieci anni, un significativo incremento (+25,0%). Anche il turismo ha sperimentato una buona crescita, seppur più contenuta (+4,6%). Altri ambiti di attività hanno invece segnalato un ridimensionamento della platea di imprese, in particolare il commercio (-12,1%), le costruzioni (-10,2%), il comparto manifatturiero (-6,1%) e l'agricoltura (-4,9%). Se si considerano le forme giuridiche, le imprese individuali, con 27.992 unità, continuano a rappresentare l'assetto aziendale più diffuso. Seguono le società di capitale, con 11.942 unità, le società di persone, con 10.041, e le altre forme (soprattutto cooperative), con 1.030. Nel 2022, solo le società di capitale hanno registrato un aumento sull'anno precedente (+2,6%). Sono diminuite invece dello 0,6% le imprese individuali, dell'1,6% le società di persone e dell'11,7% le altre forme organizzative. Al termine del 2022 le imprese artigiane, iscritte nell'apposito Albo gestito dall'Ente camerale, risultavano essere 12.321, con un aumento di 10 unità rispetto all'anno precedente. Sempre alla fine dell'anno scorso, le imprese femminili registrate contavano 9.417 unità, pari al 18,5% del totale (-0,2% sul dato dell'anno precedente); le imprese guidate da titolari stranieri 4.099 unità, pari all'8,0% (+0,5% rispetto al 2021), mentre le imprese giovanili 4.867 unità, corrispondenti al 9,5% del dato complessivo (+4,1%).

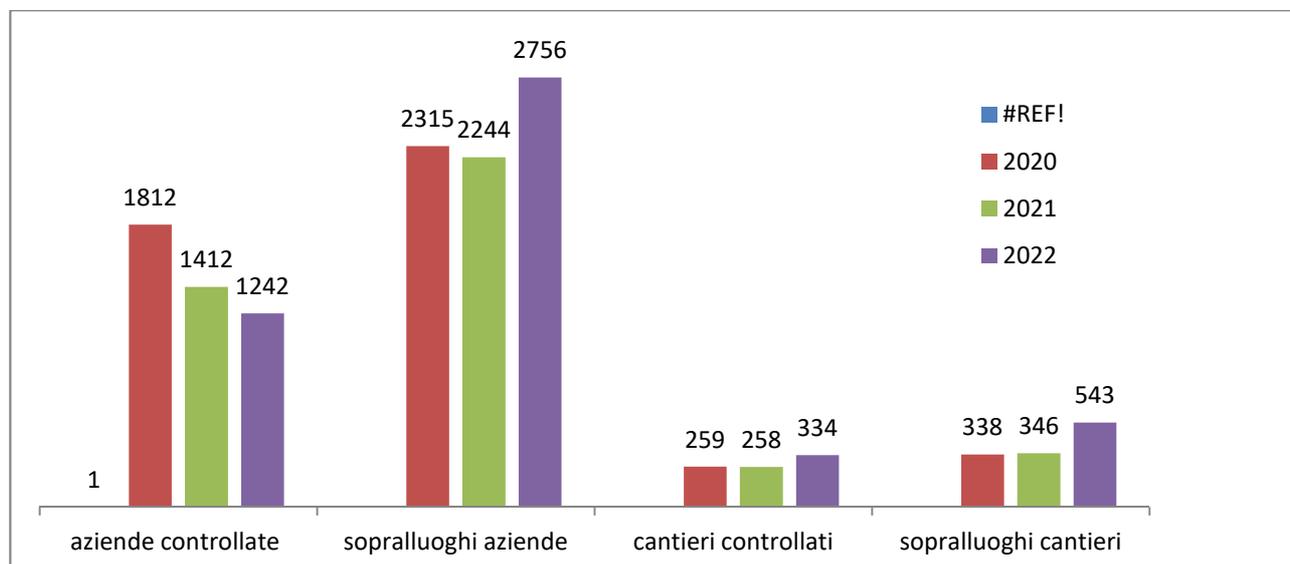
Per quanto riguarda **la copertura dei controlli**, gli obiettivi degli stessi sono fissati da Piani Nazionali e Piani Provinciali, con riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza. Negli anni recenti, l'obiettivo dei controlli è stato assunto dalle regioni a seguito del "Patto per la tutela della 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..

L'UOPSAL negli ultimi anni ha garantito il numero di controlli con percentuali prossime al target dell'obiettivo LEA anche se in particolare nell'ambito dell'edilizia abbiamo assistito, nel '21 e '22, ad un incremento esponenziale delle notifiche preliminari (da 6 a più di 10mila) sulle quali viene estratta la percentuale dei cantieri a rischio grave sui quali effettuare il controllo. Ciò è d'altra parte coinciso con la ripresa economica accompagnata anche dalle opportunità di accedere ai bonus statali che hanno inevitabilmente incentivato l'attività di risanamento e ristrutturazione. Nel corso dell'anno è stata comunque tenuta alta l'attenzione nei confronti dei cantieri ad altro rischio anche se, altre attività, pur a rischio più contenuto, hanno anch'esse certamente contribuito all'incidenza infortunistica. Rimane costante la percentuale di distribuzione dell'attività di

vigilanza mantenendo maggior attenzione al comparto edile e agroforestale. Più variabile la quota di controlli in altri settori, in quanto risentono in buona parte dell'attività di inchiesta conseguente ad infortuni lavorativi e malattie professionali, oltre che degli interventi reattivi su segnalazione o denuncia. Tuttavia si sta anche avviando un progetto specifico nell'ambito del piano di prevenzione provinciale dedicato trasversalmente al rischio all'uso di macchine e attrezzature.

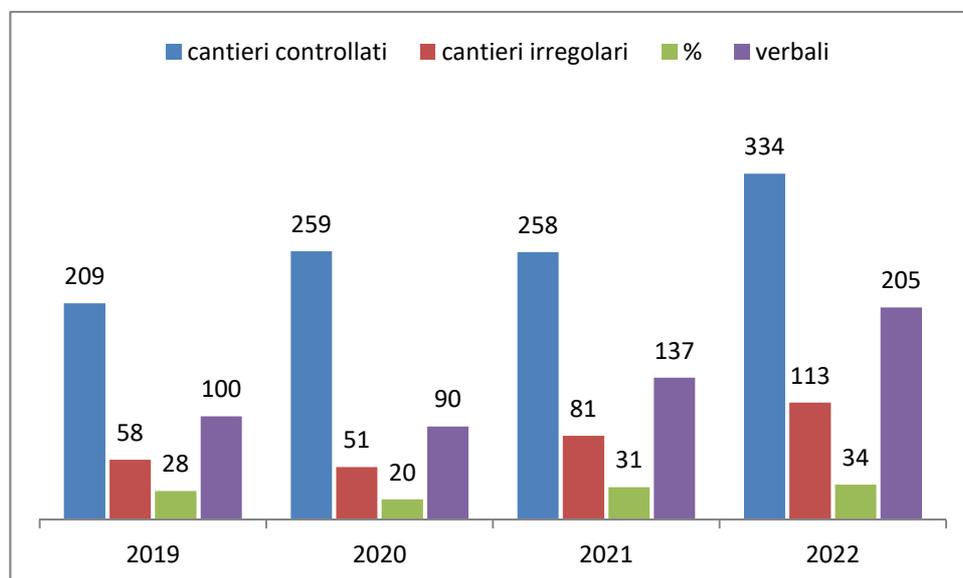
Figura 11. Aziende e cantieri controllati anni 2020-2022



Per quanto riguarda invece l'**attività di vigilanza** l'attività nel 2022 è stata sostanzialmente caratterizzata da un avvicinamento alla normalità dopo la situazione emergenziale che ha caratterizzato gli ultimi anni.

Si rimarca anche per il 2022 una maggior attenzione ai controlli nei cantieri è anche confermata dai numeri con 334 cantieri controllati con un incremento di quasi il 30%. Come dato di interesse si evidenzia anche come l'attività prescrittiva sia stata significativa con un 10% in più rispetto al 2021 dei cantieri controllati.

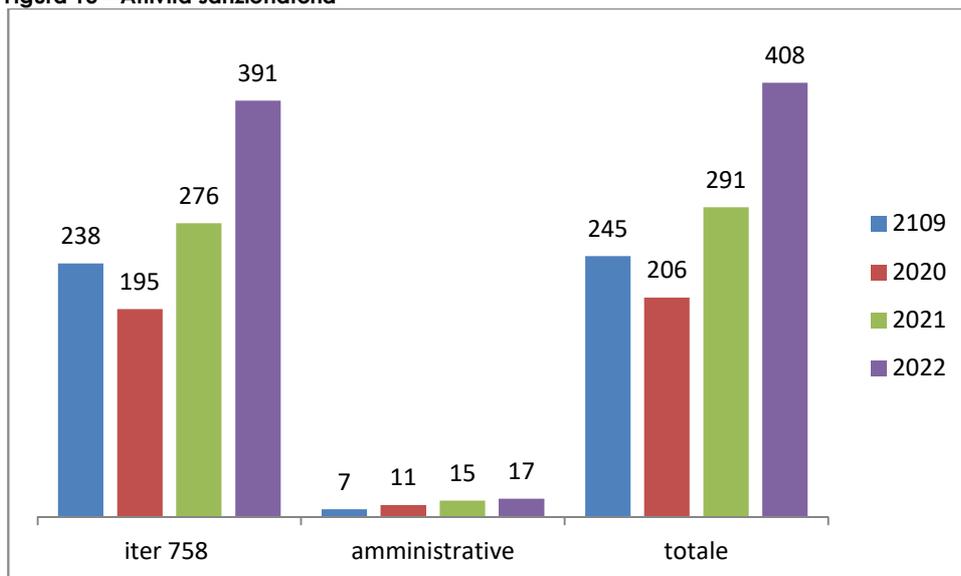
Figura 12. Vigilanza Cantieri anni 2019-2022



Continua nel 2022 l'incremento dell'attività di controllo in agricoltura con un numero di sopralluoghi aumentato del 30% (162 vs 124).

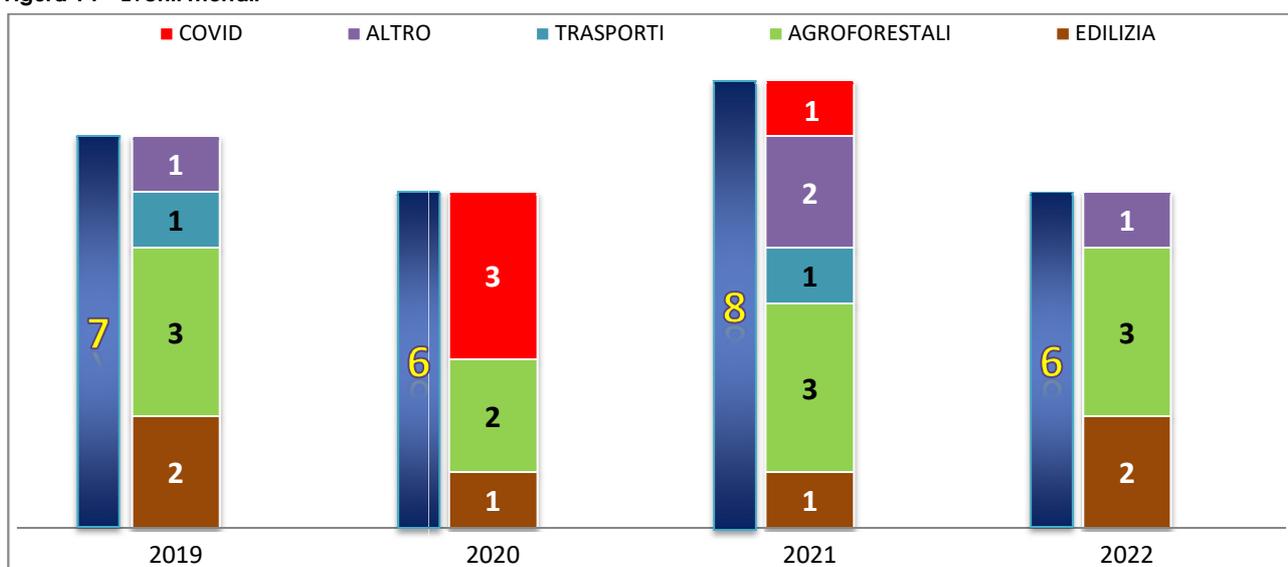
L'attività prescrittiva nel complesso (n. verbali elevati) ha subito un forte incremento (40%), dato che fa riflettere e che deve essere studiato per capirne la corretta interpretazione: se da una parte infatti può essere letto come dato di attività positivo dall'altra riflette un livello delle misure di sicurezza applicate che evidentemente esprime qualche preoccupazione. Bisognerà comunque considerare il trend anche del prossimo anno per poter avanzare delle considerazioni definitive.

Figura 13 – Attività sanzionatoria



Come affermato nel precedente Bilancio di Missione l'analisi del fenomeno infortunistico veniva rimandata al confronto con i dati relativi al 2022 per esprimere una fotografia che risentisse meno dell'effetto pandemico. Nonostante la preoccupazione espressa, il fenomeno degli eventi mortali mostra nel quadriennio una sostanziale stabilità il che non è comunque un dato rassicurante considerato che anche un solo lavoratore morto per lavoro rappresenta una sconfitta per tutto il sistema della prevenzione. Certamente confortante sembra invece essere l'andamento del 2023 che, pur ancora non concluso, da un confronto con lo stesso periodo del 22, mostra un sostanziale contenimento.

Figura 14 – Eventi mortali



Per le malattie professionali si nota un leggero incremento ma anche in questo caso il dato 2023 potrà essere utile per fare delle considerazioni più definitive.

L'attività sanitaria di UOPSAL dipende ovviamente dalla domanda e quindi risulta un dato di attività sul quale evidentemente non possiamo incidere. È di rilievo tuttavia che in costante aumento è l'attività di ricorso contro il giudizio di idoneità che, oltre ad interpretare un fenomeno sociale che vede il lavoratore sempre più in difficoltà rispetto ai compiti richiesti dalle mansioni, potrà prevedere in futuro un sempre maggior impegno di risorse da parte del servizio.

Per quanto riguarda il personale tecnico, pur a fronte di una situazione locale abbastanza soddisfacente, si evidenzia una situazione di carenza comune a livello nazionale rispetto a standard che sono in corso di definizione. Si ritiene invece ancora sofferente la parte di competenza medica e/o specialistica necessaria ad affrontare più efficacemente le sfide future della medicina del lavoro che si dovrà sempre più occupare di fattori di rischio diretta espressione del cambiamento della nostra società e del mondo del lavoro. In particolare si sottolinea la carenza di figure professionali che abbiano maggior competenza sugli aspetti di rischio organizzativo stress lavoro correlato, ergonomico e chimico/cancerogeno.

Nel complesso, le condizioni di sicurezza sul lavoro in Trentino appaiono confortanti con una apparente sempre più consapevole aderenza al rispetto delle normative favorita, come già peraltro evidenziato, da una crescita della cultura della sicurezza nelle imprese e nei lavoratori, cultura che tuttavia dovrà continuamente essere sollecitata per riuscire a completare il percorso di cambiamento stabile e definitivo.

Si ribadisce in tal senso il ruolo dei 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 e che nel prossimo futuro troveranno terreno sfidante anche in altri settori e realtà lavorative.

INDICATORE: Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) ■ **1,99**

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 ■ **1,74**

F15.2.1 N. aziende ispezionate/ N. aziende con dipendenti ■ **5,77%**

F15.2.3 N. cantieri ispezionati/ N. cantieri notificati ■ **2,84 %**

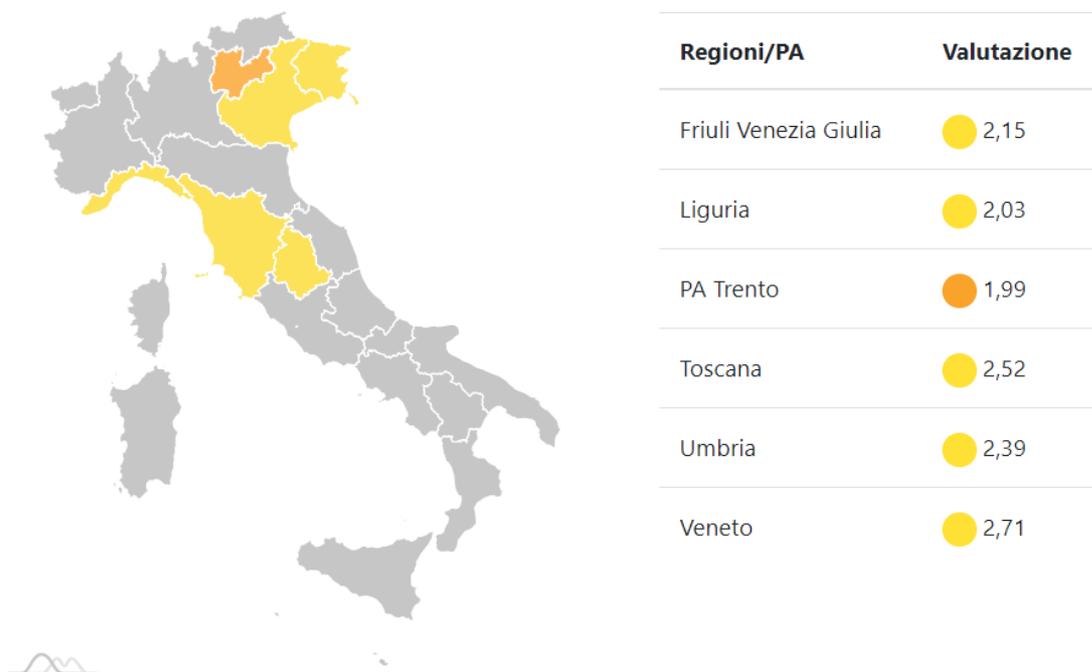
F15.3 Efficienza produttiva ■ **2,24**

F15.3.1 N. aziende ispezionate/ N. personale UPG SPSAL ■ **38,81%**

F15.3.2 N. sopralluoghi / N. personale UPG SPSAL ■ **86,06%**

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

Figura 15. Sicurezza sul lavoro: confronto fra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2022



SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA

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

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

Si riportano alcuni indicatori che sintetizzano le attività svolte:

Tabella 14

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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	1.868
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	15.887
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	19.618
Attestazioni sanitarie per le movimentazioni degli animali da reddito rilasciate	4.903	5.860	5.435	5.331	5.502	4.936	4.383	4.500
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	827
Numero di gatti di colonia sterilizzati	468	469	711	641	694	557	762	733
Numero di episodi di morsicatura da parte di animali d'affezione controllati	384	379	445	505	479	313	385	323
Numero interventi su segnalazione per animali selvatici	225	182	204	213	198	195	313	196

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

Obiettivi principali sono quelli previsti dal livello essenziale di assistenza Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori, che mette al centro il concetto "dal campo alla tavola", 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, 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 ad 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, per quanto riguarda specificamente le seguenti attività di controllo:

- registrazioni/riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente,
- sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti,
- sorveglianza sulla presenza dei residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti, OGM negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli,
- controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari compreso il controllo dei residui,
- controllo su MOCA (Materiali e oggetti a contatto con alimenti),
- gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e gestione emergenza,
- Ispettorato micologico,
- sorveglianza acque potabili,
- Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari: controlli e campionamenti nei luoghi di produzione e /o somministrazione degli alimenti a rischio.

Si riportano alcuni indicatori che sintetizzano le attività svolte:

INDICATORE: Controlli ufficiali e tutela degli alimenti non di origine animale

Questo gruppo di indicatori monitora la tutela degli alimenti di origine non animale, garantita dal Servizio Igiene degli alimenti :

- attraverso lo svolgimento delle azioni finalizzate all'emissione del certificato di esportazione;
- attraverso l'attuazione del piano dipartimentale per la sicurezza alimentare e la programmazione operativa dei controlli ufficiali (ispezioni) eseguiti dal Servizio Igiene degli alimenti presso le imprese alimentari con riconoscimento ex reg. (CE) 852/2004 (numero di ispezioni eseguite negli stabilimenti registrati/ riconosciuti in attuazione del programma di attività).

Tabella 15. Controlli ufficiali e tutela degli alimenti

	2019	2020	2021	2022
Numero registrazioni stabilimenti	378	301	356	359
Numero certificati di esportazione	512	348	558	717
Numero ispezioni presso stabilimenti	1.198	1.290	1.179	1.612
Numero ispezioni presso imprese agricole	62	59	67	81
Numero audit presso imprese alimentari	5	-	1	9
Numero campioni di alimenti effettuati	525	730	525	782
Numero campioni acque potabili	1.524	1.774	1.594	1.706
Numero consulenze micologiche effettuate	143	131	71	140
Numero gestione allerte	40	33	42	81

L'esito delle attività ha portato ai seguenti esiti.

Le imprese alimentari con relazione di controllo con almeno una non conformità sono state 86 ed hanno dato luogo a:

- 19 sanzioni amministrative;
- 85 provvedimenti prescrittivi ed 1 sospensione di attività.

La capacità di intervento dell'U.O. ISP nel 2022 si aggira attorno 13,8% del totale delle imprese alimentari registrate, con l'esclusione dei produttori primari. Rispetto al 2021 la copertura è aumentata di circa di 1,9%.

Nel corso dell'attività ispettiva sono stati privilegiati controlli mirati alla valutazione della gestione dei processi delle imprese alimentari più che alla mera verifica del requisito in quanto tale. Si è cercato di osservare l'applicazione delle buone norme di prassi igienica, il corretto impiego degli utensili, delle attrezzature e dei piani di lavoro, la corretta manipolazione, cottura e conservazione degli alimenti e la loro etichettatura/informazione al consumatore. Particolare attenzione è stata posta al sistema di rintracciabilità dei prodotti alimentari e alla formazione degli operatori.

La finalità di tali interventi è stata quella di contribuire ad abbassare costantemente il rischio di contaminazione dei prodotti alimentari, a garanzia di sicurezza e salubrità, intervenendo, laddove necessario, con la richiesta di azioni correttive concordate nei tempi e nelle modalità, a seconda delle priorità, con gli Operatori del Settore Alimentare.

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 16. Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<u>Comestibilità delle carni</u> Indicatore: numero capi macellati sottoposti a visita ante e post-mortem 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%)	92.533 (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%)	183 (99%)
<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%)	840 (145%)

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 a numeratore gli Istituti scolastici (di diverso ordine e grado in funzione del progetto) che hanno aderito alla proposta di educazione alla salute dell'Azienda sanitaria e al denominatore tutti gli Istituti scolastici del territorio provinciale.

Tabella 17. Numero degli istituti aderenti sul totale degli istituti target, per progetto che coinvolge le classi

	Anno Scolastico		
	2020-21	2021-22	2022-23
In punta di piedi sul pianeta	25(47%)	25(47%)	27 (49%)
Educhiamo affettività e sessualità	50 (85%)	50 (85%)	52 (87%)
Conoscere il consultorio	42 (78%)	43 (80%)	46 (84%)
Primo soccorso	49(93%)	49(93%)	52 (97%)

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

INDICATORE: dirigenti scolastici, docenti e personale non docente che partecipano ad attività di formazione e sensibilizzazione organizzata da APSS in collaborazione con IPRASE

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

Tabella 18. Numero partecipanti (dirigenti e docenti) agli interventi di formazione - PAT - anno 2022-2023

	<i>Il diabete a scuola Webinar</i>	<i>Gestione della malattia a scuola Webinar</i>	<i>Prevenzione DCA Webinar</i>	<i>Promuovere stili di vita sostenibili Webinar</i>	<i>Su con la schiena* In presenza</i>	Totale insegnanti formati
TOTALE	115	107	90	92	-	404

* Non attivato per mancato raggiungimento numero iscrizioni minime (minimo 10 partecipanti)

I progetti offerti dalla APSS si basano sui principi di equità, inclusione, partecipazione e sostenibilità criteri fondamentali per una Scuola promotrice di salute, cioè reso possibile attraverso alleanze sia interne fra i vari Servizi dell'azienda sanitaria, che collaborano attivamente, sia con tutte le istituzioni scolastiche del territorio trentino che creano una rete per favorire l'empowerment della collettività.

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.

Nel 2022, anche secondo programmazione inserita nel Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025, che vede un programma di attività dedicato agli screening oncologici, sono stati conclusi i lavori per coniugare le strategie di vaccino-profilassi HPV al percorso di screening per il tumore della cervice uterina, per aumentare alle Donne di 45-74 anni l'offerta di screening mammografico.

Screening per il tumore del colon-retto: l'invito della popolazione (Donne e Uomini di 50-69 anni) non ha subito variazioni di attività del 2022. Nel 2022 sono state invitate circa 68.900 persone. L'adesione ha iniziato a mostrare una lieve ripresa dopo la riduzione sperimentata nel periodo pandemico.

Screening per il tumore della cervice uterina: l'invito al primo livello delle donne, di età compresa tra 25 e 64 anni ha tenuto conto dell'integrazione tra le strategie di prevenzione primaria e quelle di prevenzione secondaria: le donne, nate nel 1997, se risultate vaccinate con almeno due dosi anti-HPV entro il 15esimo anno, sono state invitate a partecipare allo screening a partire dal 30esimo anno direttamente con HPV test. Nel 2022 sono state invitate 23.825 Donne. L'adesione non ha subito variazioni rispetto negative.

Screening per il tumore della mammella: il programma ha mantenuto una accelerazione negli inviti per tutto il 2022, riuscendo a concludere l'anno solare senza ulteriori ritardi rispetto al programmato. Il pieno recupero è avvenuto nella prima metà del 2022. A partire da agosto 2022 sono state invitate a screening mammografico anche le donne in fascia di età 70-74 anni. Nel 2022 sono state invitate 44.001 donne (50-74 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 50-74 anni; colon-retto donne e uomini di 50-69 anni. La diffusione dei programmi di screening organizzati è indice dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica territoriale. Lo standard atteso (come da Piano Nazionale e Provinciale di Prevenzione) è di essere oltre il 90% per tutti i programmi. Nell'anno 2022 sono stati recuperati gli ultimi ritardi nello screening mammografico dovuti alla sospensione degli screening oncologici nella prima fase pandemica.

Tabella 19. ESTENSIONE dell'invito al programma di screening

	2018 (annuale)	2019 (annuale)	2020 con sospensione Marzo-Maggio (annuale)	2021 con recupero (annuale)	2022 (annuale)
Cervice uterina	100,5%	99,6%	98%	102%	98%
Mammella	94,4%	100,7%	40%	134%	100%
Colon retto	106%	110,9%	87%	127%	110%

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 20. ADESIONE ai programmi di screening

	2018	2019	2020	2021	2022
Cervice uterina	61,7%	62,4%	61,3%	62,6%	69,0%
Mammella	83,9%	80,2%	80,0%	78,7%	82,5%
Colon-Retto	56,2%	49,5%	51,5%	48,0%	49,5%

INDICATORE: Valutazione di performance degli screening oncologici ■ 4,57

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 ■ 4,57

B5.1 Screening mammografico ■ 5,00

B5.1.1 Estensione screening mammografico ■ 111,00 %

B5.1.2 Adesione screening mammografico ■ 85,57 %

B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina 101,22

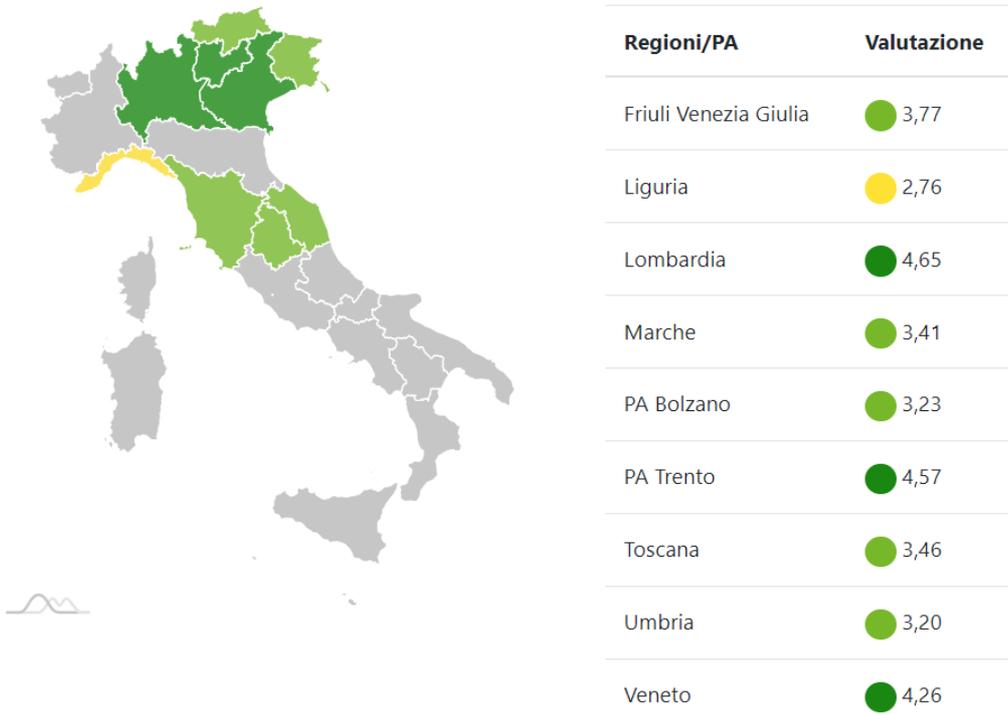
B5.3 Screening coloretale ■ 3,71

B5.3.1 Estensione screening coloretale ■ 119,20 %

B5.3.2 Adesione screening coloretale ■ 49,11 %

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2022 APSS ottiene una valutazione di performance ottima (4,57), confermandosi la migliore realtà del network.

Figura 16. Screening oncologici: confronto tra le regioni/PA aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2022



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 2022 è stato impostato per dare continuità ai processi fondamentali dell'integrazione socio-sanitaria, ed è stato parzialmente caratterizzato anche per l'anno 2022 dalla pandemia Covid. Si dà di seguito evidenza di alcune attività realizzate nel corso dell'anno:

- avvio in fase sperimentale dei Centri demenze in due RSA della Provincia, come previsto nel Piano provinciale demenze. Il progetto propone la revisione del modello di Nucleo per persone con demenze gravi e disturbi del comportamento in RSA, per migliorare l'assistenza complessiva attraverso la riorganizzazione di queste aree di cura, ed è finalizzato ad una presa in carico più specialistica della casistica presente nelle RSA con la possibilità di essere punto di riferimento temporaneo anche per il livello territoriale extrasistemico. La fase sperimentale coinvolge le RSA di Pinzolo e di S. Bartolomeo di Trento, due equipe CDCD (CDCD U.O. Cure primarie di Trento e CDCD U.O. Medicina Tione) e le due UVM dei territori di competenza;
- 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), in parte effettuata in modalità a distanza;
- gestione del processo di valutazione ed erogazione dell'assegno di cura, anch'esso in parte effettuato in modalità a distanza;
- ripristino progressivo delle attività sociosanitarie quali i Servizi di assistenza domiciliare per pazienti in ADI e ADI CP e ADPD, i Centri diurni per anziani, i Centri residenziali e semiresidenziali nelle modalità ordinarie precedenti alla pandemia;
- proseguimento dei percorsi informativi e formativi a supporto dei caregivers (progetto Curainsieme) e delle collaborazioni con le Comunità di Valle per la progettazione e lo sviluppo di attività di sensibilizzazione sul tema delle demenze; proseguimento dei progetti di cohousing in ambito psichiatrico e degli accordi di collaborazione nell'ambito della residenzialità leggera (cosiddette Canoniche aperte), avvio di modalità organizzative sperimentali di raccordo fra funzioni sociali e socio sanitarie finalizzate ad attivare progettualità personalizzate a favore di disabili psico-fisici;
- prosecuzione della fase sperimentale di Spazio Argento nei tre territori coinvolti (Comunità delle Giudicarie, Comune di Trento, Comunità del Primiero) e, a seguito della definizione delle linee di indirizzo per la costituzione di Spazio Argento su tutto il territorio provinciale, costituzione del Tavolo tecnico provinciale che vede la partecipazione di APSS nelle figure del Direttore per l'integrazione socio-sanitaria e dei tre Direttori dei Distretti e costituzione delle cabine di regia territoriali con la partecipazione dei rappresentanti del Dipartimento trasmurale anziani e longevità e del Dipartimento Cure primarie.

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

Attività del Punto Unico di Accesso (PUA)

Nel 2022 le persone valutate nei PUA sono state 3.722 mentre le valutazioni complessive sono state 4.038 poiché alcune persone sono state valutate più di una volta nel corso dell'anno. Le persone valutate sono donne nel 61% dei casi.

Tabella 21. Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2020-2022. Fonte: Qlik AI@nte PUA

PUA	2020		2021		2022	
	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni
PUA Andalo	1	1	6	6	2	2
PUA Borgo Valsugana	186	220	252	273	263	297
PUA Cavalese	151	172	165	174	73	76
PUA Cembra	62	64	97	100	103	103
PUA Cles	191	201	265	273	206	206
PUA Folgaria	20	21	19	20	40	42
PUA Malè	54	54	63	63	49	49
PUA Mezzolombardo	261	274	253	262	290	295
PUA Pergine	456	505	551	630	580	656
PUA Pozza di Fassa	31	34	28	30	40	41
PUA Riva del Garda	292	299	345	346	201	202
PUA Rovereto	447	492	577	605	634	689
PUA Tione	220	240	9	9	5	6
PUA Tonadico	118	140	136	150	132	152
PUA Trento	885	1.011	1.116	1.204	1.077	1.192
PUA Vezzano	36	38	14	14	27	30
Totale	3.411	3.766	3.896	4.159	3.722	4.038

Anche nell'anno 2022 la prima tipologia di azione intrapresa è stata l'attivazione UVM; ciò significa che nell'80,5% dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso di valutazione UVM. Le richieste di attivazione UVM hanno riguardato nel 91,4% 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 22. Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2020- 2022. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (NB: su una stessa pratica possono esse indicate più azioni intraprese)	2020	2021	2022
Attivazione UVM	2.933	3.422	3.192
Informazioni/Orientamento	392	355	312
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare	132	145	137
Attivazione Servizio Sociale	70	82	40
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSAO	2	3	0
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	12	7	11
Attivazione Psichiatria	7	9	4
Proposta nomina amministratore di sostegno	9	4	7
Attivazione risorse informali	10	5	4
Altro	150	89	84

Attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare

UVM Area Anziani

Nel 2022 le persone over 65 valutate in UVM sono state 3.696 mentre le valutazioni complessive sono state 4.296 poiché alcune persone sono state valutate più di una volta nel corso dell'anno.

Tabella 23. Numero utenti valutati e numero valutazioni anno 2020 - 2022. Fonte: Qlik Atl@nte

UVM	2020		2021		2022	
	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni	Totale utenti	Totale valutazioni
UVM Alto Garda e Ledro	274	333	327	379	341	423
UVM Borgo Valsugana	206	247	238	261	227	256
UVM Cembra (ex Lavis)	48	60	73	80	76	82
UVM Cles	182	201	234	255	240	276
UVM Fassa	69	77	60	64	78	86
UVM Fiemme	136	161	171	189	165	191
UVM Giudicarie e Rendena	225	261	241	293	280	367
UVM Malè	74	86	99	114	91	108
UVM Mezzolombardo	152	180	204	239	214	239
UVM Pergine	257	298	316	349	341	385
UVM Tonadico	100	117	113	121	114	132
UVM Trento	697	797	868	932	968	1.102
UVM Vallagarina	419	484	495	522	561	649
Totale	2.839	3.302	3.439	3.798	3.696	4.296

Nell'analisi dei progetti assistenziali proposti indicati nella tabella seguente 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 24. Esito UVM - codifica progetto assistenziale proposto area anziani anni 2020 – 2022. Fonte: Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale (*)	2020	2021	2022
Accoglienza in residenza (RSA)	2.142	2.399	2.677
Accoglienza Temporanea in RSA (posti di sollievo)	650	967	1.611
Accoglienza in residenza a sede ospedaliera (RSAO) (**)	305	39	==
Assistenza domiciliare (ADI, ADICP, ADInf, SAD in ADI-ADICP...)	495	399	356
Centro Diurno Anziani	295	460	572
Altro (altri interventi, ADPD, ...)	134	105	107
Intervento Servizio Sociale	5	4	7

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

(**) Dal 2021 le RSAO non sono più previste dalle Direttive Provinciali.

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 2022.

Tabella 25. Numero utenti valutati in UVM anno 2022. Fonte: Qlik Atl@nte

UVM	Età Evolutiva		Disabilità		Salute Mentale Adulti		Dipendenze *	
	Totale utenti	Totale valut.	Totale utenti	Totale valut.	Totale utenti	Totale valut.	Totale utenti	Totale valut.
UVM Alto Garda e Ledro	8	12	8	9	9	11	0	0
UVM Borgo Valsugana	4	6	19	24	1	1	0	0
UVM Cembra (ex Lavis)	0	0	0	0	5	5	0	0
UVM Cles	7	10	3	3	3	3	0	0
UVM Fassa	0	0	4	4	2	2	0	0
UVM Fiemme	3	5	0	0	3	4	0	0
UVM Giudicarie	5	5	2	2	11	14	0	0
UVM Malè	1	1	0	0	4	4	0	0
UVM Mezzolombardo	3	4	5	5	5	6	0	0
UVM Pergine	4	5	8	13	15	19	0	0
UVM Tonadico	0	0	3	3	4	6	0	0
UVM Trento	14	16	127	131	36	37	95	125
UVM Vallagarina	8	10	12	13	11	13	0	0
Totale	57	74	191	207	109	125	95	125

* Dipendenze gestite da UVM Trento con competenza multizonale

Tabella 26. Esito UVM- progetto assistenziale proposto area età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze anno 2020-2023. Fonte Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale *	2020	2021	2022
Strutture residenziali	153	258	286
Strutture semiresidenziali	18	37	119
Assistenza domiciliare (ADI, ecc.)	20	24	16
Accoglienza in residenza (RSA e RSAO**)	9	26	19
Accoglienza Temporanea in RSA (posti di sollievo)	4	5	6
Progetto di vita indipendente	19	17	17
Progetto NPI	9	6	2
Intervento Servizio Sociale	8	10	8
Intervento Alcologia	0	3	1
Altro	81	90	59

* Per la stessa persona possono essere proposti più progetti assistenziali

** Dal 2021 le RSAO non sono più previste dalle Direttive Provinciali.

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.

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 2022 hanno beneficiato complessivamente del servizio SAD in ADI e in ADI Cure Palliative, Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza (ADPD) 918 persone. La tabella descrive le tipologie di servizi attivati.

Numero di utenti del servizio e numero di ore di assistenza erogate registrano un calo prevalentemente dovuto ai problemi di reperimento di personale OSS e di assistenza alla persona incontrati dalle Cooperative in maniera crescente dal periodo Covid in poi. In particolare in alcuni ambiti territoriali della Provincia il numero di ore di assistenza erogate è inferiore a quello previsto.

Tabella 27. Numero utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anni 2020 - 2022. Fonte: Atl@nte

Tipologia di servizio	Totale utenti 2020*	%	Totale utenti 2021*	%	Totale utenti 2022*	%
SAD ADI	299	29%	271	27%	221	24%
SAD ADICP	563	55%	567	58%	589	64%
ADPD	170	16%	145	15%	110	12%
Totale	1.032	100%	983	100%	920	100%

* Le persone con più tipologie di progetti SAD sono contate più volte

Figura 17. Distribuzione per genere utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2022. Fonte: Atl@nte

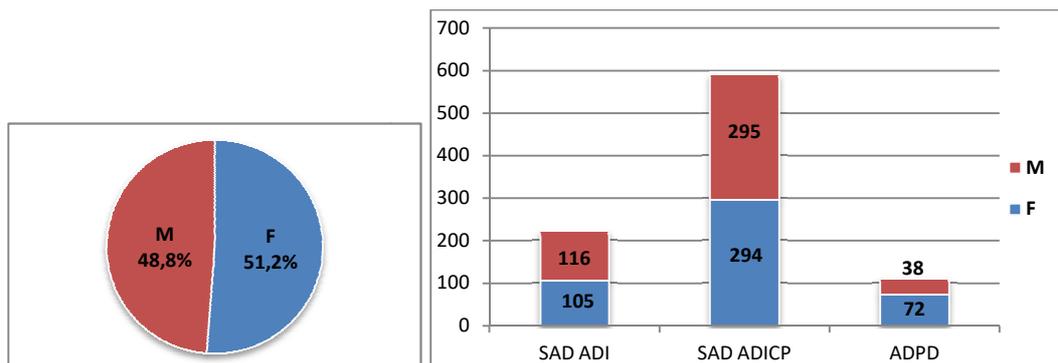
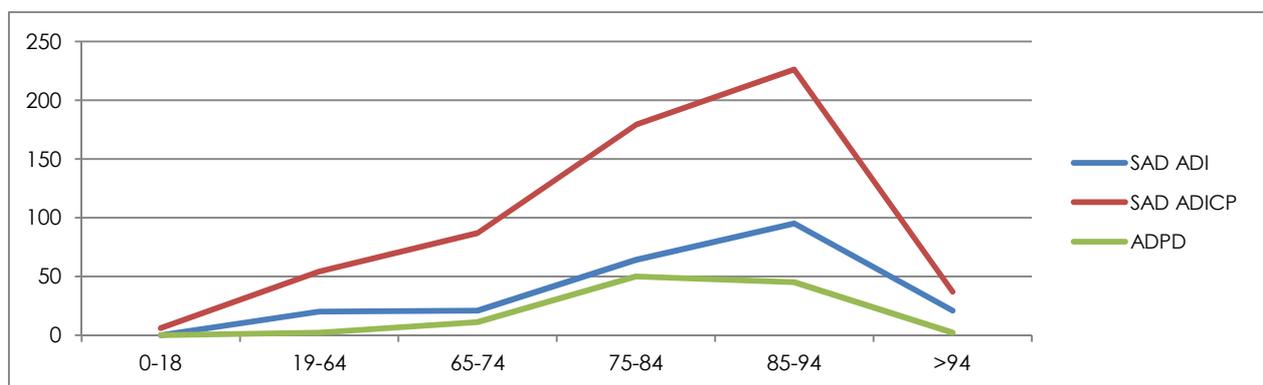


Figura 18. Distribuzione per classi d'età utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2022. Fonte: Atl@nte



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 85-94 anni nel 2022 è la più rappresentata (nel 2021 era 75-84 anni) con uno spostamento verso l'età più avanzata. 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 (72 su 110 persone totali).

Dimissioni protette a domicilio

Si tratta di una tipologia di assistenza domiciliare finalizzata a supportare i pazienti in dimissione dall'ospedale, eleggibili in piani ADI e ADICP a seguito del ricovero ospedaliero.

Nel 2022 il servizio di SAD in dimissione è stata erogato a 21 persone a cui sono state garantite 934 ore di assistenza. Si sottolinea che la necessaria collaborazione tra presidi ospedalieri e U.O. di cure primarie nell'individuazione dei pazienti cui proporre l'attivazione del servizio è stata ancora condizionata dalla pandemia limitando di fatto l'individuazione dei possibili pazienti in dimissione eleggibili per questa tipologia di servizio.

Centri diurni per anziani - appropriatezza di accesso al servizio

I Centri Diurni per anziani costituiscono un fondamentale servizio socio-sanitario, all'interno di una rete complessiva di servizi e di interventi, a sostegno del mantenimento al proprio domicilio delle persone parzialmente non autosufficienti e della tenuta della rete dei familiari e dei caregiver. Nel 2022 sono stati operativi:

- 22 centri diurni;
- 2 centri diurni Alzheimer;
- 7 servizi di accoglienza diurna presso le RSA (di cui uno specifico per persone con demenza) (PIC/PICA).

Nel 2022, nei Centri diurni sono state accolte 727 persone con un numero di utenti frequentanti che ritorna ad essere quello rilevato nel periodo pre-Covid; di queste il 51% hanno avuto una durata della presa in carico pari o inferiore a 12 mesi, mentre il 48,4% hanno avuto una durata di presa in carico superiore ai 12 mesi.

Il 64,6% dell'utenza complessiva è costituito da donne. Per quanto riguarda l'età, l'81,4% degli utenti ha più di 75 anni, e di questi il 52,5% ha un'età uguale o superiore a 85 anni. I dati confermano che la popolazione che frequenta i centri diurni è prevalentemente femminile e molto anziana. Anche per alcuni "grandi anziani" il servizio rappresenta un livello di offerta assistenziale a sostegno della domiciliarità (11 utenti hanno più di 95 anni).

Possono essere inseriti nei Centri Diurni e nei servizio di accoglienza diurna presso le RSA gli anziani con diversi gradi di non autosufficienza. I profili socio sanitari appropriati per l'inserimento sono indicati nelle direttive annuali della Giunta Provinciale, e fanno riferimento alla classificazione dei Profili nella Scheda di Valutazione Multidimensionale (SVM).

La percentuale degli utenti con profili indicati nelle direttive provinciali come appropriati per l'accesso ai centri diurni (profili n. 2, 3, 6, 7, 8), è pari al 81,3%, a cui va aggiunto un ulteriore 11,9% di utenti con profilo 1 - lucido, autonomo per il quale le direttive prevedono l'inserimento se la persona vive in un contesto con "grave e prolungato isolamento sociale e non è presente un Centro Servizi nel territorio di residenza". Complessivamente quindi la percentuale di utenti inseriti nei centri diurni anziani con profili indicati come appropriati è pari a 93,2%. Gli utenti con profili diversi da quelli indicati nelle direttive richiedono valutazioni individualizzate.

Dai dati emerge che il 56,4% degli utenti dei Centri diurni e dei posti di presa in carico diurna continuativa è stato valutato portatore di disturbo cognitivo (classificato confuso nel profilo SVM) e/o di problemi comportamentali, evidenziando quanto è presente il bisogno di una accoglienza diurna socializzante a supporto della permanenza a domicilio di anziani fragili.

Tabella 28. Profili relativi a utenti con servizio di centro diurno/PIC aperto nel 2022. Fonte: Atl@nte

Profilo utenti inseriti nel 2022	Nr.	%
01. Lucido, autonomo	34	11,9
02. Lucido, in parte dipendente	47	16,5
03. Lucido, deambulante assistito	35	12,3
04. Lucido, non deambulante ma autonomo	1	0,4
05. Lucido, gravemente dipendente	7	2,6
06. Confuso, deambulante, autonomo	42	14,7
07. Confuso, deambulante	70	24,5
08. Confuso, deambula, assistito	38	13,3
15. Confuso o stuporoso, dipendente, con elevata necessità di cure sanitarie	1	0,4
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	10	3,5
Totale	285	100

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

La percentuale degli utenti con servizio di Centro diurno Alzheimer e accoglienza diurna per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento con profili n. 6-7-8-16-17, indicati nelle direttive provinciali come appropriati raggiunge il 100%.

Tabella 29. Profili relativi a utenti con servizio di centro diurno Alzheimer/PICA aperto nel 2022. Fonte: Atl@nte

Profilo utenti inseriti nel 2022	Nr.	%
06. Confuso, deambulante, autonomo	11	31,4
07. Confuso, deambulante	5	14,3
08. Confuso, deambula, assistito	5	14,3
16. Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	14	40,0
Totale	35	100,0

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.

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) **129,74 per 100.000**

(25%) C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) **32,22 per 100.000**

(25%) C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) **19,04 per milione**

(25%) C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) **36,37 per 100.000**

Nelle figure 17, 18, 19 e 20 vengono confrontati con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa i tassi di ospedalizzazione della provincia di Trento del 2022.

Figura 19. C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2022



Figura 20. C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2022



Figura 21. C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni). Anno 2022



Figura 22. C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)



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):

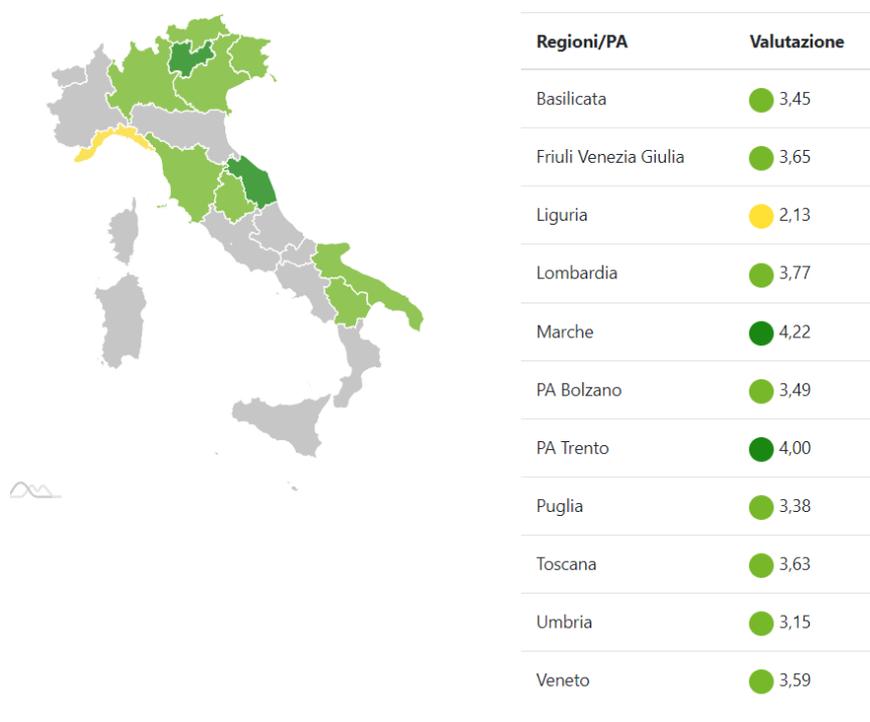
C7D Pediatria ■ 4,00

C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica ■ 14,25 per 1.000 ab./di e

C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica ■ 1,89 DDD per 1000

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2022 APSS risulta sopra la media del Network con una valutazione di performance ottima (4,00).

Figura 23. C7D Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica (Network - S. Anna di Pisa; anno 2022)



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

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i Paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardio-vascolari, osteoporosi e depressione. La Provincia di Trento (PAT), come evidenziato dai dati emersi dallo studio Passi, presenta una percentuale di persone sedentarie del 18,39% inferiore rispetto alla media nazionale. La percentuale di persone obese e in sovrappeso 35,47% risulta inferiore rispetto alla media italiana e tra le più basse del Network.

Figura 24. A10.1.1 Percentuale di sedentari – Anno 2022

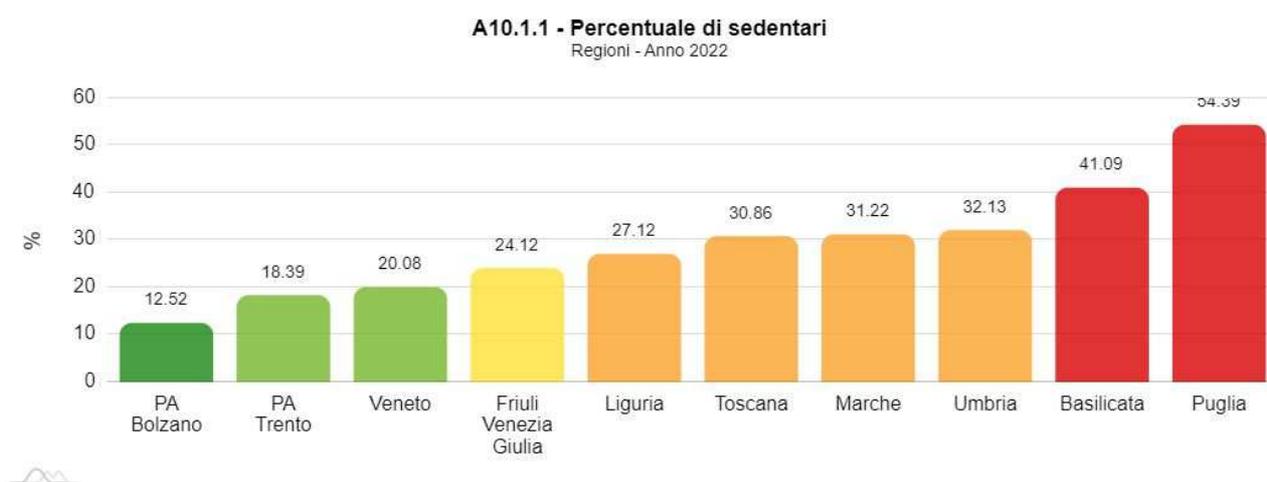


Figura 25. A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso – Anno 2022

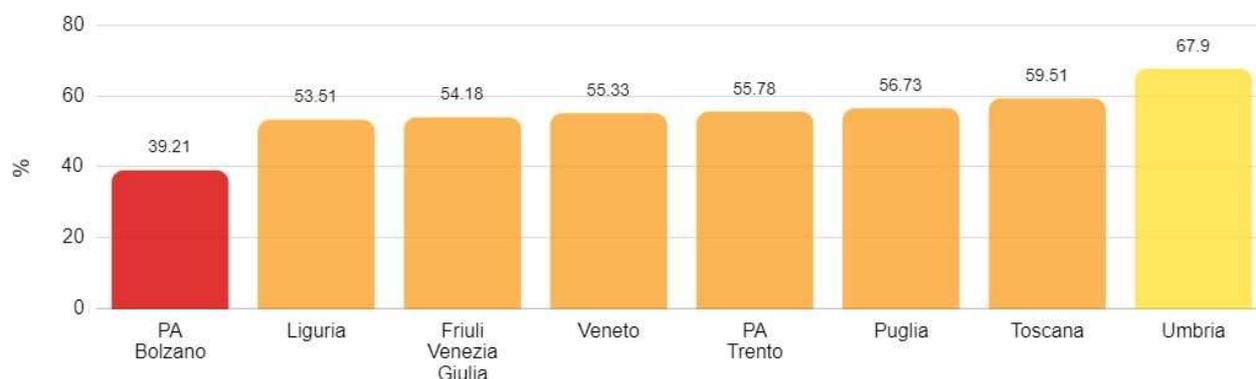


INDICATORE: Copertura vaccinazione antinfluenzale per gli anziani.

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 26. B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (> = 65 anni). Anno 2022



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

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

Il numero totale di ore di apertura del servizio è stato pari a 141.546.

Vista la progressiva difficoltà a reperire medici di CA per tutte le sedi, nel corso del 2022 si sono dovuti sospendere alcuni turni in diverse sedi che sono state vicariate.

Tabella 30. Servizio di continuità assistenziale: dati attività periodo 2019-2022

Anno	Ore apertura	Cons. Tel.	Interv. ambul.	Interv. dom.	tot. Interventi	Ricoveri prescritti	% dom/ tot.	% amb/ tot.	% tel./ tot.	% ric./ tot.
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
2022	141.546	40.333	52.232	5.816	106.775	6.834*	5,4	48,9	37,8	6,4

(*) Il totale comprende: disposto ricovero in ospedale n. 236; attivato Trentino emergenza 118 n. 874 e inviato al Pronto Soccorso n. 5.724 (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 adulti e pediatriche (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 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 27. Utenti in Carico 2022 (sono esclusi gli accessi occasionali)

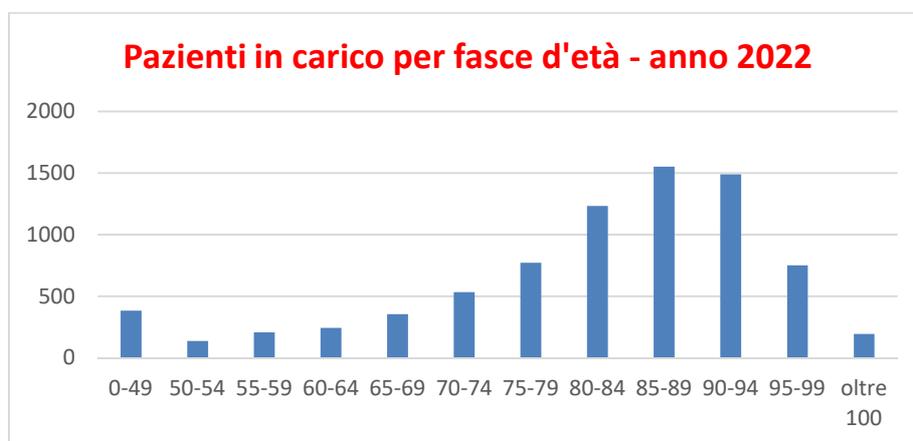
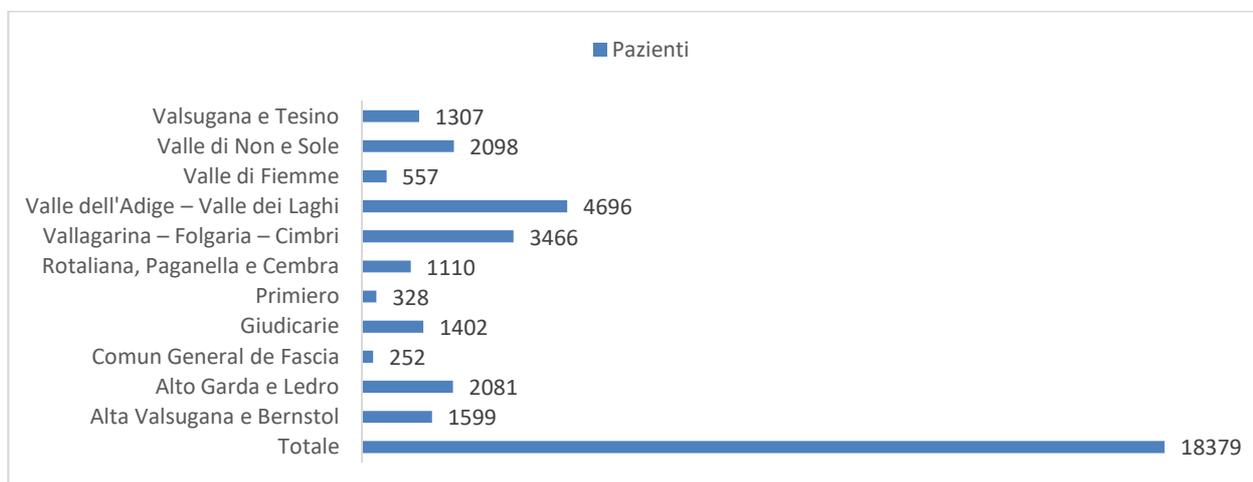


Figura 28. Persone che hanno ricevuto almeno un accesso a domicilio da parte dell'equipe delle cure domiciliari e palliative per ambito (il grafico rappresenta tutti gli accessi a domicilio, anche quelli di tipo occasionale)



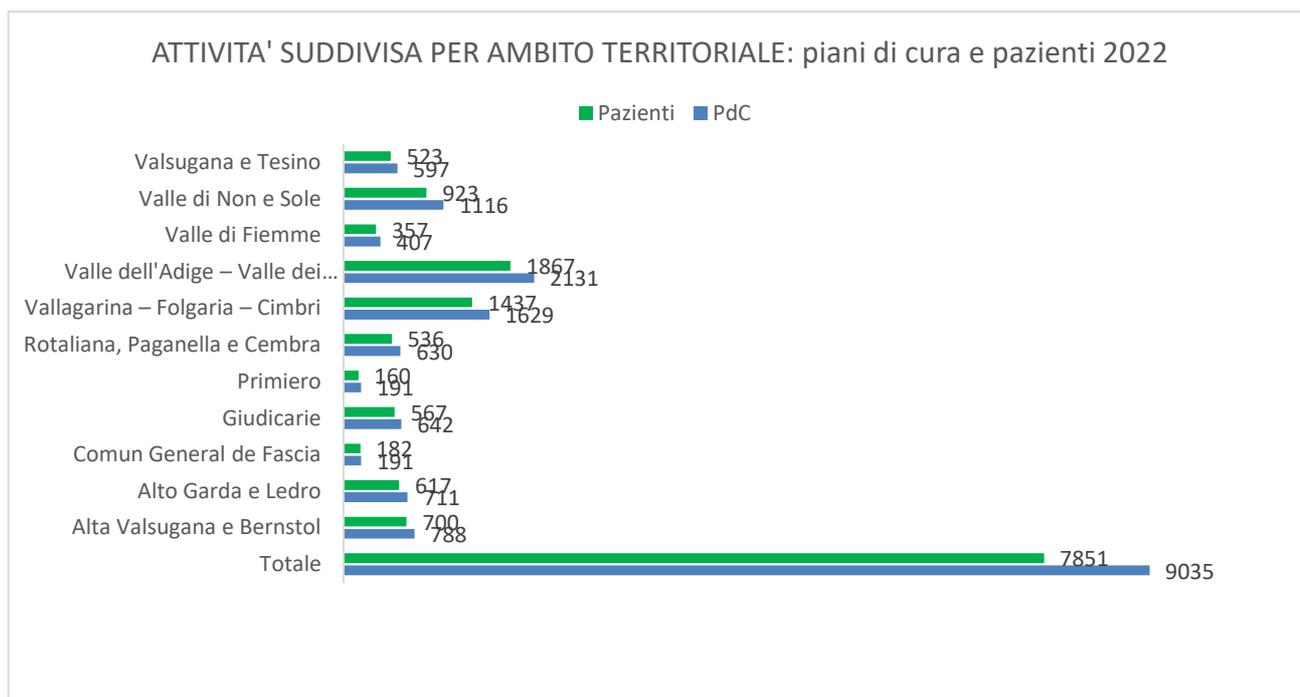
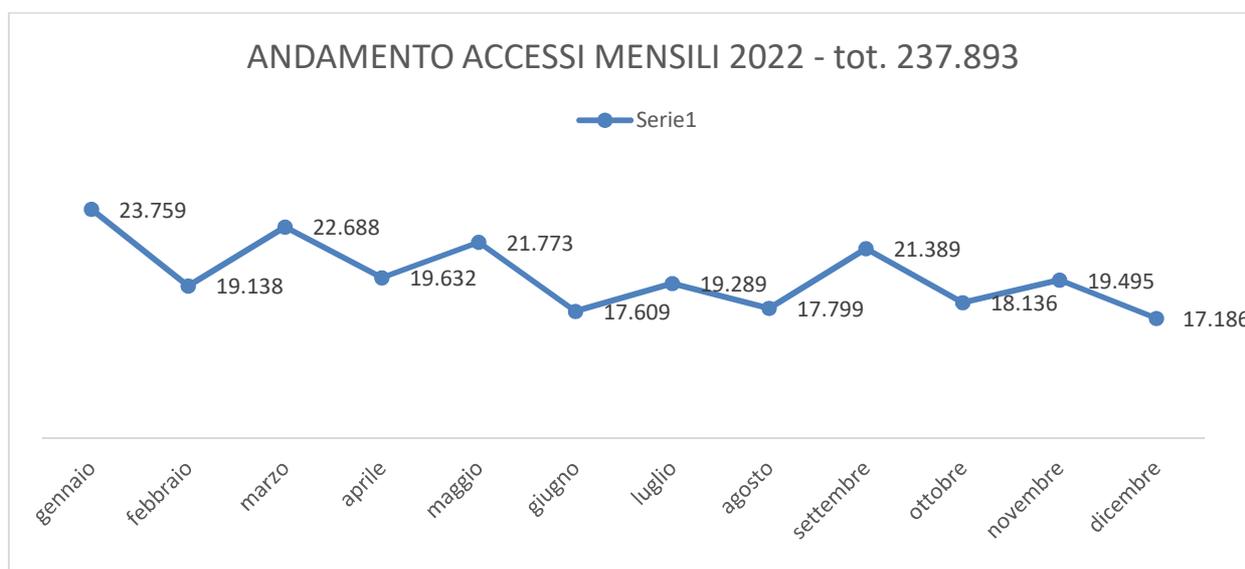


Figura 29 – Cure domiciliari per ambito territoriale

Figura 30. Trend mensile degli accessi mensili effettuati dai professionisti dell'equipe cure domiciliari e palliative.



A tali interventi vanno aggiunti 22.186 accessi domiciliari effettuati dai MMG/PLS per i pazienti assistiti in ADP, ADI, ADICP adulti e pediatriche.

SERVIZI CONSULTORIALI

I servizi consultoriali hanno 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) per il singolo, la coppia e la famiglia nel ciclo di vita della persona dalla adolescenza alla età post fertile. La peculiarità di cui si occupano è la promozione/mantenimento/recupero della salute con particolare riferimento alla sfera connessa alla sessualità e procreazione; gli interventi di cura sono stabiliti e definiti in percorsi assistenziali con approccio multidisciplinare. L'equipe di base dei consultori è composta da assistenti sociali, ginecologi, ostetriche e psicologhe, afferenti a diverse realtà gestionali.

L'accesso ai servizi consultoriali è garantito in modalità libera e diretta, le prestazioni sono gratuite. Non è richiesta la prescrizione medica. L'attività consultoriale è presente sul territorio provinciale dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle 8.00 alle 14.00 per 7 sedi consultoriali su 10, escluso Cles e Mezzolombardo ove è in programma l'implementazione della offerta alla utenza come per le altre sedi. Per quanto riguarda il consultorio di Primiero, il fabbisogno viene coperto dal lunedì al venerdì in orario di giornata. Per quanto riguarda invece il consultorio di Cavalese

l'afferenza gestionale di risorse umane e gestionale delle attività consultoriali non avviene in modo organizzato e distinto dalla sezione ospedaliera e non afferisce alla posizione organizzativa gestionale incaricata per i consultori APSS.

Nei Consultori sono presenti professionisti di area sociale, sanitaria e psicologica che operano in équipe. Le attività assistenziali di presa in carico e cura sono organizzate in percorsi che hanno come scopo la presa in carico della persona con un approccio psicosociosanitario e la proposta e condivisione con la utenza di percorsi di cura condivisi e consapevoli da applicare in modo uniforme ed equo nei territori di prossimità e per tutta la popolazione afferente ai servizi consultoriali.

Nello specifico sono rivolti e a copertura delle seguenti funzioni:

- educazione socio-affettiva e sessuale del singolo e della coppia;
- consulenze e orientamento alla contraccezione e benessere sessuale;
- controllo della fertilità e promozione della procreazione responsabile;
- percorso di accoglienza e accompagnamento della donna/coppia che affronta la gestione di una gravidanza indesiderata, con percorso di accompagnamento alla interruzione volontaria della gravidanza;
- visite ostetrico/ginecologiche previste dai lea consultoriali;
- percorso nascita ostetrica dedicata, continuità professionista dedicata per l'assistenza, sostegno e cura dall'inizio della gravidanza al termine del puerperio, inclusa l'offerta attiva di almeno una visita a domicilio dopo il rientro dall'ospedale;
- 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 e percorso conseguente per tematiche relazionali personali, di coppia, familiari e/o genitoriali;
- consulenza e percorso conseguente sociali (diritto di famiglia, difficoltà nella relazione di coppia, accompagnamento e sostegno in separazioni e divorzi);
- percorso di accoglienza, orientamento e accompagnamento alla donna in situazione di maltrattamento o violenza;
- progetto "Conoscere il Consultorio" per le scuole superiori, per assistenti sociali e ostetriche;
- progetto edu-chi-amo per scuole medie, per ostetriche;
- consulenza, assistenza, e orientamento alle richieste di contraccezione di emergenza;
- prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile e delle malattie sessualmente trasmesse;
- esecuzione dei prelievi per la campagna di screening HPV;
- accesso di almeno una visita domiciliare in puerperio (offerta attivamente al 100% delle donne residenti in provincia).

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

Dal 2022 i consultori afferiscono gerarchicamente come organizzazione aziendale al Dipartimento Transmurale ostetrico ginecologico.

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 tipologia di utenza, se non trova risposte in tempi ragionevoli, si rivolge altrove e ciò rappresenta una criticità per la capacità di agire per la promozione della salute e prevenzione rispetto a stili di vita salutari e comportamenti affettivi e sessuali sani e consapevoli. Nel periodo considerato è continuato l'investimento dei servizi consultoriali in azioni connesse alla prevenzione e individuazione precoce della violenza di genere.

Quindi, l'indicatore "numero di nuovi utenti" rappresenta un indice di risposta della struttura alla propria mission principale.

Tabella 31. Andamento n. nuovi utenti dei Consultori (anni 2019-2022)

	Borgo	Cavalese	Cles Malè	Primiero	Mezzolombardo	Pergine	Riva d. G.	Rovereto	Tione	Trento	Totale
2019	641	460	790	280	418	819	1002	1052	545	2.422	8.424
2020	720	528	679	213	391	657	823	1000	491	2.035	7.537
2021	745	576	683	268	438	667	865	1051	557	2.400	8.045
2022	758	499	630	224	379	662	937	1047	592	2.436	7.958

Il numero di nuovi utenti (nuova apertura cartella nel periodo considerato) segue un trend costante, seppur in misura variabile, per tutte le sedi consultoriali e in considerazione a variazioni di offerta dei servizi per motivi correlati alla presenza di risorse specialistiche.

Tabella 32. N. nuovi utenti di età 15 - 25 anni dei Consultori (anni 2019-2022)

Anno	Femmine	Maschi	Totale	Proporzione su totale nuovi utenti
2019	2.265	109	2.374	28,88%
2020	1.948	67	2.015	27,38%
2021	2.301	101	2.402	29,85%
2022	2.216	103	2.319	29,14%

Anche il numero di giovani nuovi utenti di età compresa tra 15-25 anni (nuova apertura cartella nel periodo considerato) segue un trend costante in misura variabile per tutte le sedi consultoriali, con una proporzione, complessivamente, del 29,14% sul totale dei nuovi utenti. Le azioni di potenziamento offerta a gruppi di adolescenti hanno lo scopo di promuovere attivamente il successivo accesso individuale della stessa classe di cittadinanza.

Al Consultorio di Trento, ove vi è la presenza dello specialista urologo, vengono inviati i giovani utenti 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 decodificarle 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.

Per tematiche inerenti la sessualità e area psicologica è in essere una collaborazione con consultorio privato accreditato UCIPEM.

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. 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, quando la sede consultoriale lo consente, avviene in Consultorio e viene programmato nel corso dell'anno scolastico, in coordinamento con il Servizio di educazione alla salute che ne trattiene la gestione e regia in accordo con 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 bisogno, 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. Ad oggi questa possibilità è garantita da 7 delle 10 sedi consultoriali.

Tabella 33. Adesione al Progetto Conoscere il Consultorio Anno Scolastico (periodo selezionato 01/09/22 - 30/06/23)

Sede Consultorio	N. Classi 2019/2020	N. Classi 2020/2021 *	N. Classi 2021/2022	N. Classi 2022/2023
BORGO VALSUGANA	5	19	13	9**
CAVALESE	n.d.	12	15	15
CLES con MALE'	13	18	23	21
FIERA DI PRIMIERO	5	6	5	4
MEZZOLOMBARDO	4	9	21	20
PERGINE VALSUGANA	12	3	13	15
RIVA DEL GARDA	18	33	29	29
ROVERETO	40	67	60	66
TIONE DI TRENTO	15	18	17	17
TRENTO	n.d.	75	87	87
Totale		260*	291	283

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

** sono stati raggruppati diversi gruppo classe

INDICATORE: Incontri di accompagnamento alla nascita

La partecipazione ai Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) determina un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita per rendere il parto un'esperienza emotivamente positiva. Molti studi, negli ultimi anni, dimostrano che le donne che frequentano i corsi di accompagnamento alla nascita presentano maggiori benefici in diversi ambiti rispetto alle gestanti che scelgono di non frequentarne. In particolare, l'indagine condotta su migliaia di donne in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità tra il 2008 e il 2011 ha dimostrato i seguenti benefici:

- minor rischio di ricorrere al taglio cesareo o a procedure operative durante il parto;
- minor ricorso all'uso di farmaci analgesici durante il travaglio;
- diminuzione del tasso di induzione;
- minor rischio di lacerazioni del perineo;

- percentuale maggiore di allattamento al seno già in sala parto e, successivamente, in modo esclusivo e per più tempo;
- minor rischio di vivere disagi emotivi dopo la nascita del proprio bambino;
- maggior consapevolezza sulla scelta del luogo del parto, sulle tecniche di contenimento del dolore durante il travaglio (l'uso dell'acqua, i massaggi, le posizioni libere) e sulla contraccezione dopo il parto.

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'analgisia 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.

L'offerta attiva di incontri di accompagnamento alla nascita per tutte le donne/coppie 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 34. Incontri pre-parto per sede consultoriale

Corsi Pre-Parto	N. Contatti 2020	N. Contatti 2021	N. Contatti 2022	N. Corsi 2020	N. Corsi 2021	N. Corsi 2022	Media Partecipanti 2020	Media Partecipanti 2021	Media Partecipanti 2022
BORGO VALSUGANA	79	113	115	9	11	12	7,21	8,10	7,47
CAVALESE	96	155	145	7	6	13	12,53	21,48	9,95
CLES/MALE'	165	214	184	16	13	16	7,00	14,11	17,30
FIERA DI PRIMIERO	41	42	50	5	5	6	7,03	7,89	6,60
MEZZOLOMBARDO	123	130	142	10	9	9	9,87	11,91	11,04
PERGINE VALSUGANA	183	202	210	11	12	12	12,59	13,93	12,43
RIVA DEL GARDA	203	166	193	13	12	17	12,79	10,70	7,53
ROVERETO	279	322	314	16	19	22	15,88	14,78	12,88
TIONE DI TRENTO	120	110	102	13	11	12	7,31	7,25	5,94
TRENTO	430	464	450	27	22	26*	12,54	15,98	12,94
Totale	1.719	1.918	1.905	127	120	145	11,16	12,91	9,96

*Per scelte di sede, sono stati offerti corsi per gruppi distinti e dedicati a pluripare

Tabella 35. Incontri post-parto per sede consultoriale

Corsi Post-Parto	N. Contatti 2020	N. Contatti 2021	N. Contatti 2022	N. Corsi 2020	N. Corsi 2021	N. Corsi 2022	Media Part 2020	Media Part2021	Media Part2022
BORGO VALSUGANA	31	62	81	7	11	11	4,56	5,15	5,95
CAVALESE	41	23	48	4	2	6	7,09	11,58	7,62
CLES/MALE'	74	99	108	11	12	15	6,00	9,00	6,18
FIERA DI PRIMIERO	12	21	33	2	6	5	6,60	3,57	5,23
MEZZOLOMBARDO	69	80	86	9	9	9	7,76	8,89	6,78
PERGINE VALSUGANA	26	62	87	2	7	8	7,33	8,86	10,21
RIVA DEL GARDA	73	78	110	10	10	15	7,30	7,80	6
ROVERETO	87	178	205	10	19	20	7,58	8,52	6,50
TIONE DI TRENTO	36	63	62	9	11	12	3,33	4,41	3,84
TRENTO	173	334	289	20	24	27	6,88	9,80	6,92
Totale	622	1.000	1.109	84	111	128	6,50	8,12	6,47

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 2022 è pari a 85,11%.

Tabella 36. Tasso di reclutamento provinciale nel Percorso nascita

TASSO DI RECLUTAMENTO PROVINCIALE	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	4.301	4.012	3.881	3.934	3.776	3.903	3.720
NUMERO DI PRIMI COLLOQUI	1.484	1.879	2.354	2.821	3.232	3.129	3.166
PERCENTUALE RECLUTAMENTO	34,50 %	46,83%	60,65%	71,70%	85,59%	80,20%	85,11%

Tabella 37. Tasso di reclutamento provinciale nel Percorso nascita per ambito territoriale

ANDAMENTO PERCENTUALE DI RECLUTAMENTO PER ANNO E AMBITO TERRITORIALE							
AMBITO TERRITORIALE PERCORSO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Val d' Adige e Valle dei Laghi	29,80%	38,52%	54,12%	64,30%	80,74%	80,99%	81,60%
Val Bagarini e Comunità Altopiani Cimbri	15,60%	39,60%	43,98%	54,13%	75,90%	62,36%	62,80%
Rotaliana, Paganella, Val di Sole e Val di Non	0% servizio non attivo	1,5% servizio attivato il 15/12/2017	34,54%	72,30%	83,13%	79,14%	85,30%
Comun General de Fascia, Alta Valsugana e Bersentol, Valsugana e Tesino, Val di Cembra, Primiero, Val di Fiemme	78,80%	70,59%	74,97%	82,00%	98,00%	93,94%	89,75%
Alto Garda Ledro, Giudicarie e Rendena	50,40%	71,77%	76,72%	85,25%	82,93%	88,00%	91,00%

Nel 2022 il tasso di reclutamento provinciale risulta riprendere l'andamento come nel 2020. Si ricorda come il Percorso Nascita-ostetrica dedicata sia stato una risorsa primaria nella gestione delle gravidanze durante il periodo pandemico dell'anno 2020, offrendo un percorso di presa in carico e accompagnamento nella fase in cui l'attività sanitaria ordinaria aveva subito uno stop forzato. In tale periodo il PN ha accolto utenti gravide, indipendentemente dall'epoca gestazionale e anche se seguite già da altri specialisti ginecologi libero professionisti o in ambulatori sospesi. 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 e quindi il dato del 2022 è da ritenersi particolarmente positivo e significativo.

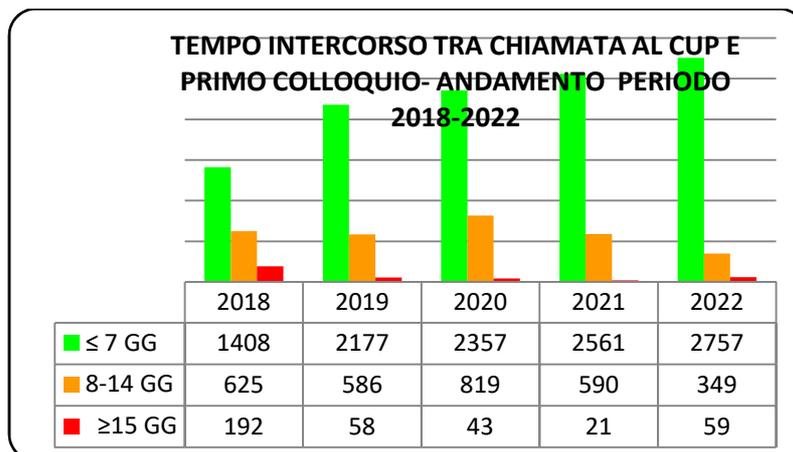
Il 100% delle richieste ha trovato disponibilità e tutte le domande sono state accolte, attivando eventuali posti aggiuntivi. È stata costantemente presidiata la gestione delle segnalazioni CUP, e i casi di attesa, per i primi colloqui, maggiore di 7 giorni si è provveduto ad una analisi del bisogno portando ad evidenza che il fenomeno è correlato a richieste specifiche da parte della utenza. 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.

Nel 2022 l'epoca gestazionale in cui le donne hanno sostenuto il primo colloquio per PN è risultata essere compresa tra le 6+1 e le 8+0 settimana nel 41,5% dei casi, seguita dall'età gestazionale ≤6 settimane nel 30,7% dei casi, dall'età gestazionale uguale o superiore alle 12+1 settimane nel 7% dei casi è compresa tra le 8+1 e le 10+0 settimane nel 15,6% dei casi. Il tempo

intercorso tra il primo contatto col CUP e l'effettivo primo colloquio con l'ostetrica dedicata è stato ≤ 7 giorni nell'87,1% della casistica; nel 11% dei casi è risultato essere compreso tra gli 8 e i 14 giorni, mentre nello 1,9% superiore alle 2 settimane, in questi casi il motivo è richiesta e scelta specifica della donna dopo colloquio informativo con la coordinatrice ostetrica. 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 trend è in miglioramento.

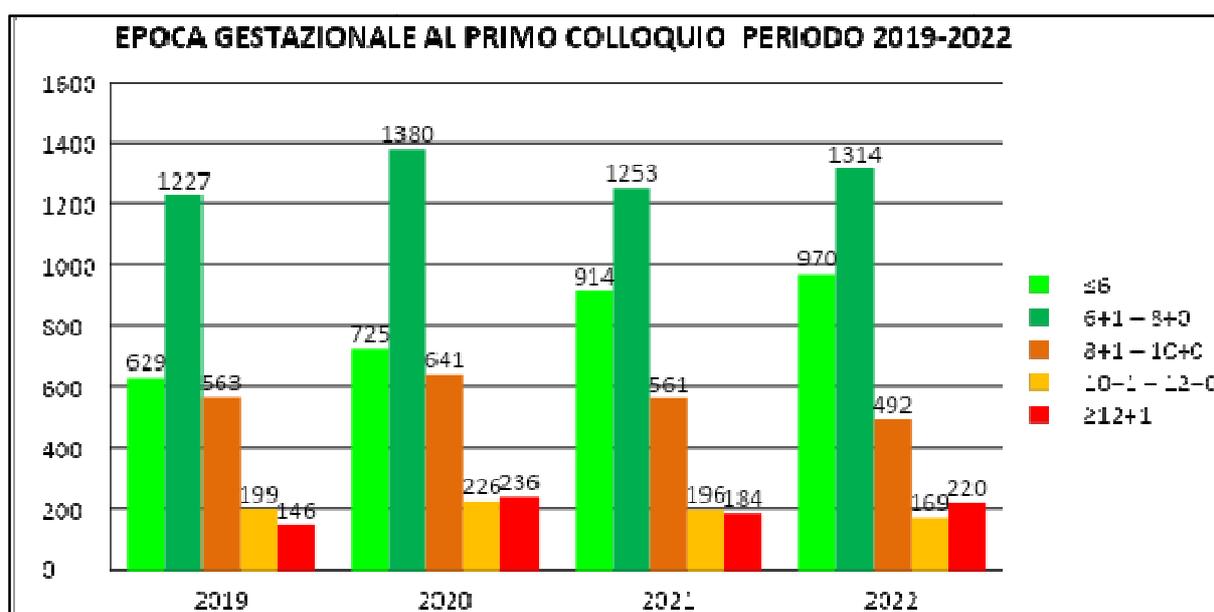
Il primo colloquio pre-concezionale necessita di implementazione. Nel 2022 il numero complessivo è stato di numero 95 e nel 2021 85 che equivalgono rispettivamente al 2,43% e al 2,17% sulla popolazione di riferimento. La promozione attiva di interventi a sostegno della salute preconcezionale è individuata da programmi liberi inclusi nel Piano provinciale della prevenzione 2020-2025, PL12: Primi 1000 giorni.

Figura 31. Giorni intercorsi tra chiamata CUP e primo colloquio. Andamento 2018-2022.



TEMPO INTERCORSO DA PRIMO CONTATTO CUP E PRIMO COLLOQUIO 2022		
TEMPO INTERCORSO	Frequenza	Percentuale
≤ 7 gg	2.757	87,1%
8-14 gg	349	11,0%
≥ 15 gg	59	1,9%
Frequenza mancanti = 1		

Figura 32. Epoca gestazionale al primo colloquio. Andamento 2019-2022



La differenziazione del percorso per intensità di cura

La tabella per l'assegnazione dell'assessment del rischio, inserita nella guida alla maternità, viene compilata in occasione del primo colloquio. Va ricordato come tale tabella di assessment sia stata formulata in via prudenziale, in occasione dell'avvio della sperimentazione inserendo come medio e alto rischio anche condizioni che possono rappresentare un potenziale rischio non tanto per la gravidanza da un punto di vista strettamente ginecologico /ostetrico quanto per il parto (es. fattori inerenti il parto precedente, le condizioni socio economiche).

Chiusura Percorso Nascita

Tra i 3.036 PN conclusi nel 2022 (2.878 nel 2021) il 38,5% (41,2% nel 2021) aveva avuto un assessment di rischio basso al primo colloquio, il 35,5% (33,3% nel 2021) medio ed il restante 25,5% (26,1%) alto; delle 791 donne con rischio alto il 23,3 % (28,1% di 733 donne nel 2021) è stato inviato presso gli ambulatori medici ospedalieri di 2° livello.

Le percentuali di assessment basso-medio e alto rischio assegnate dalla ostetrica al primo colloquio PN si evincono essere in linea nel 2022 con gli anni precedenti.

Tabella 38. Esito finale percorso in relazione all'assessment assegnato al primo colloquio

ASSESSMENT 1° COLLOQUIO	ESITO FREQUENZA ANNO 2022								
	abbandono per libera professione	aborto 1° trim	aborto 2° trim	aborto terapeutico	invio HR ospedaliera	nascita	trasferimento fuori provincia	trasferimento in altra sede del percorso nascita	Tot
ALTO	17	90	2	13	184	465	10	10	791
MEDIO	19	123	3	9	71	807	21	24	1.077
BASSO	17	119	2	7	36	951	20	16	1.168
Totale	53	332	7	29	291	2.223	51	50	3.036
ASSESSMENT 1° COLLOQUIO	ESITO PERCENTUALE ANNO 2022								
	abbandono per libera professione	aborto 1° trim	aborto 2° trim	aborto terapeutico	invio HR ospedaliera	nascita	trasferimento fuori provincia	trasferimento in altra sede del percorso nascita	tot
ALTO	2,1%	11,4%	0,3%	1,6%	23,3%	58,8%	1,3%	1,3%	100%
MEDIO	1,8%	11,4%	0,3%	0,8%	6,6%	74,9%	1,9%	2,2%	100%
BASSO	1,5%	10,2%	0,2%	0,6%	3,1%	81,4%	1,7%	1,4%	100%
Totale	1,7%	10,9%	0,2%	1,0%	9,6%	73,2%	1,7%	1,6%	100%

SALUTE MENTALE

Il Dipartimento transmurale di Salute Mentale (ex Area salute mentale) nasce il 1° settembre 2022 e rappresenta un'articolazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Questo sostituisce l'Area Salute Mentale e il Dipartimento funzionale di psichiatria che la affiancava.

Nel 2022 afferivano al Dipartimento di Salute Mentale: le 4 Unità Operative di Psichiatria (3 dal 1 gennaio 2023), l'Unità Operativa di Neuropsichiatria infantile (affidente al Dipartimento pediatrico dal 1° settembre 2022), l'Unità Operativa di Psicologia, il Servizio Dipendenze e Alcolologia e il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il 2022 rappresenta pertanto una fase di passaggio organizzativo e istituzionale.

La Mission delle UUOO componenti il Dipartimento transmurale di salute mentale è:

- assicurare la presa in carico e gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con disturbi psichici, con disagio psicologico, con disturbi del comportamento alimentare, con dipendenze comportamentali e da sostanze, ponendo attenzione alla qualità delle relazioni tra professionisti, utenti e familiari, centrando gli interventi

sulle pratiche di recovery, sulla fiducia e sulla ricerca della maggior soddisfazione possibile delle aspettative di qualità della vita degli utenti;

- offrire percorsi di cura basati su prove di efficacia, promuovendo 'patti di cura' condivisi, valorizzando la partecipazione attiva di utenti e familiari in ragione del loro sapere esperienziale in un'ottica di supporto tra pari.

Nelle figure 33 e 34 seguenti sono riportati gli utenti in carico e i nuovi utenti per Unità Operativa/ Servizio nel triennio 2020-2022. Da precisare che dal 2019 le UUOO di Psichiatria sono state accorpate ma per maggiore chiarezza e dettaglio nel presente Bilancio di Missione i dati sono presentati ancora in modo distinto.

Figura 33

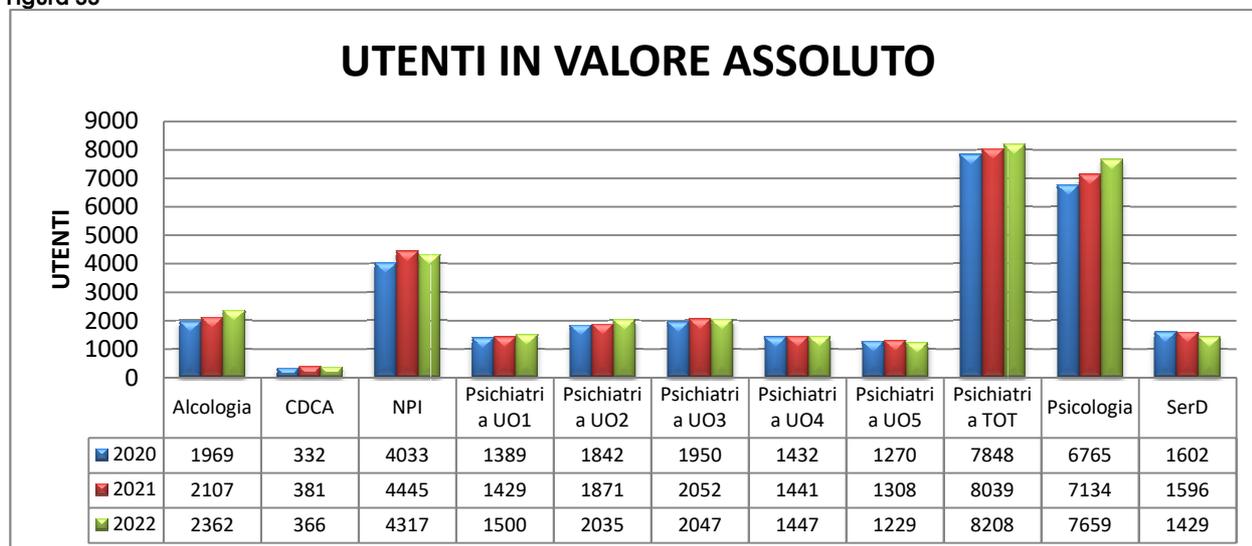
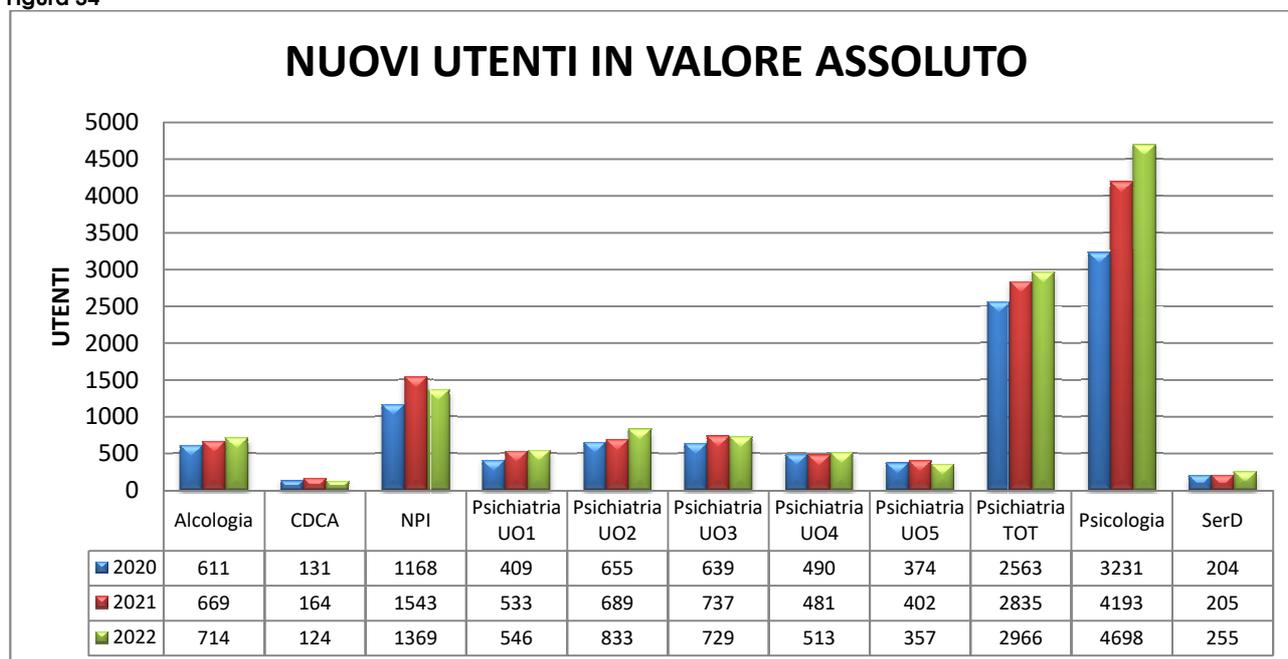


Figura 34



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

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

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

UO 4 di psichiatria: Vallagarina, Altipiani Cimbri

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

Afferenze attuali delle UUOO di psichiatria (dal 1 gennaio 2023):

UO Nord: Rotaliana, Paganella, Val di Non, Val di Sole, Val di Cembra (in attesa di trasferimento all'UO Est), Valle dell' Adige, Valle dei Laghi

UO Est: Alta Valsugana e Bersntol, Bassa Valsugana e Tesino, Val di Fiemme, Val di Fassa, Primiero, Val di Cembra (passaggio previsto nel 2023)

UO Sud: Vallagarina, Altipiani Cimbri, Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena

Missione delle UUOO di Psichiatria

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 delle UUOO 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 2022, che mirava a favorire risposte territoriali di prossimità per le acuzie psichiatriche in età evolutiva, il Dipartimento di Psichiatria si è impegnato nel corso dell'anno a definire i dettagli logistici e organizzativi del Centro crisi dedicato alle acuzie dell'età evolutiva, identificando la struttura delle Palme ad Arco (6-8 posti letto) quale collocazione ideale. È stato stilato un cronoprogramma, che vede appaiata la realizzazione del Centro 24 ore dedicato alle acuzie psichiatriche degli adulti, con trasformazione degli attuali posti letto ospedalieri in posti letto territoriali e superamento del SPDC di Arco.

Nel 2022 è stato realizzato un percorso formativo in tema di disturbi dello spettro autistico (progetto AQUA), percorso che permetterà di migliorare la rete di offerte diagnostico-riabilitative dedicate a tali patologie e che ha permesso la ripresa delle attività offerte del Centro dedicato alla diagnosi dei disturbi dello spettro autistico.

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

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

- Il SPDC di Arco ricovera pazienti provenienti dalle Comunità di Valle dell'Alto Garda e Ledro, delle Giudicarie, della Vallagarina e della Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri.
- Il SPDC di Trento ricovera pazienti provenienti dalla Val d'Adige, dalle Comunità della Valle dei Laghi, della Rotaliana-Königsberg, della Paganella e della Val di Cembra.
- Il SPDC di Borgo ricovera pazienti provenienti dalle Comunità di Valle dell'Alta Valsugana e Bersntol, della Bassa Valsugana e Tesino, del Primiero, della Val di Fiemme, del Comun General de Fascia, della Val di Non, della Val di Sole.
- Il Centro 24 ore di Cles accoglie, in alternativa all'ospedalizzazione, pazienti in acuzie provenienti dall'Ambito Ovest (Comunità della Val di Sole, Val di Non, Rotaliana Königsberg, Paganella, Val di Cembra). 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 2020-2022

Figura 35

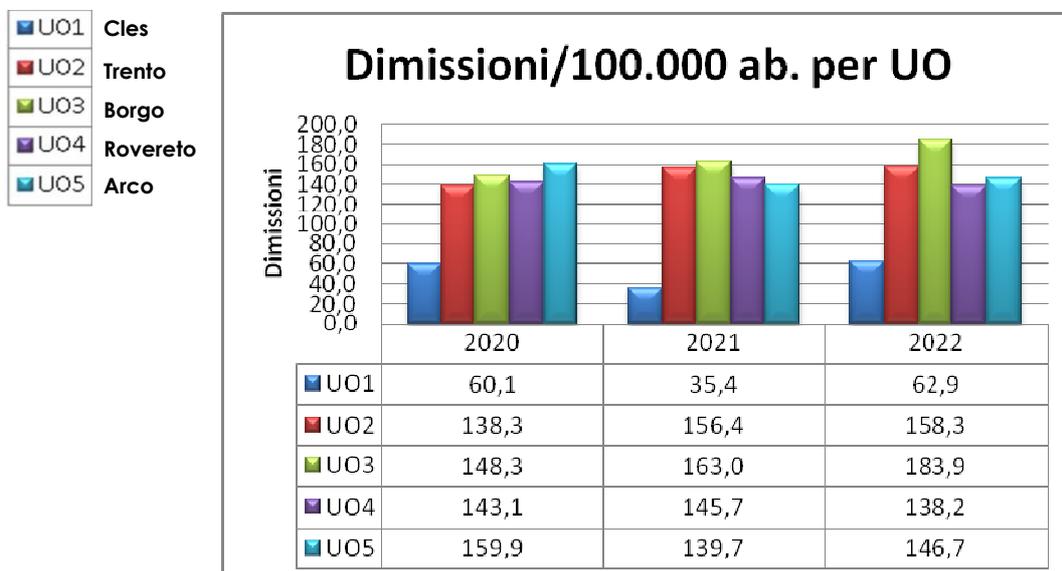


Figura 36

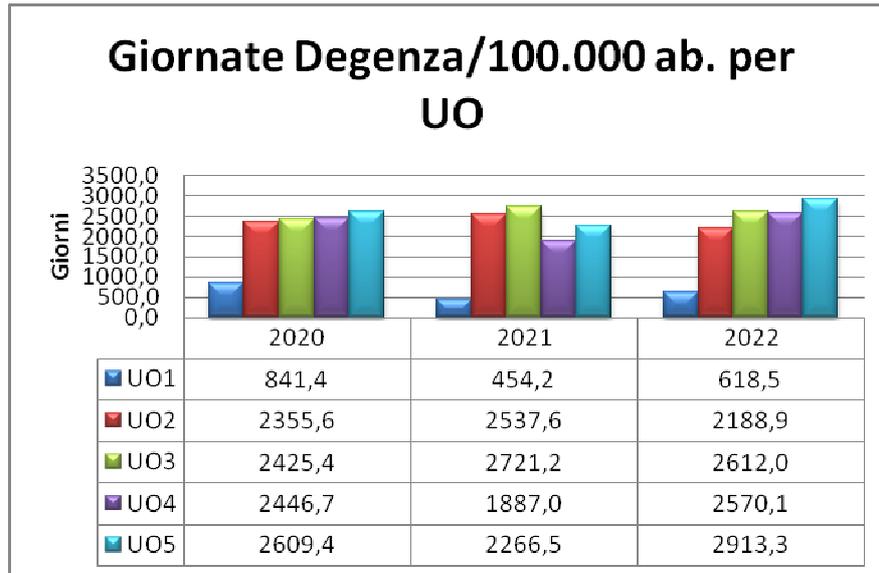


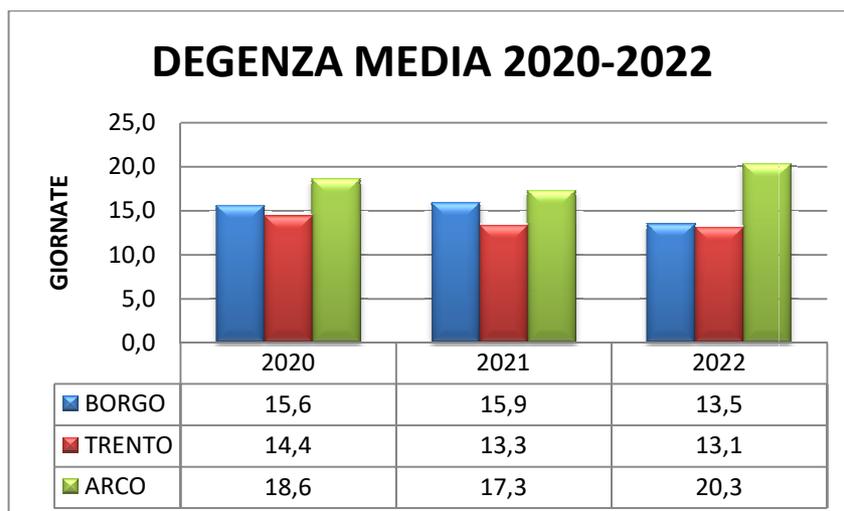
Figura 37



Figura 38



Figura 39



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 2020-2022

Tabella 39

Centro 24 ore	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Numero di accoglienze	78	75	106
Giornate di Degenza	1094	1120	1084
Tasso di Occupazione	75%	78%	74%
Permanenza media	13,4	14	11

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 2020-2022.

Figura 40

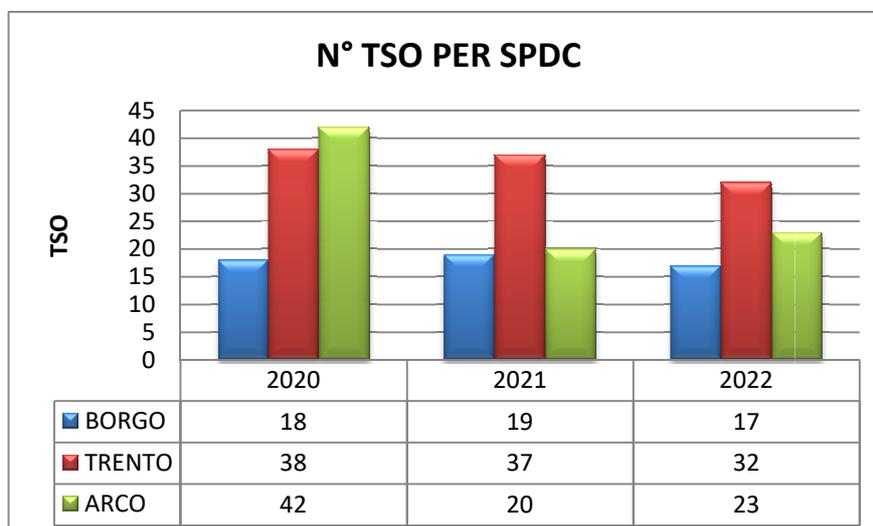


Figura 41

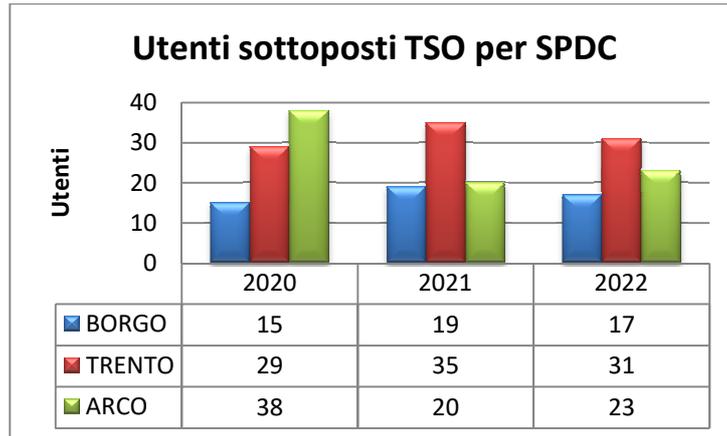
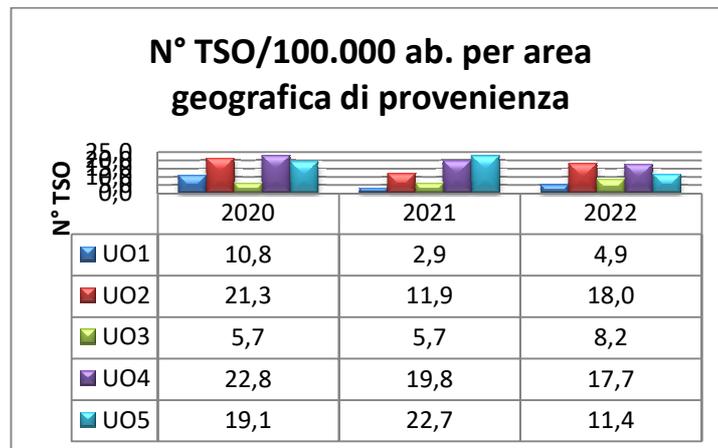


Figura 42



La contenzione fisica

Autorevoli agenzie nazionali e internazionali (Ministero della Salute, Cassazione, Consulta Nazionale Bioetica, organismi scientifici e organizzazioni sanitarie internazionali fra le quali l'OMS) suggeriscono di ridurre o addirittura di porre fine al ricorso alle pratiche psichiatriche coercitive come la contenzione fisica, che la stessa Cassazione ha affermato non avere "natura di atto medico ... in quanto quest'ultimo ha la finalità di realizzare un beneficio per la salute, bene tutelato dall'art. 32 della Costituzione, che consente di fornire copertura costituzionale all'atto medico".

Figura 43. Numero contenzioni/anno (in rosso) e durata media contenzione/SPDC (in giallo)

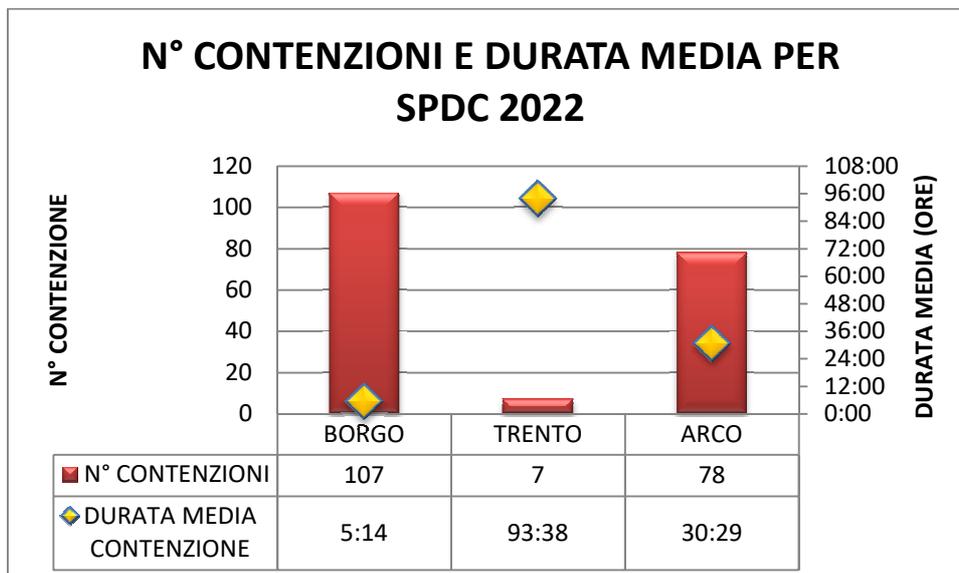
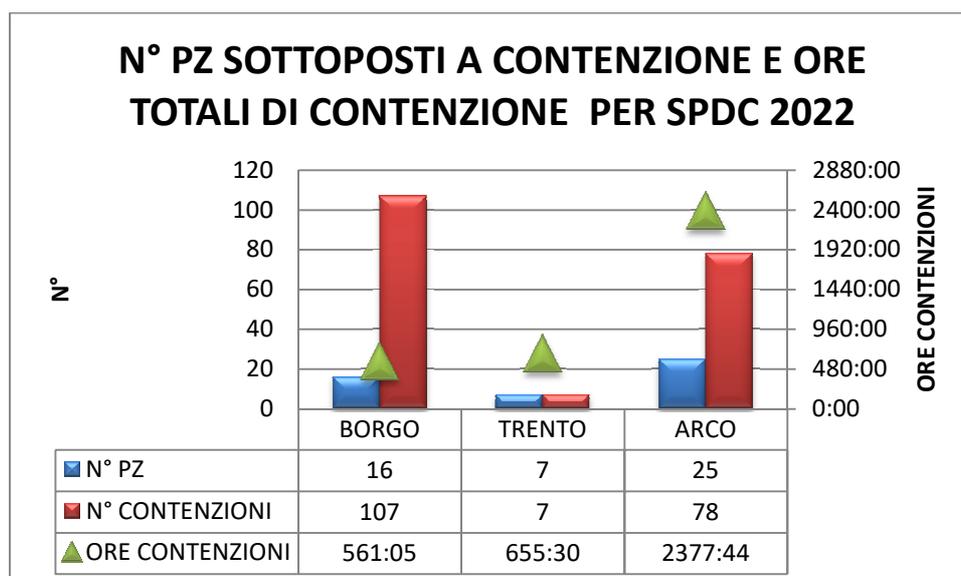


Figura 44. Numero pazienti contenuti, numero di contenzioni/anno e numero totale ore contenzione/SPDC*



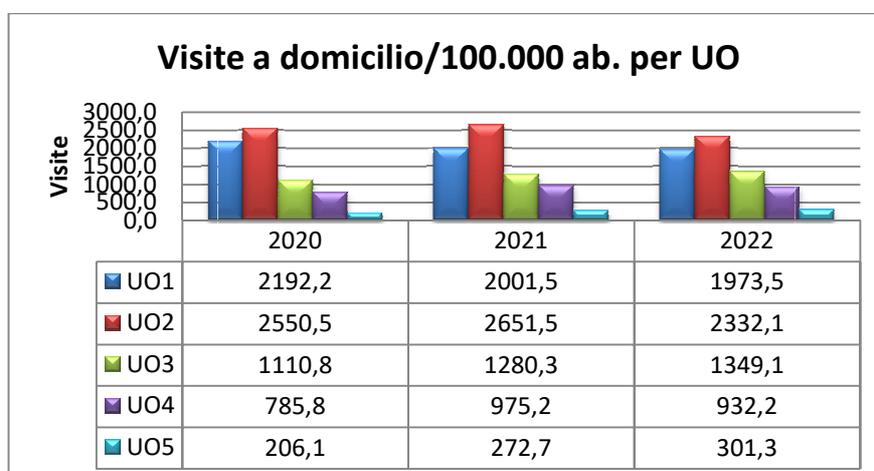
* da notare che il numero di contenzioni non è necessariamente proporzionale al numero di persone sottoposte alle stesse

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 parametrato a 100.000 abitanti nel triennio 2020-2022.

Figura 45



I suicidi in Provincia di Trento (residenti)

Pur consapevoli che il fenomeno suicidario non è necessariamente legato alla presenza di psicopatologia attiva, il monitoraggio del trend suicidario viene universalmente identificato come indicatore meritevole di attenzione da parte dei servizi per la salute mentale.

Tabella 40. Suicidi residenti in provincia di Trento anno 2022*

UOVO	SUICIDI ANNO 2022	SUICIDI/100.000 ABITANTI
OVEST	7	6,8
CENTRO SUD	TRENTO	13,2
	ROVERETO	5,1
EST	12	9,8
SUD	7	7,9
TOTALE	49	Media provinciale 8,9/100.000

*Dati Commissariato del governo

L'abitare

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

1. Strutture intensive. Dedicato 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. Dedicato 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. È 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 2022).

Tabella 41

ANNO 2022	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.	0,98	0,82	1,25	1,14	0,83	0,55	0,18	0,11	0,85
N. Utenti	22	12	16	22	72	31	11	8	50
Utenti UO 1	1	3	1	2	7	5	1	1	7
Utenti UO 2	21	0	0	0	21	7	3	3	13
Utenti UO 3	0	9	0	0	9	12	6	2	20
Utenti UO 4	0	0	15	0	15	7	0	1	8
Utenti UO 5	0	0	0	20	20	0	1	1	2
Giornate di Degenza	4294	1478	2839	2553	11164	9672	3512	1803	14987
Degenza Media (nell'anno 2022)	195,2	123,2	177,4	116,0	155,1	312,0	319,3	225,4	299,7
Indice di Occupazione Posti letto	0,90	0,40	0,65	0,70	0,68	0,88	0,96	0,82	0,89

**"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 performance delle Unità Operative di psichiatria richiedono costanti approfondimenti e confronti in ambito Dipartimentale, mirati a garantire le 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 alcuni ambiti appare superiore alla media nazionale (media nazionale:10.8/100.000 abitanti) e significativamente dissimile fra le varie UUOO territoriali.
2. Un utilizzo dissimile dei posti letto disponibili nel polo residenziale sia intensivo che estensivo, con un'occupazione che nel circuito estensivo appare inversamente proporzionale rispetto alla distanza geografica dal polo perginese.
3. Un utilizzo del polo estensivo che si spinge ampiamente oltre i limiti previsti dalla programmazione provinciale (in termini di tempi di permanenza). Nel 2022 è stata elaborata una proposta progettuale che prevede un'ipotesi di alleggerimento del polo estensivo tramite la creazione di nuclei famiglia dedicati ai pazienti long users.
4. Una notevole differenza fra le offerte domiciliari delle varie Unità Operative, con una forbice del tasso standard che va da 1 a 7,5.
5. L'evidenza di un utilizzo dei posti letto ospedalieri da parte dell'Ambito Ovest (UO 1) nettamente inferiore rispetto ad ogni altra UO: in media 1/4 delle giornate di degenza in SPDC rispetto a ogni altra sede territoriale nel 2022. Tale evidenza, certamente legata alla presenza in quell'Ambito del Centro 24 ore, ha suggerito la possibilità di dare corso ad analoghe offerte in altre sedi territoriali.
6. Un ricorso frequente alla contenzione fisica negli SPDC, sia pure con differenze significative fra i tre SPDC (da notare che il numero di contenzioni non è necessariamente proporzionale al numero di persone sottoposte alle stesse).

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

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, di seguito brevemente descritti:

Ambulatorio: assistenza psicologica ambulatoriale rivolta al minore, all'adolescente, all'adulto, alla coppia, al genitore e alla famiglia. Il cittadino può rivolgersi al Servizio spontaneamente o su invio del MMG/PLS per problematiche inerenti la sfera emotiva, affettiva e comportamentale. In taluni casi sono presenti problematiche attinenti la vita relazionale o problematiche familiari. L'utente può usufruire di una valutazione psicologica e, se necessario, anche di una presa in carico psicoterapeutica (di breve o di media durata; di tipo individuale, di coppia, grupppale o familiare). Quando opportuno, viene anche svolto 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, ma che possano beneficiare di trattamenti psicologici inseriti in una progettualità integrata e multidisciplinare; i pazienti vengono inviati dai servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e Psichiatria attraverso l'attivazione di un protocollo di collaborazione condiviso, che permette la formulazione di prese in carico congiunte. All'interno della collaborazione, sono attivi (sede di Trento) gruppi psicoterapeutici per pazienti che soffrono di sintomatologia da attacchi di panico, disturbi depressivi e pazienti border-line.

Consultorio: assistenza psicologica alla famiglia, alle coppie, alla donna in gravidanza, alla maternità; interventi psicoeducativi individuali e di gruppo a supporto dell'adolescenza, della genitorialità, delle problematiche legate alla sessualità e alla procreazione responsabile. Nelle situazioni che richiedono interventi di tutela (per esempio: donne vittime di violenza o con dipendenza affettiva) vengono attivati percorsi di supporto psicologico, nel rispetto delle linee guida aziendali e provinciali.

Scuola - BES: (L.104/92 e L.170/2010) viene garantita la valutazione psicodiagnostica finalizzata all'espletamento del percorso di certificazione ai sensi dell'integrazione scolastica degli alunni/studenti segnalati dalla scuola, per fragilità cognitive, problematiche specifiche e aspecifiche dell'apprendimento, problematiche emotive, relazionali o comportamentali; per le situazioni complesse (che richiedono la progettazione di un percorso individualizzato, una collaborazione con la scuola e le risorse sanitarie/socio-educative presenti sul territorio, con monitoraggio per il progetto individualizzato), vengono effettuati incontri di rete tra gli operatori coinvolti, alla presenza dei genitori.

Affido familiare e Adozioni nazionali e internazionali: valutazione delle coppie aspiranti e supporto psicologico alle loro funzioni genitoriali, come da normativa, sia in fase pre che post adozione. Accompagnamento del bambino e dei genitori adottivi durante la prima fase dell'adozione e durante il periodo dell'affido.

Tribunale: Collaborazione con il Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni e Procure della Repubblica a favore dei minori segnalati, in situazioni di possibile pregiudizio o con necessità di intervento psicologico. Interventi di supporto/recupero delle competenze genitoriali.

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 sottoscritto e condiviso con tutti i Servizi Sociali della Provincia di Trento.

Centro per l'Infanzia: assistenza psicologica ai minori ospitati presso il Centro per l'Infanzia, e che si trovano in uno stato di abbandono o in una situazione di grave pregiudizio quale abuso/maltrattamento/trascuratezza; interventi di supervisione all'equipe educativa e partecipazione ai progetti di rete con il servizio sociale territorialmente competente.

Ospedale: Grazie ai Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA), viene 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 psicologica della coppia o del singolo, partecipazione all'equipe.

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

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

Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) secondo quanto disposto dalla Delibera Provinciale 2350 del 2017, l'intervento neuropsicologico collabora al processo di inquadramento diagnostico e definizione dei bisogni del paziente e del caregiver, sia dal punto di vista emotivo che cognitivo, fornendo al paziente e/o al familiare/caregiver supporto psicologico, formazione e informazione sulla gestione delle principali problematiche nell'elaborazione della malattia e per la successiva gestione a domicilio: il paziente ha l'opportunità 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/abuso" e utenti con problematiche di gioco d'azzardo. Il sostegno è rivolto anche alle famiglie e all'equipe di lavoro.

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

Adolescente complesso "SMAC": assistenza psicologica all'interno del Servizio Multiprofessionale Adolescenza Complessa in cui collaborano tre psicologi per la valutazione e cura di situazioni ad alto rischio evolutivo e break-down 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 offre la collaborazione e il supporto psicologico alla vittima, durante le operazioni di ascolto da parte della polizia giudiziaria; psicologi appositamente formati affiancano la P.G. nelle operazioni di ascolto della vittima offesa, sia essa minore o persona vulnerabile.

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

I trattamenti psicologici che vengono erogati all'interno dell'area Psicologia Ambulatoriale e che si riferiscono all'utenza in tarda adolescenza o in età adulta, sono monitorati in modo routinario attraverso la valutazione d'esito.

Per valutazione di esito si intende la misurazione psicometrica e l'analisi statistica degli effetti che le prestazioni psicologiche (tra cui l'intervento psicoterapeutico) hanno sul miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione a cui esse sono rivolte.

A questo scopo, in tutte le sedi dell'U.O. di Psicologia, viene utilizzato il questionario self-report CORE-OM (internazionalmente riconosciuto e validato anche in Italia), che con i suoi 34 items, distribuiti su una scala a 5 punti, è in grado di esplorare quattro dimensioni individuali che descrivono: il grado di Benessere dell'utente, l'intensità dei suoi Problemi, la qualità del suo Funzionamento, e il livello di Rischio. Questi quattro domini, confluiscono in una scala totale (Core Tot) che funge da ulteriore indicatore del grado di miglioramento ottenuto dal paziente a seguito dell'intervento psicologico.

Lo strumento viene proposto in ENTRATA (all'inizio cioè dell'intervento psicologico) ed in USCITA (alla sua conclusione).

I dati vengono inseriti ed elaborati mediante l'applicativo *Moni.Ser.* che fornisce una misura statisticamente significativa del cambiamento ottenuto dal paziente rispetto al livello sintomatologico iniziale, alle sue capacità di adattamento, al suo benessere psicologico percepito e alla eventuale presenza di fattori di rischio (riconosciuti nella letteratura internazionale).

I risultati del questionario, vengono condivisi in un colloquio con l'utente e costituiscono (oltre ad una preziosa guida per l'operato del clinico), anche un valido strumento per l'*outcome management* e la prioritizzazione degli interventi psicologici e terapeutici più efficaci, nel rispetto di principi di appropriatezza e di equità delle cure psicologiche erogate.

I risultati complessivi di tale attività, grazie all'ausilio del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa della APSS, sono divulgati dall'U.O. di Psicologia mediante il Bilancio di Missione, lavori scientifici, elaborati e congressi.

La tabella 42. riporta le principali caratteristiche del campione raccolto fino al 31.12.2022

Tabella 42. Dataset CORE-OM

Numero pazienti valutati	6.197
Età media	38,3
Range	13-87
Genere	Femmine (71,0%) Maschi (29,0%)
Pazienti Disfunzionali (sopra il cut-off) in entrata	70,8%

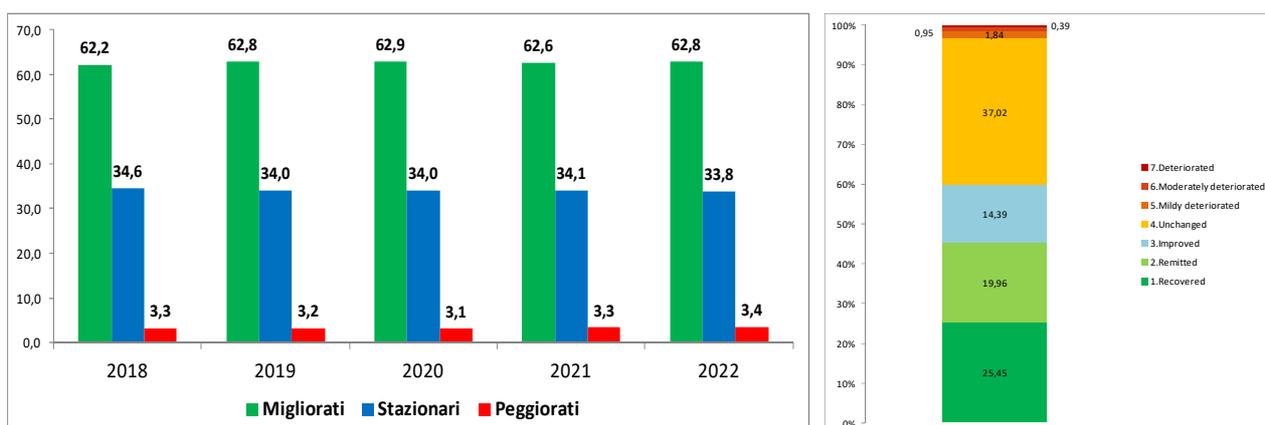
La tabella 43 rappresenta i punteggi medi negli anni 2018-2019-2020-2021-2022 per ognuna delle suddette dimensioni, differenziandole tra valori pre (in Entrata) e post (in Uscita) trattamento psicologico. Si può notare come i punteggi medi di ogni dimensione vadano a diminuire per effetto del trattamento psicologico erogato, descrivendo - in termini di medie - i miglioramenti raggiunti dai pazienti nei diversi domini.

Tabella 43. Punteggi medi dei 4 domini del CORE-OM, in entrata ed in uscita

MISURAZIONI	2018		2019		2020		2021		2022	
	Entrata	Uscita								
Benessere	2,27	1,35	2,26	1,34	2,26	1,34	2,26	1,34	2,26	1,34
Problemi	1,92	1,06	1,91	1,05	1,92	1,05	1,92	1,06	1,92	1,06
Funzionamento	1,52	1,06	1,52	1,05	1,52	1,05	1,52	1,05	1,52	1,04
Rischio	0,30	0,11	0,29	0,11	0,29	0,11	0,29	0,11	0,29	0,11
Core Tot.	1,53	0,93	1,53	0,92	1,53	0,92	1,53	0,92	1,53	0,92

Le figure 46 e 47, analizzano i risultati di esito degli interventi psicologici in modo più approfondito, tenendo conto sia del **cut-off clinico** che dell'**indice statistico RCI**. Le distribuzioni percentuali rappresentate nelle tabelle e nella legenda sottostante, descrivono i **risultati di efficacia** (grado di miglioramento raggiunto dal paziente) attribuibili con **significatività clinica e statistica** (RCI sceso sotto il cut-off) al trattamento psicologico offerto all'utenza.

Figura 46 e 47: distribuzione percentuale dei risultati di efficacia dei trattamenti psicologici.



- Il 25,5% dei pazienti risulta **guarito** (cut off $\geq 1,96$) (**recovered**)
- Il 20,0% dei pazienti ha una **remissione dei sintomi** ($1,28 \leq X < 1,96$) (**remitted**)
- Il 14,4% ha **migliorato il suo stato di salute** ($0,84 \leq X < 1,28$) (**improved**)
- Il 37,0% dei pazienti risulta **stabilizzato** ($-0,84 \leq X < 0,84$) (**unchanged**)
- L'1,8% dei pazienti risulta **un po' deteriorato** ($-1,28 \leq X < -0,84$) (**mildly deteriorated**)
- L'1,0% dei pazienti risulta **mediamente deteriorato** ($-1,96 < X < -1,28$) (**moderately deteriorated**)
- Lo 0,4% dei pazienti risulta **deteriorato** (cut off $\leq -1,96$) (**deteriorated**)

INDICATORE 2: "Attività di Codice Rosso: una nuova attività psicologica nell'offerta dei servizi sanitari"

Con la L. 69 del 19 luglio 2019, conosciuta anche come Codice Rosso, la Repubblica Italiana si è allineata alle direttive europee per contrastare il fenomeno della violenza domestica e di genere. La norma, oltre ad introdurre nuovi reati (come ad esempio la diffusione illecita di immagini/video sessualmente espliciti) ed inasprire le pene, istituisce un corsia preferenziale per le vittime di suddetti reati, che dovranno essere ascoltate, entro tre giorni dalla notizia di reato, dagli organi di Polizia Giudiziaria con l'ausilio di uno psicologo esperto.

Nell'ottobre del 2019, la Procura della Repubblica del Tribunale di Trento e l'Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento (APSS) hanno sottoscritto una convenzione, in virtù della quale è stato organizzato un percorso formativo che ha coinvolto tutti gli psicologi dell'U.O. di Psicologia, diversi rappresentanti delle Forze dell'Ordine (Polizia, Carabinieri, ecc.), alcuni Pubblici Ministeri della Procura, alcuni avvocati del Servizio Legale di APSS e due referenti del Servizio Formazione di APSS.

Il lavoro multidisciplinare si è articolato in 3 anni (2020/2021/2022) ed ha prodotto un documento intitolato "Linee Guida sul Codice Rosso" presentato pubblicamente nel convegno tenutosi il 2 dicembre del 2022.

In base alla vigente convenzione, l'U.O. di Psicologia garantisce la sua disponibilità e collaborazione mettendo a disposizione il proprio personale - in base a un sistema di turnazione - per rispondere alle chiamate di Codice Rosso che le Forze dell'Ordine, su richiesta del Magistrato, rivolgono al Centralino dell'Ospedale Santa Chiara di Trento.

Questo servizio è attivo ogni giorno dell'anno (festivi compresi) e l'ascolto della persona vulnerabile (sia essa minore di età, adulto o anziano in condizioni di vulnerabilità), viene organizzato dalla Polizia Giudiziaria nel territorio in cui è stata sporta denuncia.

Lo psicologo, in veste di ausiliario di Polizia Giudiziaria, ha il compito di supportare psicologicamente la persona vulnerabile, di ascoltarla e assisterla nell'esplicitazione dei suoi bisogni primari; aiuta la vittima a comprendere correttamente il setting giuridico in cui viene ascoltata; collabora con le Forze dell'Ordine offrendo la propria competenza in un'ottica di collaborazione interprofessionale, per evitare forme di vittimizzazione secondaria. Fornisce inoltre alla persona offesa le necessarie informazioni per potersi rivolgere ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio di residenza.

La Figura 48, rappresenta il numero totale degli interventi di Codice Rosso effettuati dagli psicologi nel triennio 2020-2021-2022. A luglio 2023, il numero di richieste ha già raggiunto il totale degli interventi dell'anno precedente, descrivendo un trend in significativo aumento per gli anni a venire.

Figura 48

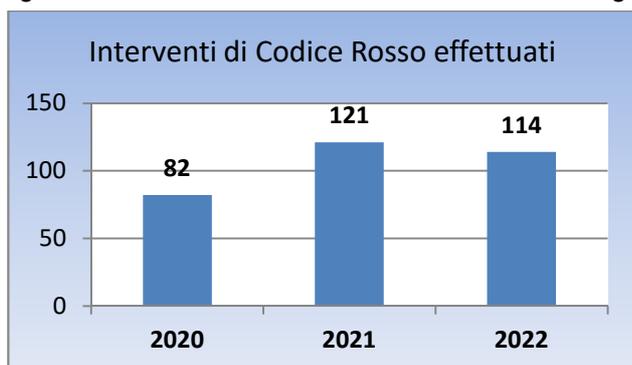
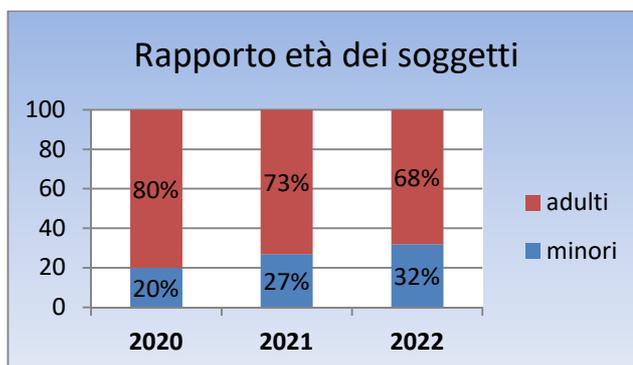


Figura 49

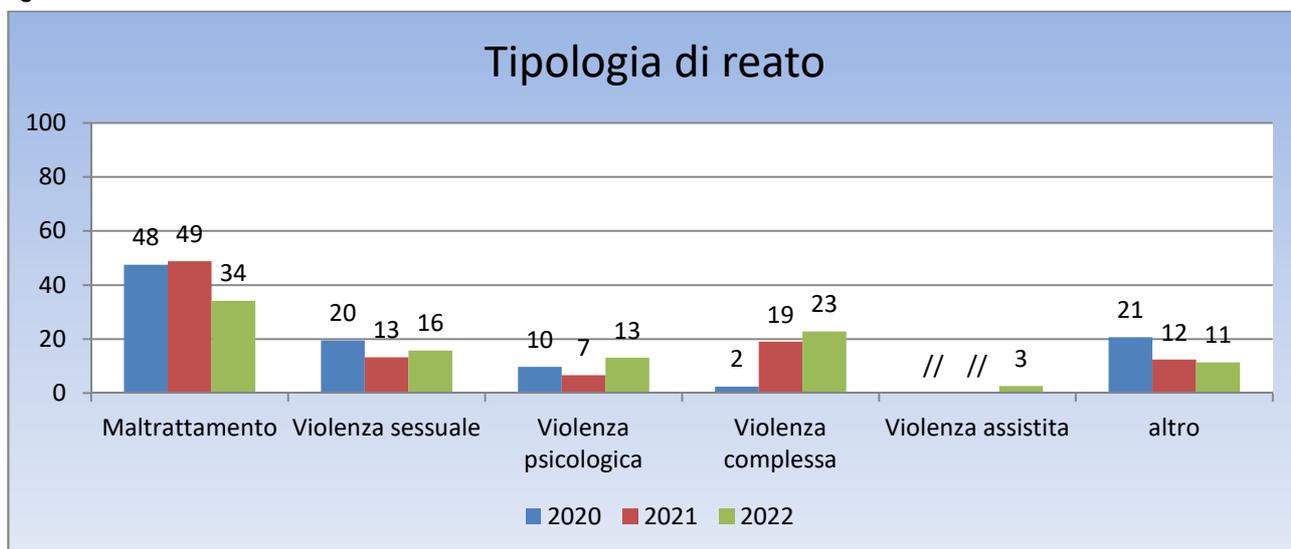


La Figura 49 differenzia le vittime in base all'età: si possono distinguere le percentuali di richieste che si riferiscono a persone adulte (dai 18 anni in su) e da minorenni (meno di 18 anni); pur considerando la netta prevalenza di soggetti in età adulta, va segnalato il trend di crescita (+12% rispetto al 2020) delle vittime in età minorile.

Relativamente al genere dei soggetti beneficiari degli interventi, non è ad oggi possibile fornire un dato omogeneo che possa ricoprire l'intero triennio; la raccolta dati è stata migliorata nel 2023 con una implementazione SIT che permette comunque di ricavare un dato attendibile per il 2022: con l'**87% degli interventi svolti a favore di soggetti femminili e il 13% a favore di soggetti maschili**.

La Figura 50 descrive infine la tipologia di reati per i quali è stato attivato il Codice Rosso e restituisce – in percentuale – uno spaccato delle problematiche che sono state supportate.

Figura 50



Come si evince dal grafico soprastante, il reato di Maltrattamento è quello maggiormente rappresentato durante le escussioni; il reato di "Violenza complessa" (che racchiude in sé tutte le altre tipologie di violenza), è stato rilevato in termini crescenti nel triennio di riferimento; la "Violenza assistita" (esposizione di soggetti minori ad atti violenti subiti da una terza persona), non rientrava tra le tipologie considerate nel primo biennio d'attività e per tale motivo il dato risulta mancante (//) ed appare riferito al solo 2022.

Per concludere, si segnala che l'APSS, attraverso il progetto "Il Codice Rosso: lo psicologo accanto alla donna vittima di violenza", ha ottenuto nel 2023 il primo premio a livello nazionale nell'iniziativa **"Protagoniste in Sanità 2023"**.
WWW.PROTAGONISTE.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 80% nel 2022. Questa apparente regressione è dovuta al fatto che non vengono più inviati al Centro i casi conclamati, come era d'obbligo inizialmente, ma solo quelli dubbi.

Del totale delle valutazioni effettuate nel corso del 2022 (61) 48 sono esitate in "Disturbo dello spettro autistico"; 10 hanno avuto una diagnosi di disturbo del neurosviluppo di altro tipo e solo 1 di assenza di disturbo.

Figura 51. Valutazioni e diagnosi per anno

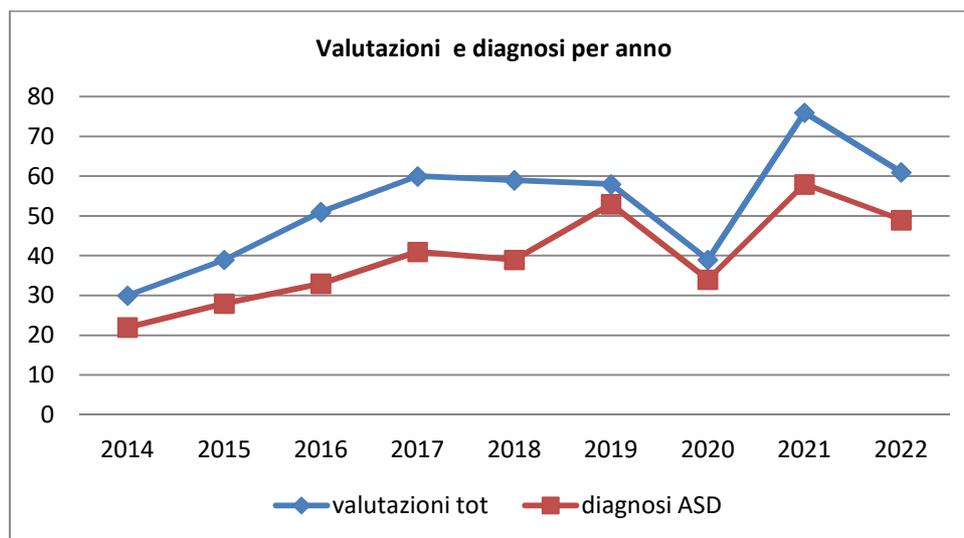
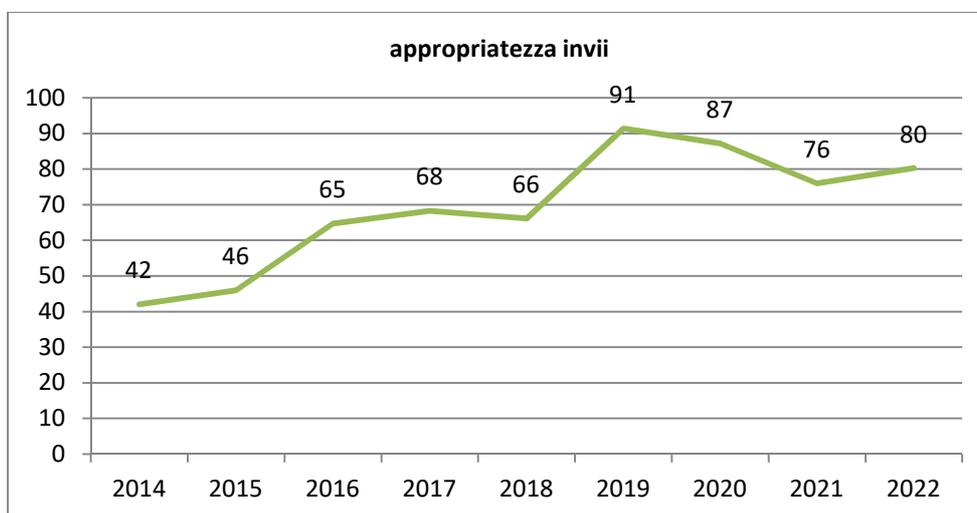


Figura 52. Percentuale di invii appropriati - anni 2014-2022

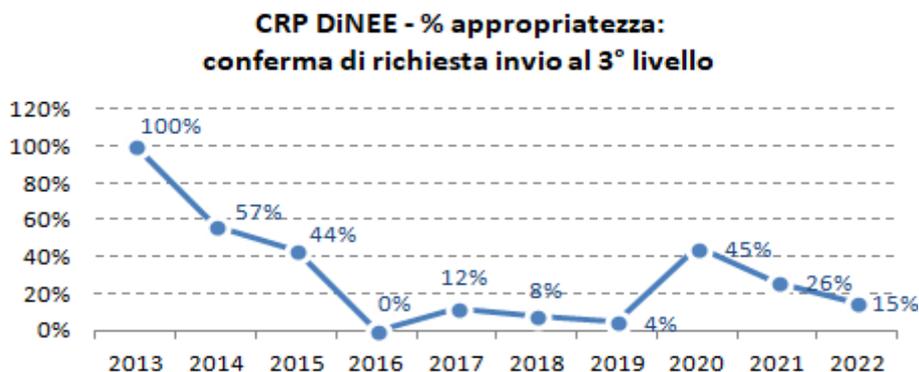


INDICATORE: Percentuale degli invii dal Gruppo Provinciale di II livello per le gravi disabilità motorie a centri di III livello extraprovinciali

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.

Figura 53



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 2015-2022.

Figura 54. 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 2015-2022.

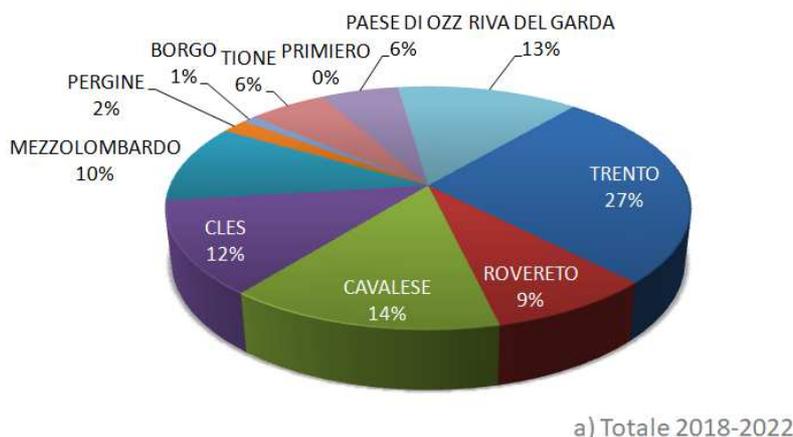
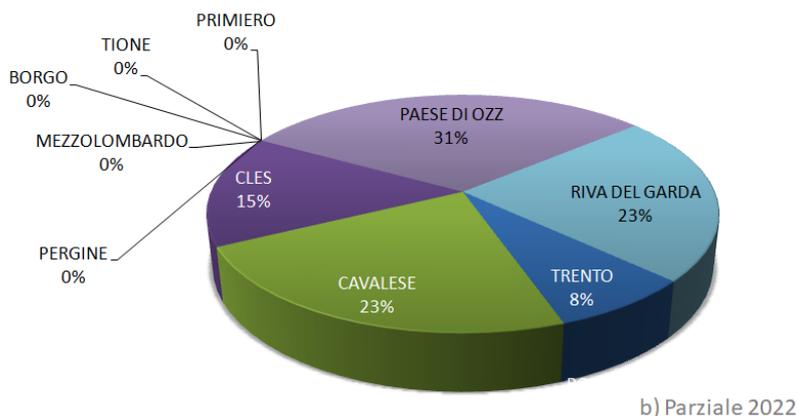


Figura 55. Ripartizione geografica degli accessi al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili di competenza del Centro di riferimento Provinciale per le Disabilità Neuromotorie dell'ETÀ EVOLUTIVA nell'anno 2022.



U.O. DIPENDENZE

La mission dell'Unità Operativa Dipendenze, che è costituita da 3 sedi SerD e 10 Centri di Alcologia, antifumo, altre fragilità è la promozione della salute e la prevenzione, la cura, la riabilitazione delle dipendenze patologiche. Si rivolge a persone con problemi legati all'uso di sostanze legali (alcol, tabacco), illegali o con dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo) ed è possibile portare una domanda di aiuto anche per un amico o un familiare.

L'equipe multidisciplinare è il luogo di confronto tra professionisti all'interno del quale si decidono i programmi terapeutici da proporre agli utenti: ogni intervento è attuato in condivisione con gli interessati e possibilmente coinvolgendo i familiari.

Si lavora frequentemente in collaborazione con la rete dei servizi territoriali, a partire da quelli afferenti al Dipartimento Salute Mentale di APSS, ai servizi sociali dei Comuni, al Privato Sociale Accreditato e al mondo dell'associazionismo e del volontariato.

L'organizzazione post pandemia Covid-19

Nel corso dell'anno 2022 si è assistito ad una progressiva ripresa delle attività organizzative che si erano interrotte nel 2020 e nel 2021 a causa della pandemia Covid-19: il personale precedentemente impiegato in altre aree sanitarie (in primis nei reparti Covid) è progressivamente rientrato in servizio, così come gli operatori socio-sanitari sospesi a causa dell'inottemperanza agli obblighi vaccinali.

Screening e trattamento epatite C

Dopo la sospensione a causa della pandemia Covid 19, la ripresa di alcuni progetti, tra cui lo screening e il trattamento dell'epatite C presso il SerD di Trento in collaborazione con l'Unità di Gastroenterologia dell'Ospedale Santa Chiara, ha risentito della carenza del personale infermieristico, che ad oggi risulta essere insufficiente a garantire in maniera ottimale le attività previste.

Tabella 44

	PERIODO DI RIFERIMENTO ESECUZIONE HCV- ab ANNO 2022	PERCENTUALE PZ. HCV POSITIVI
TOTALE PZ.	141	
SESSO		
maschi	102	
femmine	39	
ANTICORPI ANTI HCV		
presenti	80	
assenti	60	
Debolmente reattivi	1	
RICERCA HCV RNA		
Non quantizzabile	54	
quantizzabile	27	19.15%

% HCV positivi calcolata considerando $141/100=27/x$, $x=19.15\%$

I dati sopra riportati sono parziali, in quanto non comprendono i prelievi che gli utenti hanno eseguito presso laboratori esterni al SerD o che hanno aderito al percorso di cura e non sono stati segnalati alla nostra U.O..

Nel 2022, 27 nostri utenti sono risultati positivi alla ricerca di HCV RNA:

- in 2 casi non è stata avviata la terapia antivirale (DAA) per motivi clinico-terapeutici;
- 1 persona che aveva iniziato il percorso di cura si è poi resa irreperibile e non l'ha concluso;
- 15 utenti sono stati curati presso l'ambulatorio integrato Ser.D. – Gastroenterologia;
- 3 sono stati curati presso l'UO Malattie Infettive;
- 2 hanno seguito il percorso di cura autonomamente;
- 2 si sono curati durante la permanenza in Comunità Terapeutica;
- 2 sono in attesa di iniziare la terapia.

COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Nel corso del 2022 si è assistito ad una graduale ripresa degli interventi riabilitativi residenziali, che in precedenza avevano registrato una riduzione a causa della pandemia Covid-19, in considerazione delle rigide normative su quarantena e sicurezza, poco tollerate dagli utenti più vulnerabili.

Tabella 45. Tasso occupazione Comunità Trentine (anni 2019 – 2022)

CT convenzionate	2019	2020	2021	2022
Camparta	85.70	71.02	47.04	61,50
Giano	74	55.33	48.12	73,35
Voce Amica	92.43	74.56	79.46	81,52
Nuovi Orizzonti	91.29	84.14	89.44	90,74

Il tavolo tecnico avviato nel febbraio 2021 e costituito da referenti delle comunità terapeutiche e dell'U.O. Dipendenze, ha proseguito la propria attività fino al novembre 2022, quando ne è stata decisa la sospensione, in considerazione del raggiungimento degli obiettivi posti inizialmente.

Rimane centrale l'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 Servizio sociale territoriale, al fine di porre da subito le basi per un accompagnamento e restituzione della persona al territorio, una volta concluso il percorso comunitario.

PREVENZIONE

Per quanto concerne gli **interventi di prevenzione**, nel corso del 2022 sono proseguiti gli interventi in presenza nelle scuole, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, mantenendo comunque l'opportunità del collegamento online per situazioni specifiche (es. studenti in quarantena). Nel 2022, come nel 2021, si è registrato un aumento delle richieste di progetti di prevenzione da parte degli Istituti Scolastici.

Altri interventi di prevenzione attuati nel 2022 dall'UO Dipendenze sono stati:

- la prosecuzione del Tavolo Tecnico Prevenzione, composto da alcuni operatori dell' U.O. Dipendenze, in costante confronto con il Dipartimento di Prevenzione. Lo scopo di questo gruppo di lavoro è quello di supervisionare gli obiettivi relativi alle attività di prevenzione, prevenzione di competenza della U.O;
- è proseguita la procedura di raccolta delle richieste puntiformi provenienti dal territorio trentino, attraverso una scheda predefinita, al fine di raccogliere, processare e filtrare le richieste di collaborazione che arrivano dal territorio, garantendo i criteri di appropriatezza e la coerenza con la mission dell'U.O. Dipendenze;
- è proseguita la collaborazione con le associazioni del territorio nell'ambito delle attività di prevenzione;
- ad aprile 2022, 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);
- nel mese di maggio 2022, in previsione del 31 maggio, "Giornata mondiale senza tabacco", sono stati divulgati messaggi di promozione della salute attraverso gli stessi canali utilizzati nel mese di aprile;

Nel corso del 2022 sono proseguite 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. 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 particolare, è proseguito e si è rafforzato il lavoro di equipe in area alcolica, avviato nel 2021 con cadenza bimensile.

È stato attivato, infine, un gruppo costituito da operatori di area educativa e terapeutico- riabilitativa , supervisionato da una psicologa esterna all'UO, con l'obiettivo di ottimizzare gli interventi di gruppo proposti agli utenti e ai loro familiari, sia in ambito preventivo che terapeutico riabilitativo.

Le attività clinico-assistenziali dei Servizi

Come per altre attività, anche quella clinica è proseguita nel 2022, registrando una parziale ripresa delle attività erogate, in considerazione del contenimento della pandemia Covid 19.

L'**area SerD** nel 2022 ha garantito le seguenti prestazioni:

- pronta accoglienza e diagnosi;
- terapie farmacologiche specifiche, monitoraggio clinico e laboratoristico.

In particolare, **nel corso del 2022 si è avviata la distribuzione e la somministrazione diretta anche dei farmaci indicati nel disturbo da uso di alcol (sodio oxibato, naltrexone, acamprosato)**. In considerazione dell'impossibilità, per ragioni organizzative, di erogare tali farmaci presso i 10 Centri di Alcologia, questo intervento è stato avviato presso le infermerie dei SerD di Trento e di Riva del Garda, al fine di garantire, per la prima volta in Trentino, l'accesso ai trattamenti farmacologici anche alle persone con problemi di alcol. Tale proposta terapeutica è di rilevante importanza e rappresenta un passaggio fondamentale in risposta alla necessità di attuare gli interventi previsti dalla L. 125/2001 e proporre dei trattamenti medical evidence based. È necessario segnalare, tuttavia, che **tale implementazione è stata effettuata isorisorse**, impiegando il personale medico e infermieristico dell'UO Dipendenze, che in precedenza era deputato alla gestione delle sole terapie farmacologiche di area SerD. Anche l'avvio dei trattamenti farmacologici per il disturbo da uso di alcol esclusivamente presso i SerD di Trento e di Riva del Garda è fortemente limitante rispetto alle possibilità di accesso da parte delle persone residenti in altre aree del Trentino. Attività di screening per patologie correlate all'uso di sostanze;

- psicodiagnosi e attività di sostegno e di *counseling*
- inserimenti residenziali

Prestazioni complessivamente erogate area SerD triennio 2019-2022

Si riportano di seguito i dati disponibili, allo scopo di effettuare un confronto rispetto agli anni precedenti.

Tabella 46

	2019	2020	2021	2022
PRESTAZIONI	53.025	50.313	55.747	53.626

Gli utenti in carico nel 2022 sono suddivisi per categorie nella tabella sottostante e confermano l'accessibilità garantita dai Servizi.

Tabella 47. Soggetti prevalenti 2019 -2022 area SerD

STATUS CARTELLA	N Soggetti 2019	N Soggetti 2020	N Soggetti 2021	N Soggetti 2022
IN CARICO	1.511	1.513	1.329	1.554
NUOVE DIPENDENZE	113	72	48	50
CERT. ASSENZA TOSSICODIPENDENZA	40	26	40	24
TOTALE	1.664	1.611	1.417	1.628

Si fa presente che negli ultimi anni è fortemente ridotto il numero degli interventi psicologici rivolti ai genitori e alle famiglie, a causa **del numero esiguo di psicologi che lavorano presso l'UO Dipendenze (5 operatori che, considerando i tempi parziali, effettivamente risultano essere 3,19 unità, contro 11 psicologi previsti dagli standard AGENAS)**. Si ritiene che gli interventi rivolti ai genitori siano di fondamentale importanza, soprattutto nell'intercettazione e nella presa in carico degli utenti giovani, obiettivo cardine di questa U.O. I vari interventi di gruppo rivolti ai genitori, realizzati da educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica della nostra U.O., non possono certamente sostituire il lavoro individuale o di gruppo svolto dagli psicologi.

Il programma terapeutico e socioriabilitativo di cui al comma 2 dell'art. 75 del DPR 309/90 può rappresentare un'occasione di aggancio all'U.O. Dipendenze per un intervento di prevenzione mirata, rivolta cioè a persone spesso a rischio di sviluppare una dipendenza patologica, oppure per una presa in carico vera e propria.

Nel corso del 2022, sono stati invitati a sottoporsi ad un programma educativo/informativo, così come previsto dall'art. 75 del TU 309/90, presso le tre sedi SerD dell'APSS 94 soggetti di cui 71 presso il il SerD di Trento, 17 presso il SerD di Riva del Garda e 16 presso il SerD di Rovereto.

Abbiamo inoltre ricevuto 352 **segnalazioni ex art 121 del DPR 309/90** di cui 4 relative a soggetti minorenni .

Le richieste di valutazione tossicologica di secondo livello finalizzate alle **certificazioni di assenza di tossicodipendenza** per le categorie di lavoratori indicate dalla legge (DP 176/09) nel corso del 2022 sono state 24.

Per quanto concerne l'**area alcologia-tabagismo** nel 2022 abbiamo assistito ad una lieve ripresa della domanda di aiuto e sono aumentati i colloqui successivi ai primi (in totale 4.073, di cui 1.085 effettuati tramite videochiamata), dato indicativo di di una maggiore ritenzione in trattamento.

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

Tabella 48. Utenti in carico anni 2019-2022 area alcologia-tabagismo

	2019	2020	2021	2022
N. utenti in carico	1.063	901	919	961
N. utenti in carico /10.000 abitanti	19,64	16,60	16,87	17,73

Tabella 49. Prestazioni "colloqui" area alcologia-tabagismo triennio 2019-2021

	2019	2020	2021	2022
Primi colloqui	504	352	346	343
Colloqui successivi ai primi	2.222	2.606	3.669	4.073

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, 2021 e 2022, che rivelano una maggiore accessibilità del SerD, seppur la differenza si sia attenuata rispetto agli anni precedenti. Per l'area alcologica, in particolare, 20 sono stati i nuovi utenti *under 24*, mentre sono stati 188 quelli complessivamente in carico, già noti dagli anni precedenti.

Tabella 50. Accesso utenti di età 16-24 anni ai servizi (anni 2020 e 2021)

	Area SERD		2022	Area ALCOLOGIA		2022
	2020	2021		2020	2021	
Totale Utenti 16-24 anni	228	204	203	32	30	20/ 188
Maschi/femmine	183/45	162/42	155/48	25/7	26/4	163/25
Under 18	19	12	45	1	0	8
Stranieri	44	41	17	4	7	19

Anche nel corso del 2022 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.

Disturbo da Gioco d'Azzardo

Nel 2022 all'U.O. Dipendenze hanno avuto accesso 9 utenti, tutti seguiti congiuntamente con l'Associazione di Auto mutuo aiuto (A.M.A.).

Club Alcolologici territoriali

Riguardo alla collaborazione con i Club alcolologici territoriali, questi restano importante sostegno per gli utenti e loro familiari, 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 2022 sono pervenute ai Club 106 persone su invio dei professionisti dell'U.O..

Attività di formazione

Nel 2022 è stata realizzata una formazione interna, con esperto esterno, volta a implementare le conoscenze relative al Colloquio motivazionale breve, strumento cardine della relazione con gli utenti. La formazione è stata articolata in due moduli, per un totale di 20 ore e gli operatori coinvolti sono stati 25.

Un altro intervento di formazione interna ha riguardato il tabagismo, che ha coinvolto anche esperti esterni alla U.O. e una formazione interna relativa al programma di prevenzione Unplugged.

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

Si conferma l'abbassamento dell'età di esordio anche al di sotto dei 12 anni, l'aumento dei casi maschili (circa il 10% del totale). Rispetto al 2021 la curva di utenti in carico ha raggiunto un plateau (Tab. 51) che conferma l'aumento della richiesta di cura di circa il 30% (successiva alla pandemia da Covid-19) specie nella fascia pre-adolescenziale e adolescenziale. Si conferma anche l'aumento dei casi di AN di lunga durata (severe enduring AN) che giungono alla nostra osservazione dopo molti anni di malattia, spesso mai trattata. Nella maggior parte dei casi tali pazienti sono ricoverati in reparti internistici che richiedono la nostra consulenza.

I ricoveri "salvavita" in reparto pediatrico sono stati 24 (rispetto ai 40 del 2021) per un totale di 464 giorni di ricovero. 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.

Indicatore: comorbidità

La comorbidità psichiatrica nei Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione è stata cospicua (60-70%), specie negli utenti nel periodo Covid e post Covid. Si sono individuati due cluster: Nelle forme restrittive la comorbidità maggiormente rappresentata è di area depressiva, ansiosa e ossessivo compulsiva, mentre nelle forme bulimiche ha riguardato Disturbi di Personalità di tipo Borderline, Istrionico e Narcisistico e agiti auto lesivi. Rispetto agli anni precedenti è stata più frequentemente necessaria una terapia farmacologica.

INDICATORE: Comunità Terapeutica per DCA e Centro Diurno

Nei primi mesi del 2022 la Comunità Terapeutica per i DCA si è trasferita nel nuovo Centro in Via Esterle, 40. La parte sanitaria è stata internalizzata ed è effettuata dal personale del CDCA in forma multidisciplinare integrata. La componente socio-educativa è stata appaltata a Progetto 92. Durante l'anno si è raggiunta un'ottima integrazione con Progetto 92 con cui vengono effettuate riunioni di equipe settimanali. La Comunità attualmente funziona a pieno regime. L'utenza riguarda la fascia di età tra i 14 e i 25 anni. La Comunità, parte riabilitativa psiconutrizionale è integrata con attività risocializzanti, laboratori esperienziali (yoga, arte terapia, laboratorio di gruppo). L'attività scolastica viene garantita attraverso progetti ad hoc concordati con le scuole.

Il Centro Diurno che aveva avuto un avvio nei primi mesi del 2022 è attualmente sospeso per il licenziamento di una dietista che non ha consentito la prosecuzione del programma del Centro Diurno. Dopo espletamento del concorso, a luglio 2023 è arrivata la nuova dietista per cui auspichiamo di riattivare il Centro Diurno entro la fine dell'anno.

Tabella 51. Attività CDCA 2016 – 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Utenti in carico	250 Minori 66	282 Minori 88	314 Minori 112	364 Minori 122	388 Minori 131	444 Minori 173	429 Minori 165
Utenti dimessi	110	111	83	108	112	136	166
Nuovi utenti	136	96	92	133	132	168	142

INDICATORE: Liste di attesa

Anche nel 2022 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 7 giorni. Le situazioni meno urgenti vengono inserite in lista di attesa con un tempo di circa un mese durante il quale è stato attivato un ambulatorio

infermieristico a cadenza settimanale per il monitoraggio costante dei parametri vitali al fine di cogliere rapidamente eventuali aggravamenti clinici.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

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 2022 è diventata operativa la Nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza (NRNF), che utilizza un nuovo formato di scheda di segnalazione, un nuovo portale per l'invio delle segnalazioni da parte dei professionisti e dei cittadini ed un nuovo applicativo per la gestione delle segnalazioni da parte dei Responsabili di farmacovigilanza ed i Centri di farmacovigilanza.

Il personale del Centro ha gestito 551 segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini ed inviato ai soggetti interessati 42 Note Informative Importanti delle Autorità regolatorie europea e nazionale.

Ha inoltre preso parte all'attività di "analisi del segnale" coordinata dall'Agenzia Italiana del Farmaco, partecipando a 10 incontri dei gruppi di lavoro interregionali sui farmaci e sui vaccini.

È proseguita la produzione di rapporti periodici di farmacovigilanza sui farmaci e sui vaccini, in collaborazione con il Dipartimento Prevenzione: nel 2022 sono stati pubblicati 4 rapporti trimestrali sui vaccini per il COVID-19 ed un rapporto annuale sui farmaci e sugli altri vaccini.

Infine, i farmacisti del CPFV hanno svolto un ciclo di docenze nell'ambito del Corso di perfezionamento in nursing assessment avanzato in situazioni assistenziali complesse e di criticità, organizzato dall'Università degli Studi Verona, sulle tematiche della sicurezza dei medicinali e della organizzazione dell'attività di farmacovigilanza.

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica assicura ai cittadini l'accesso ai farmaci rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale; essa è tradizionalmente suddivisa, anche ai fini della rendicontazione economica, in assistenza farmaceutica sul territorio e nelle strutture di cura.

Sul territorio, le farmacie assicurano l'assistenza farmaceutica convenzionata (AFC) dispensando, sulla base di prescrizioni mediche, i farmaci di proprietà che vengono successivamente rimborsati dal Sistema Sanitario Provinciale (SSP). Un'altra forma di erogazione di medicinali che viene effettuata dalle farmacie convenzionate è rappresentata dalla Dispensazione Per Conto (DPC) dell'Azienda Sanitaria; con tale modalità vengono forniti ai cittadini i medicinali di proprietà dell'Azienda Sanitaria dietro un compenso per ogni confezione erogata. Inoltre, le farmacie convenzionate assicurano l'assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale (AFA) ossia la fornitura 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 SSP e rappresenta di fatto un ampliamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) stabiliti a livello nazionale.

Nel 2022 sono state autorizzate due nuove farmacie e una sede si è resa vacante, portando a 160 il numero totale delle farmacie convenzionate pubbliche e private operanti sul territorio provinciale, con una media di circa 3 sedi/10.000 abitanti.

Infine, 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.

INDICATORE: Appropriately prescrittiva farmaceutica

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

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

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ad alcuni degli indicatori che lo compongono.

C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica ■ 2,76

L'indicatore C9 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:

C6.8 Rischio farmacologico

- C6.8.1 Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci
- C6.8.2 Dispensazione concomitante \geq 10 farmaci
- C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica
- C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

C9.7 Gastrointestinali

- C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

C9.8 Antimicrobici

- C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio
- C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)
- C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio
- C9.8.1.7 Proporzioni di antibiotici Access

C9.9 Farmaci in Salute Mentale

- D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.

C9.17 Ospedaliera

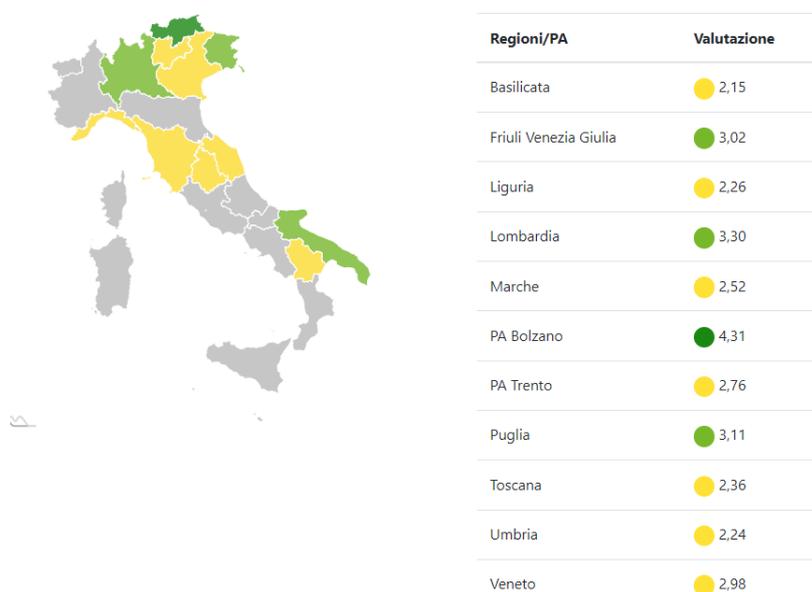
- C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti

C21.2 Terapia post IMA

- C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione
- C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione
- C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2022 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance media (2.76).

Figura 56. Appropriatezza prescrittiva farmaceutica: confronto tra le Regioni/PP.AA. (Network S. Anna di Pisa 2022)



INDICATORE: C21 - Appropriatezza 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.

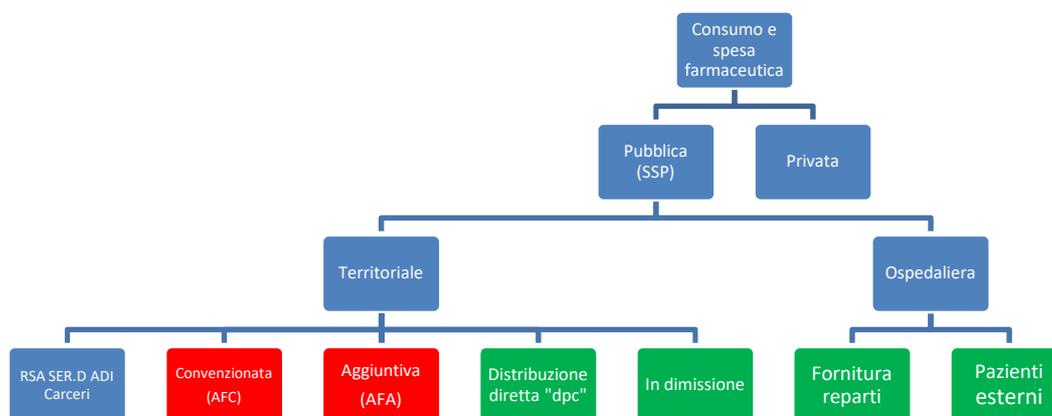
Il punteggio di questo indicatore è dato dalla media dei punteggi dei seguenti sottoindicatori che lo compongono:

- C21.3.1 % di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni) ■ **82,35 %**
- C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) ■ **83,61%**
- C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) ■ **76,82 %**
- C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti) ■ **12,87 %**
- C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi ■ **25.44%**

Figura 57. C21 - Appropriatazza d'uso (aderenza farmaceutica): confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2022)

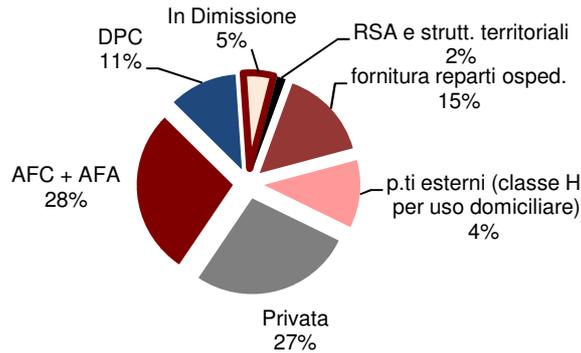


Figura 58. Schema riassuntivo delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica



In Trentino nel 2022 la spesa per l'assistenza farmaceutica ha raggiunto un valore totale di oltre 235 milioni di euro e come da grafico sottostante la componente pubblica (SSP), articolata in ospedaliera e territoriale, ha coperto il 73 % del totale lasciando a carico del cittadino la parte privata rappresentata dai farmaci acquistabili solo con ricetta bianca (Classe C) o senza (OTC e SOP).

Figura 59. Ripartizione della spesa farmaceutica in PAT (anno 2022)



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

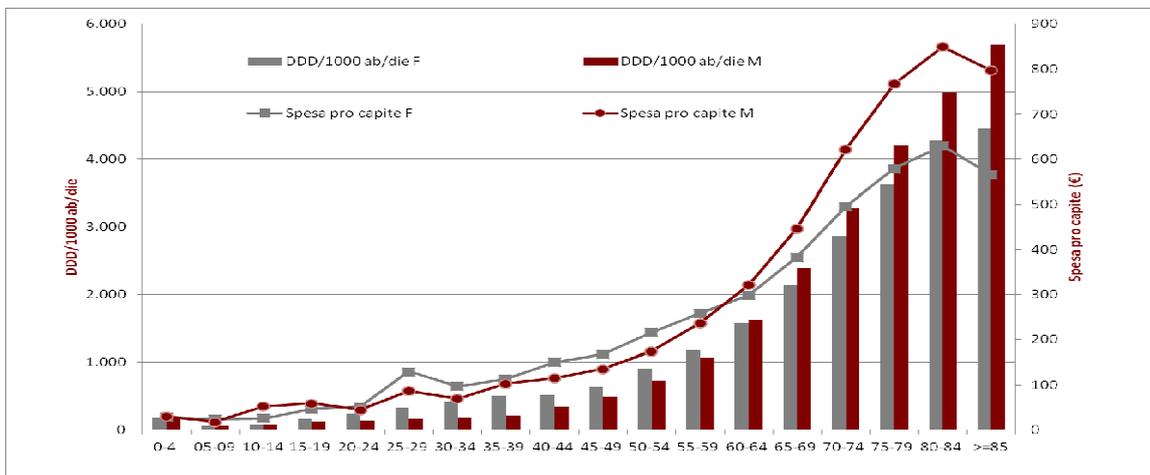
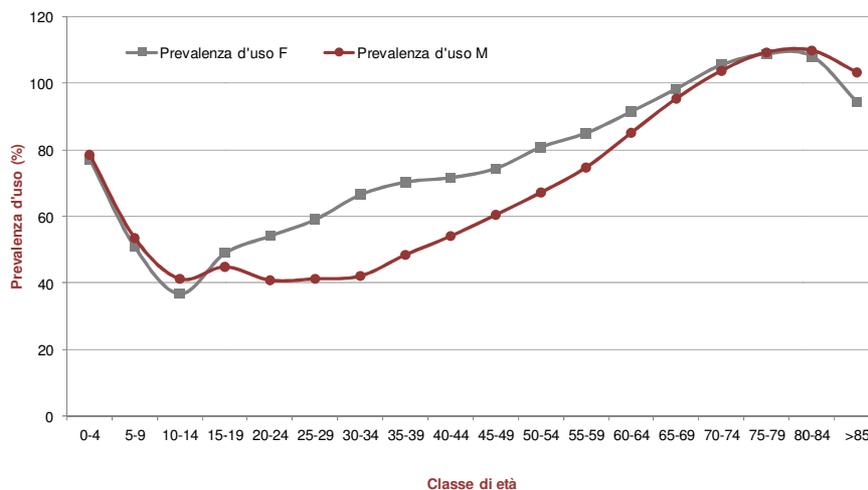


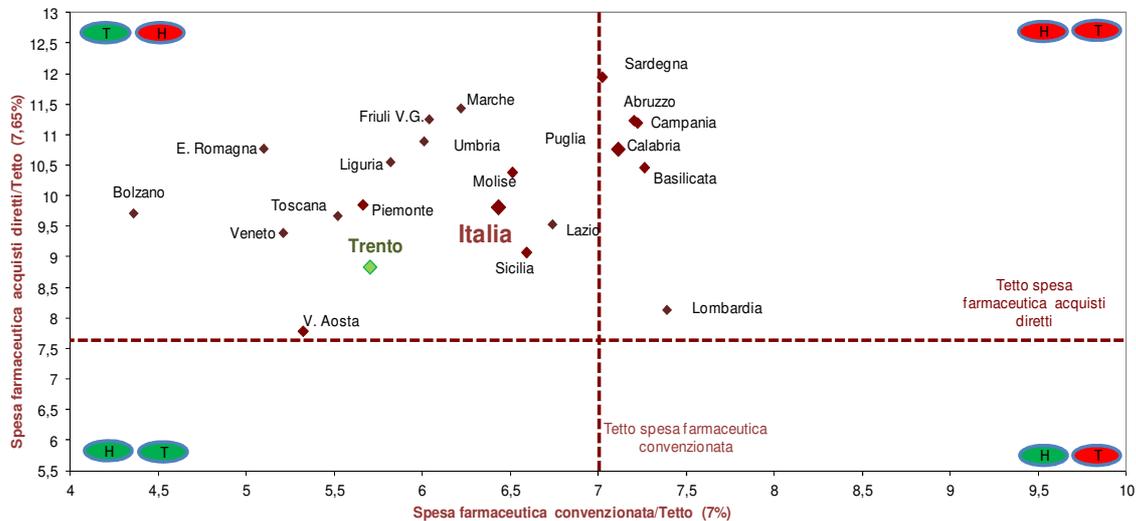
Figura 61. Prevalenza d'uso per classi di età e genere



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 7,65% 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).

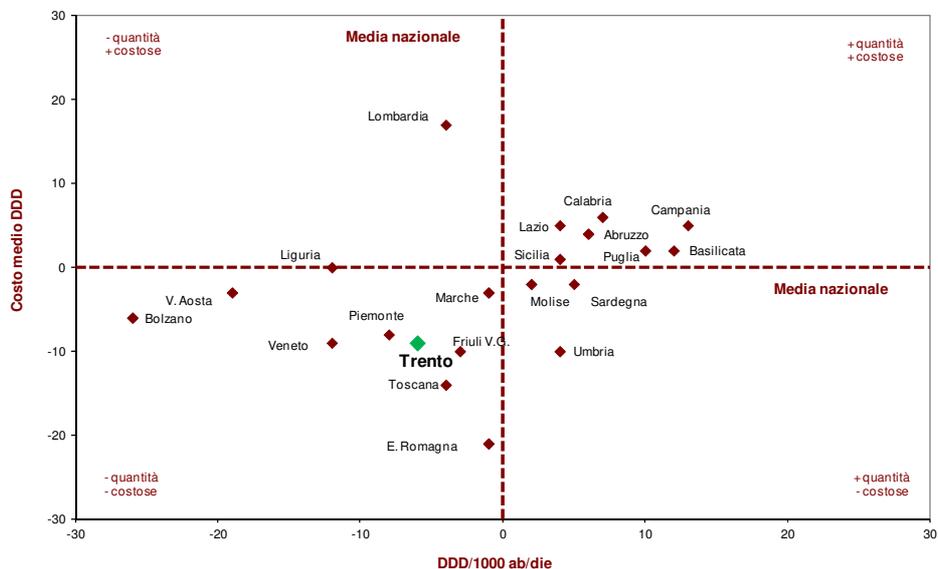
Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati: come è facilmente rilevabile, nel 2022 la P.A. di Trento ha assorbito il 5,70% del tetto della spesa farmaceutica convenzionata con un avanzo di € 14,3 milioni, mentre ha sfiorato dello 1,19% (+€ 13 milioni) quello degli acquisti diretti al pari di tutte le altre regioni italiane. Tuttavia il tetto complessivo è stato rispettato al pari di Veneto, P.A. Bolzano e Val D'Aosta con un attivo di €3.0 milioni.

Figura 62. Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati (anno 2022)



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 2022 sono state assunte al giorno 1069.48 dosi di farmaci ogni mille abitanti al costo medio di € 0.33, mentre in Italia i valori medi sono stati rispettivamente 1140.6 e 0.33. Nella classifica delle Regioni e PA con il miglior rapporto spesa/consumo la PA di Trento si posiziona al settimo posto dietro la PA di Bolzano, Emilia Romagna, Val d'Aosta, Veneto Toscana e Piemonte che poi si collocano tutte nello stesso quadrante.

Figura 63. Rapporto tra consumo di farmaci e spesa (anno 2022): scostamento % dalla media nazionale



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 equivalenti senza marchio industriale (unbranded) e pertanto a minor costo rappresentino il 42% 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

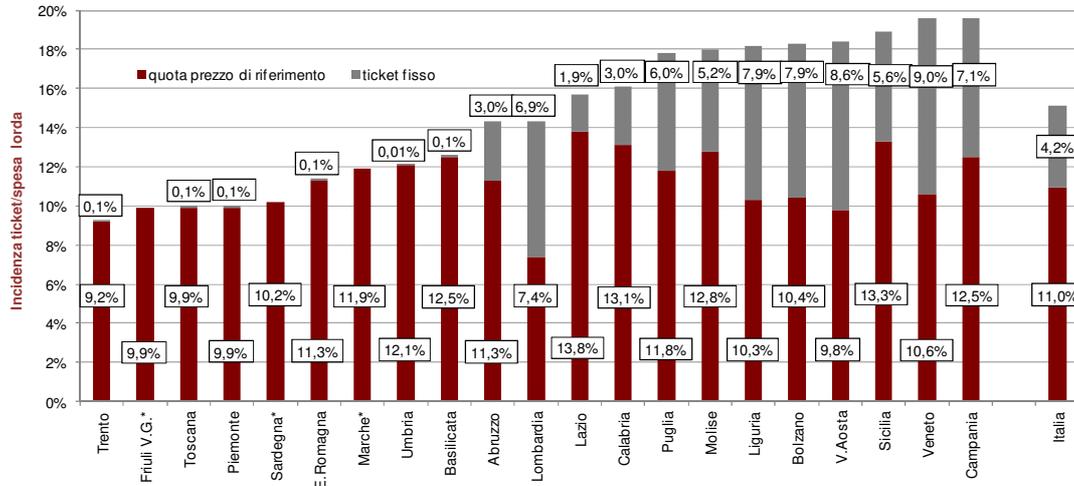


Figura 65. Consumo di farmaci equivalenti (anno 2022)

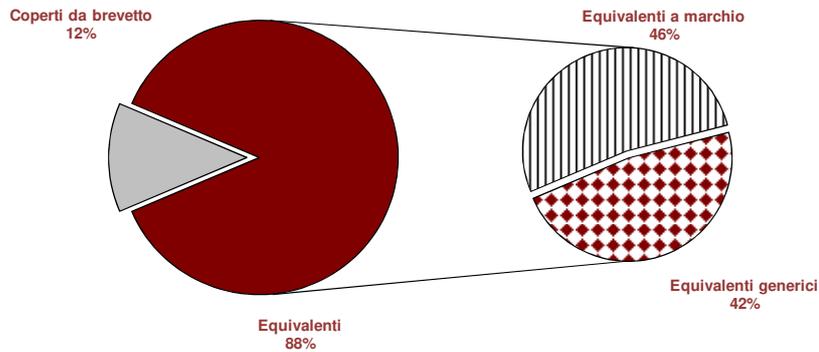
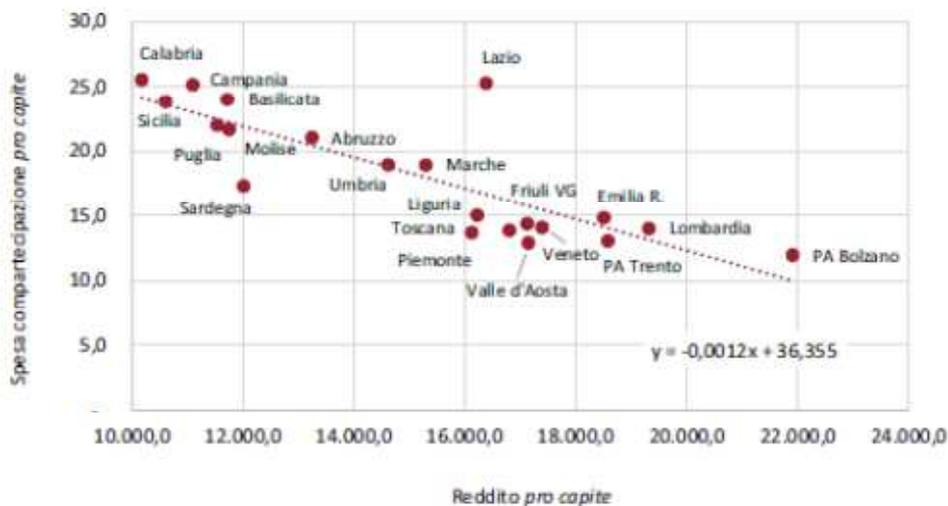


Figura 66. Analisi di correlazione tra spesa per compartecipazione e reddito pro capite



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 al costo (fig. 68) la PA di Trento si colloca nel quadrante dove è maggiore il consumo di biosimilari 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

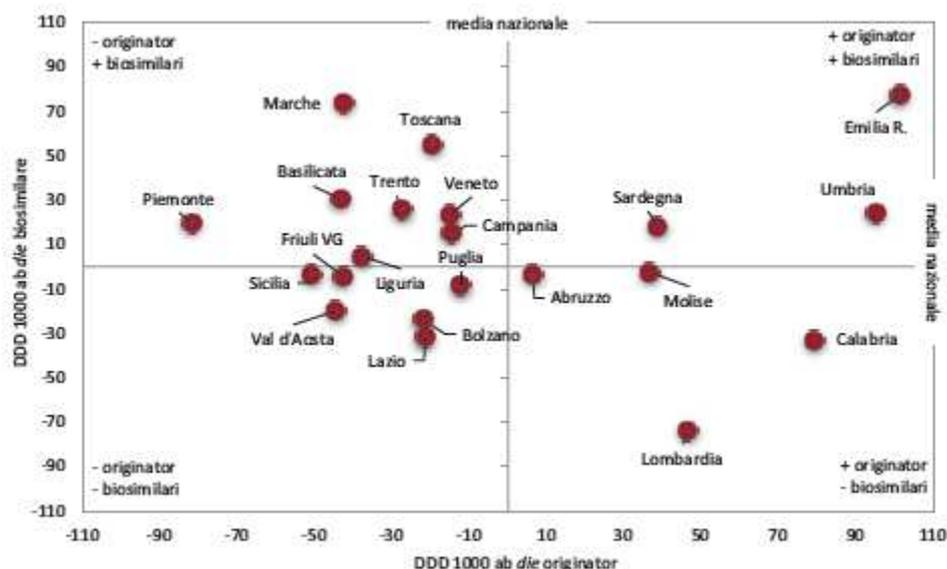
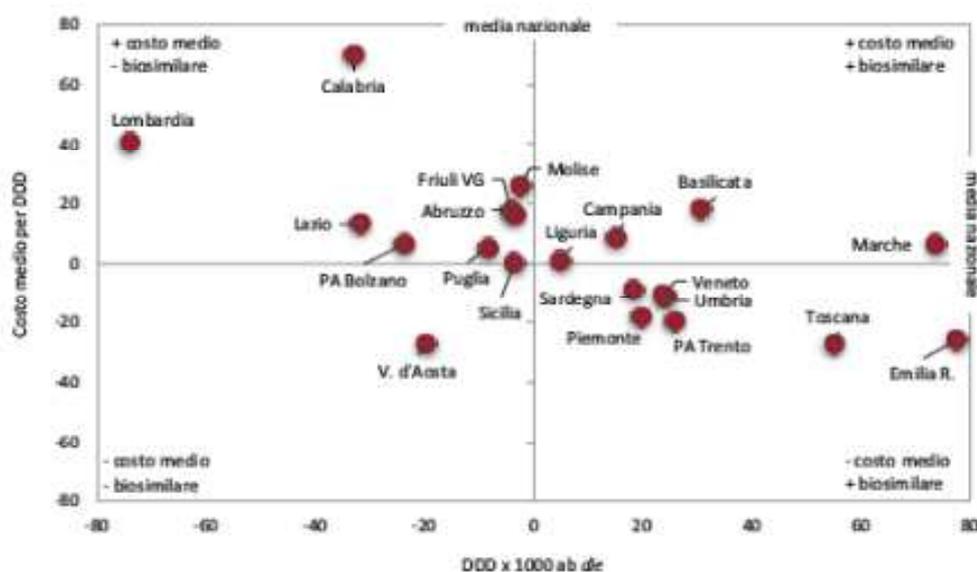


Fig 68. Consumi e costo medio dei biosimilari rispetto alla media nazionale



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il Servizio Specialistica Ambulatoriale ha il compito di coordinare funzionalmente l'attività ambulatoriale erogata presso gli ospedali, gli ambulatori distrettuali di APSS e le strutture accreditate presenti sul 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.

Le strutture pubbliche che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali comprendono 7 ospedali, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto; inoltre sono presenti 12 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 la priorità clinica, che in provincia di Trento è applicata secondo il modello denominato RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea). I tempi di attesa per categoria di priorità clinica sono coerenti con quanto indicato dagli Accordi Stato-Regioni del 2002, con il 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 alcuni sportelli/ambulatori aziendali e prenotazione via web; per le prestazioni non prioritarie e

per quelle che non necessitano di specifiche preparazioni (es. radiografie del torace, ECG, ecc) in alcuni casi è previsto un accesso diretto presso la struttura erogante.

Tutte le prenotazioni (via telefono, via sportello, via web), sia in regime istituzionale (SSN) che in libera professione intramoenia (LP), 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 è possibile, salvo pochi casi, soltanto dietro presentazione, o comunque disponibilità, di ricetta SSN, che può essere cartacea oppure informatizzata (DEMA).

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. L'attività in libera professione intramoenia è prenotata con un percorso separato, tramite il sistema CUP al fine di garantire trasparenza e tracciabilità delle prestazioni erogate ed evitare possibili interferenze.

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.

Attraverso il sito web dell'Azienda sanitaria è altresì possibile consultare i tempi di attesa previsti dai monitoraggi nazionali e provinciali.

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle previste dal nuovo Piano di governo delle liste di attesa 2019-2021, che si riferiscono al monitoraggio dei primi accessi (sono escluse visite e prestazioni prescritte come controlli o successive).

Tabella 52. Trend relativo al volume di prenotazioni effettuate dal CUP negli anni 2016-2022

Anno	Regime istituzionale (SSN)	LP	Totale SSN+LP	% rispetto all'anno precedente	% LP rispetto all'anno precedente	% LP vs. SSN anno
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%
2022	1.173.009	122.972	1.295.981	4,6%	9,0%	10,5%

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

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 concretizzatasi in una contrazione di 320.384 prenotazioni.

Per contro nei successivi anni 2021 e 2022, 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%) nell'anno 2021 ed a 1.173.009 prenotazioni nell'anno 2022 (+4,6%).

Nelle successive tabelle sono rappresentati i tempi di attesa mediano ed al 90° percentile delle prestazioni prenotate ed erogate con codice RAO ad elevata priorità A, B, C (corrispondenti ai codici U, B, D nazionali) nel corso degli anni dal 2020 al 2022 riferiti agli utenti che hanno prenotato il primo posto libero offerto al momento del contatto con il CUP (escluse le prenotazioni di prestazioni pre- e post-ricovero, cosiddetti "fogli gialli" e i controlli programmati).

Tabella 53. Numero di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO A B C – da 2020 a 2022 (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		

Priorità RAO 2022	n. prenotazioni	tempo di attesa mediano (gg)	tempo di attesa nel 90° percentile delle prenotazioni (gg)
A (U)	16.692	1	5
B (B)	76.924	6	26
C (D)	82.023	17	59
Totale ABC	175.639		

Nel corso degli anni 2020 e 2022, 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 rispettivamente di 3, 10, 30 giorni nel 90% dei casi, dovuto anche ad una situazione di difficoltà nel reperimento di professionisti in sostituzione dei pensionamenti e quindi della conseguente riduzione dell'offerta ospedaliera e della specialistica ambulatoriale interna.

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.

Di seguito una sintesi dei volumi di attività erogata in televisita nel corso del 2022 suddivise per prime visite e visite di controllo.

Tabella 54

PRV	Q.TA'	CONTROLLI	Q.TA'
EMATOLOGIA	987	CAD	6.631
ANESTESIA-ALGOLOGIA	775	EMATOLOGIA	1.827
DERMATOLOGIA	391	ENDOCRINOL	1.789
INFETTIVI	235	DIETETICO	1.431
OSTETRICA-GINECOLOGIA	179	DERMATOLOGIA	1.395
DIETETICO	178	OSTETRICA-GINECOLOGIA	1.356
NCH	89	MEDICINA	914
ORL	75	NEUROLOGIA	854
PNEUMOLOGIA	67	ORTOPEDIA	839
ORTOPEDIA	65	ORL	768

Figura 69

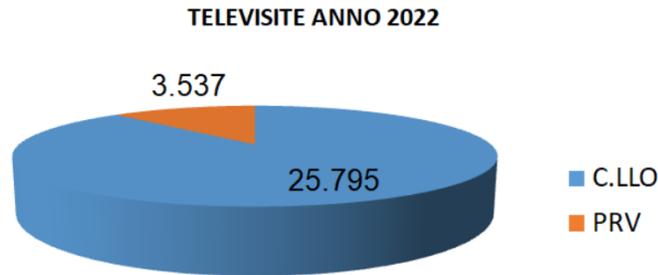
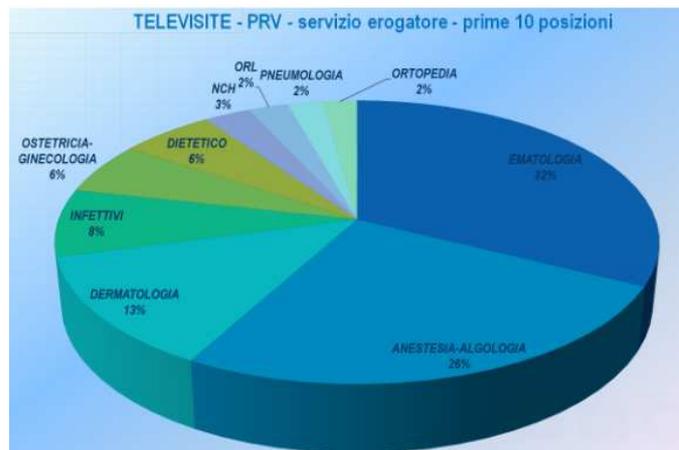


Figura 70



Fonte: dati cassa

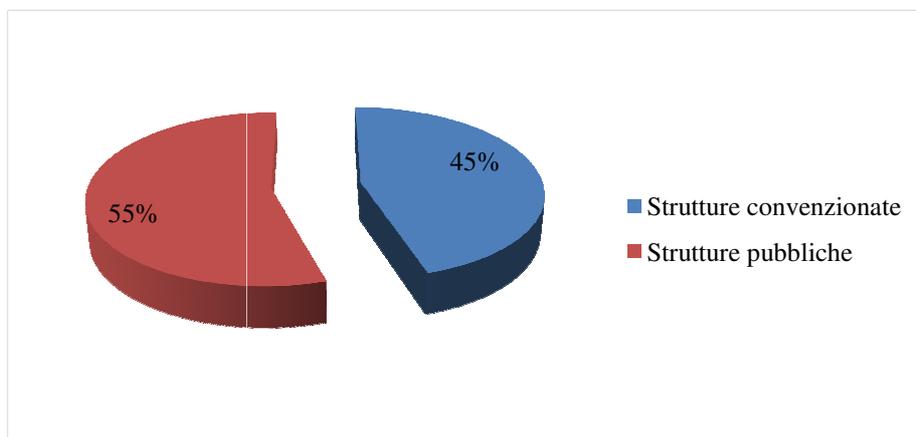
Un altro strumento di lavoro a distanza introdotto in seguito all'emergenza è quello delle **"Finestre telefoniche"** che permette un efficace confronto e contatto tra i Medici di Base e i colleghi specialisti anche per ottenere una *second opinion* per una scelta condivisa da parte del MMG del miglior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

Nell'anno 2022 l'attività odontoiatrica è stata garantita in forma diretta dalle strutture pubbliche della APSS e da 22 studi e ambulatori privati convenzionati (anno 2021 = 23).

Per quanto attiene le attività ambulatoriali, complessivamente sono state erogate 125.484 prestazioni (anno 2021 = 110.505), di cui 68.765 (54,8%) dagli ambulatori della struttura pubblica (anno 2021 = 52.283 pari al 47%) e 56.719 (45,2%) dagli ambulatori convenzionati (anno 2021 = 58.222, pari al 53%) (figura 71 e tabella 55).

Figura 71. Assistenza odontoiatrica diretta - prestazioni erogate per tipologia di struttura - anno 2022



A tale attività deve essere aggiunta quella erogata in forma indiretta dagli ambulatori privati, ai quali si sono rivolte, ottenuto il nulla osta, persone 185 (anno 2021 = 204 persone), di cui 117 (57%) per cure, 44 (22%) per prestazioni di ortodonzia e 24 (12%) per prestazioni protesiche, per un valore complessivo di euro 70.243,17 (anno 2021 = 78.707,86 euro).

In sintesi, l'analisi dei dati della assistenza odontoiatrica erogata in regime ambulatoriale evidenzia per l'anno 2022:

- un aumento del numero complessivo di prestazioni erogate rispetto al 2021 (+13,6%), determinato dall'aumento dell'attività delle strutture pubbliche (+31,5%), mentre si registra una diminuzione delle prestazioni delle strutture convenzionate (-2,6%).

Tabella 55. Numero prestazioni ambulatoriali di odontoiatria per tipologia di struttura anni 2019 – 2020 – 2021-2022

Tipologia struttura	Numero prestazioni odontoiatriche ambulatoriali			
	2022	2021	2020	2019
Pubblica	68.765	52.283	46.031	77.539
Convenzionata	56.719	58.222	51.322	61.407
Totale	125.484	110.505	97.353	138.946

- un numero di prestazioni di "Diagnostica" assimilabile alle prestazioni di "Cure" e il maggior impegno delle strutture convenzionate, rispetto a quelle pubbliche, nelle attività di protesica e di ortodonzia (tabella 56 e figura 72).

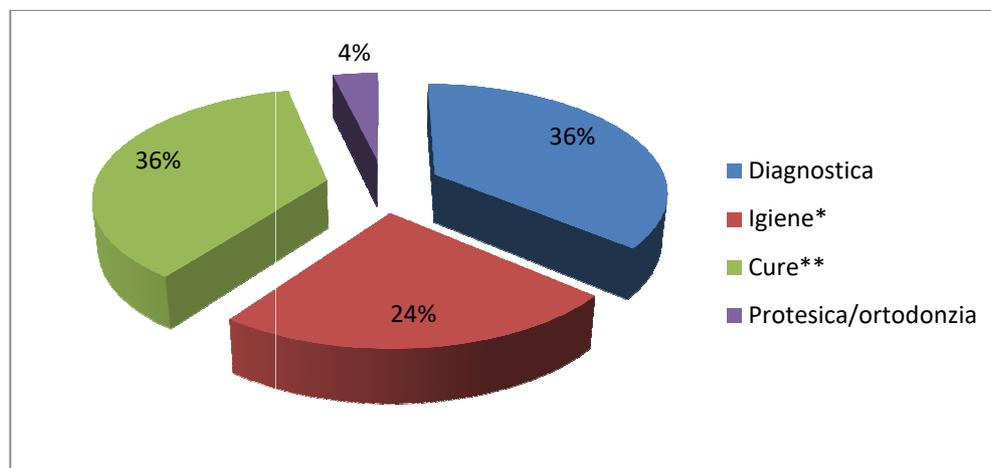
Tabella 56. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2022

Assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento - anno 2022			
Prestazioni	APSS	Strutture convenzionate	Totale
	n.	n.	n.
Diagnostica	29.680	15.767	45.447
Visita	27.714	13.897	41.611
<i>prima visita</i>	17.458	6.978	24.436
<i>visita di controllo</i>	10.256	6.919	17.175
Radiografia dentaria	1.966	1.870	3.836
Igiene*	15.005	14.835	29.840
Cure**	22.831	22.787	45.618
Protesica/ortodonzia	1.249	3.330	4.579
Totale	68.765	56.719	125.484

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

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

Figura 72. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2022



* 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 26.761 (anno 2021 = 23.597), come di seguito riportato.

Tabella 57. Persone che hanno beneficiato della LP 22 per tipologia di struttura – anni 2019 – 2020 – 2021 – 2022

Struttura	N. persone			
	2022	2021	2020	2019
APSS	14.226	10.974	9.684	17.455
Convenzionata	12.350	12.419	11.143	13.359
Privata (ass. indiretta)	185	204	159	315
Totale	26.761	23.597	20.986	31.129

- 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 47,11% (tabella 58) e il 51,57% delle prestazioni erogate nell'anno.

Tabella 58. Odontoiatria - prestazioni erogate in strutture APSS a favore di minori – anni 2019 - 2020 – 2021 – 2022

Prestazioni	Percentuale sul totale delle prestazioni erogate da APSS			
	2022	2021	2020	2019
Totale	47,11%	46,09%	46,50%	53,00%
Prime visite	39,36%	37,08%	35,37%	38,96%
Igiene	60,30%	67,20%	73,74%	73,19%
Cure	46,66%	43,70%	41,97%	50,20%

Relativamente alla cittadinanza, gli stranieri rappresentano il 20,6% del totale delle persone, delle quali è documentata la provenienza, che hanno usufruito dell'assistenza odontoiatrica nelle strutture APSS, il 18,9% 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 rumena, marocchina, albanese;

- un costo complessivo di euro 12.511.808 (anno 2021 = 13.435.520 euro).

Relativamente all'**attività in regime di degenza**, nel 2022 le UU.OO. di Chirurgia Maxillo Facciale dell'Ospedale di Trento e di Chirurgia Orale Disabili e Odontoiatria dell'Ospedale di Borgo Valsugana hanno effettuato complessivamente 294 ricoveri in day surgery.

Si riportano di seguito i DRG più frequenti determinati dal ricovero in regime diurno nelle due unità operative nel 2022.

Tabella 59. Day surgery UU.OO Chirurgia Maxillo Facciale dell'Ospedale di Trento e Chirurgia Orale Disabili e Odontoiatria dell'Ospedale di Borgo Valsugana DRG più frequenti 2022

DRG	Dimessi
	2022
187 Estrazioni e riparazioni dentali	153
169 Interventi sulla bocca senza CC	74
538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	21

Nel corso del 2022, per quanto riguarda la collaborazione tra l'Unità Operativa Chirurgia Orale Disabili e Odontoiatria dell'Ospedale di Borgo Valsugana e l'Unità Operativa Chirurgia Maxillo Facciale dell'Ospedale di Trento vanno segnalate le seguenti modalità operative:

- due odontoiatri della U.O. di Chirurgia Orale per Disabili e Odontoiatria dell'Ospedale di Borgo Valsugana partecipano alle urgenze odontoiatriche festive presso l'U.O. Chirurgia Maxillo Facciale dell'Ospedale di Trento;
- un odontoiatra dell'U.O. di Borgo Valsugana specialista in chirurgia orale per 2/3 giorni in settimana è a disposizione della chirurgia maxillo facciale per interventi di chirurgia orale ambulatoriale al fine di ridurre le liste di attesa presso l'U.O. di Trento;
- i chirurghi maxillo-facciali dell'U.O. di Trento eseguono interventi di chirurgia orale ambulatoriale a Mezzolombardo collaborando con l'U.O. di Borgo Valsugana;
- le attività di cure odontoiatriche in narcosi su pazienti fragili sono iniziate anche a Trento grazie alla disponibilità della sala pediatrica presso l'U.O. Chirurgia Maxillo Facciale.

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 una forte integrazione con il Territorio.

Il sistema ospedaliero unificato continua ad operare anche attraverso forme organizzative trasversali: i dipartimenti, le aree funzionali omogenee, le reti clinico-organizzative 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, la disponibilità di attrezzature, tecnologie e competenze. La numerosità di ricoveri per abitante indica la capacità di orientare la domanda nei diversi setting di cura e il livello raggiunto nel 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.

La domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico deve essere guidata dal sistema sanitario, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e, quindi, al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario e venga erogata nelle forme più appropriate.

INDICATORE: Capacità di governo della domanda di assistenza

La capacità di governo della domanda sul livello ospedaliero è valutata attraverso l'indicatore sintetico denominato "Capacità di governo della domanda di assistenza", che assume un valore pari alla media dei punteggi degli indicatori di valutazione H01Z C1.1.1 e C1.1.2.1 relativi al tasso di ospedalizzazione.

Per il 2022, con la risalita dei valori, l'indicatore mostra il progressivo recupero del calo di attività erogato durante la pandemia; tuttavia, la valutazione delle performance risente non tanto di una maggiore efficienza di sistema, bensì di un cambiamento della domanda e di un condizionamento dell'offerta rispetto alla fase pre-pandemica. Per il 2022, il S. Anna ha reintrodotta la valutazione di performance su questi indicatori per i quali nel 2020 e 2021 aveva limitato l'analisi alla rilevazione.

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 il trend nel triennio 2020-2022 in relazione a quello delle regioni appartenenti al network.

H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente: **124,40**

C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso: **125,50**

C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti: **92,47**

C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso: **22,80**

C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti: **6,94**

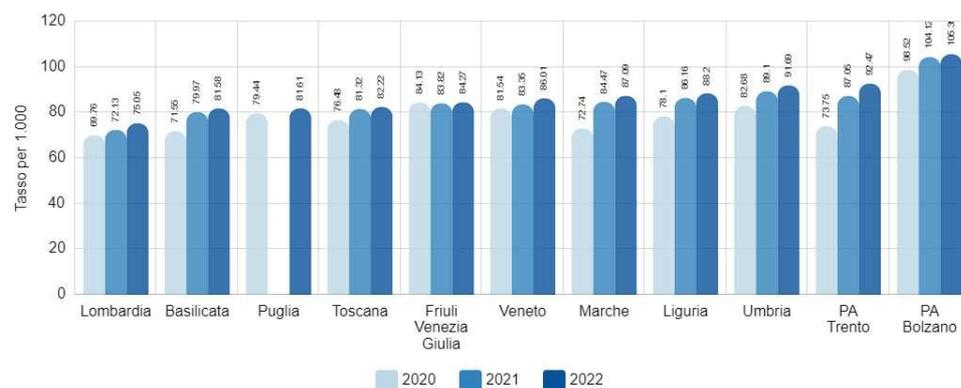
C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso: **8,21**

C1.5 Indice di case mix: **1,03**

C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA): **39,97%**

Figura 73. Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso - Trend 2020-22

C1.1.1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti
Regioni - Trend 2020-2022



Centro Clinico NeMO

Dal 1° marzo 2021 è attivo a Villa Rosa il Centro Clinico NeMO con l'intento, da parte della PAT e di APSS, 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 un accordo con la Fondazione Serena Onlus, ente gestore in Italia degli altri Centri clinici NeMO. I reciproci impegni dei due enti sono sanciti da una Convenzione che, in particolare, stabilisce le modalità 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 composto da membri dei due enti, APSS e Fondazione Serena. Le attività e gli obiettivi sono concordati mediante la stesura di un accordo annuale, redatto per ogni anno della sperimentazione gestionale. L'integrazione del Centro NeMo all'interno di APSS riguarda diversi percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, come quello inerente la gestione della SLA e quello sulle patologie neuromuscolari pediatriche.

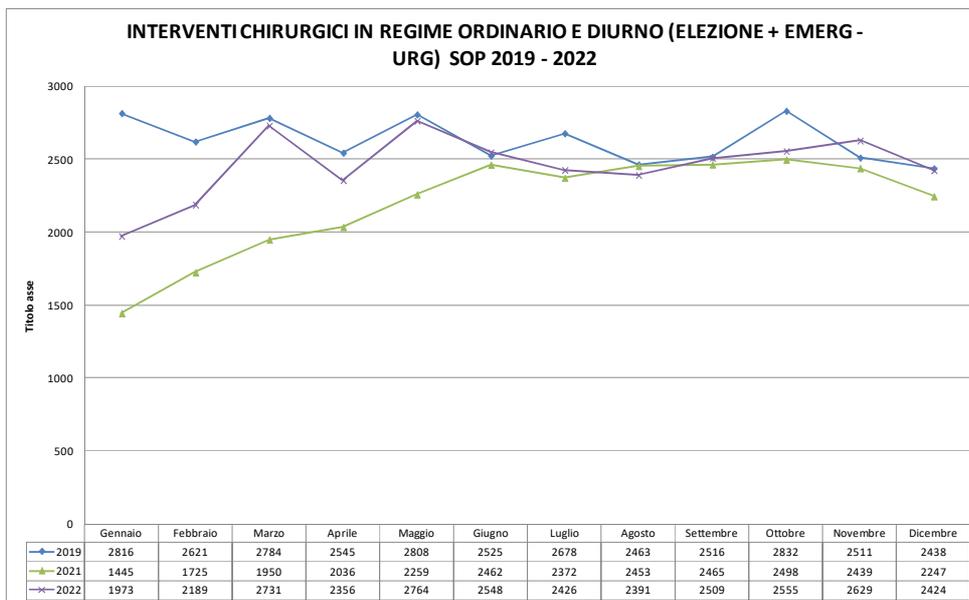
Sono state create tutte le interfacce con i Servizi Aziendali per garantire la fruizione delle prestazioni necessarie e sono attive all'interno dell'Ospedale Villa Rosa le relazioni e l'integrazione con i diversi Servizi già presenti; in particolare, è rilevante l'attività di supporto per gli ausili dal Centro Abilita dell'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione 2.

ATTIVITÀ CHIRURGICA

Nel 2022 si conferma un incremento dell'attività chirurgica rispetto all'anno 2021, dovuto soprattutto alla mitigazione dell'impatto della pandemia COVID-19 che ha influenzato solo i primi due mesi dell'anno. Il numero di interventi in regime ordinario e Day Surgery, eseguiti nel 2022, è pari a 29.495, rispetto ai 26.351 interventi del 2021. Nel 2019 gli interventi chirurgici sono stati 31.537.

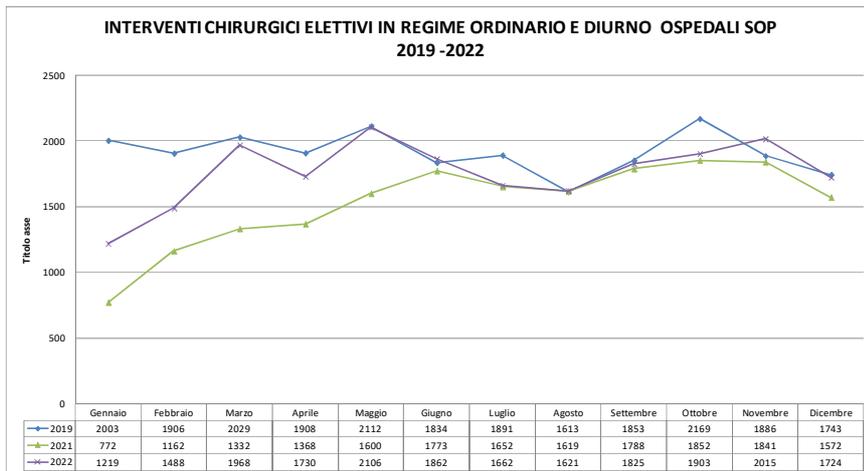
Nel grafico che segue si può evincere la correlazione tra i volumi di attività chirurgica e la pandemia COVID-19: risulta ancora evidente nel 2022 un calo di attività nei primi due mesi, mentre nel resto dell'anno il numero di interventi chirurgici si è avvicinato, e in alcuni casi ha superato, quello del 2019. L'esperienza acquisita, sia in ambito clinico che organizzativo, ha permesso di limitare il calo dell'attività chirurgica e di incrementarla appena le condizioni lo hanno consentito.

Figura 74. Interventi chirurgici in regime ordinario e Day Surgery – anni 2019, 2021, 2022



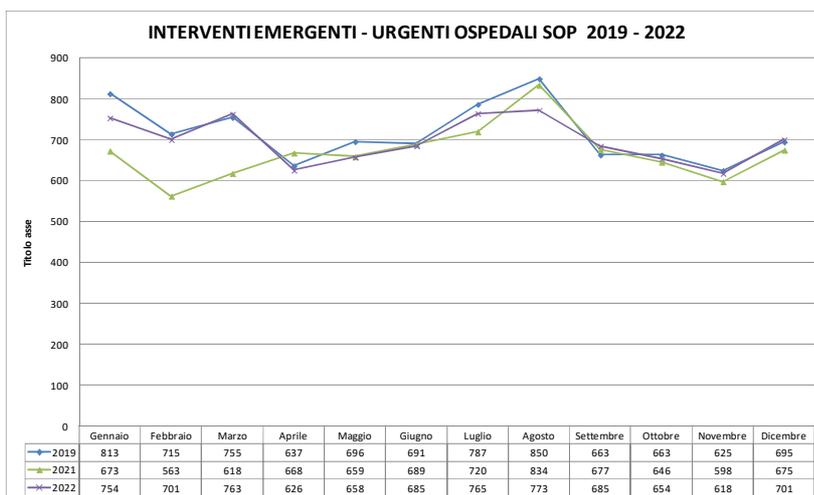
Il termine "elettivo" viene comunemente associato ad interventi considerati differibili e programmabili, che non richiedono quindi un trattamento immediato (urgenza). Tuttavia, il ritardo nell'erogazione della cura potrebbe implicare per il paziente un rischio non trascurabile di peggiorare la propria qualità di vita e di andare incontro ad esiti peggiori. Analizzando i dati relativi agli interventi chirurgici elettivi, si evince come nel 2022 vi sia stato globalmente un incremento rispetto al 2021, con 21.123 interventi rispetto ai 18.331 del 2021, senza tuttavia raggiungere il numero di interventi del 2019.

Figura 75. Interventi chirurgici elettivi in regime ordinario e Day Surgery – anni 2019, 2021, 2022



Gli interventi emergenti-urgenti, influenzati in misura minore dalla programmazione, hanno mantenuto nel 2019, 2021 e 2022 un trend sovrapponibile, ad eccezione del periodo gennaio-marzo 2021 coincidente con il periodo della terza ondata pandemica COVID-19, periodo caratterizzato dalla chiusura delle attività legate al turismo invernale.

Figura 76. Interventi chirurgici emergenti-urgenti – anni 2019, 2021, 2022



INDICATORE: Appropriatezza 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 quest'ottica l'indicatore con struttura ad 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 inappropriata 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 chirurgia in Day Surgery, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche, che risulta comunque più contenuta rispetto ad altre Regioni.

La pandemia COVID-19 ha influenzato i volumi e la tipologia delle attività erogate nei primi due mesi del 2022; 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. Rispetto al 2021 vi è un globale miglioramento degli indicatori considerati.

Per il 2022, 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 inappropriata in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) **0,14**

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici **14,72%**

C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari **15,03%**

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o RO 0-1 gg **40,97%**

C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) **45,49%**

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti **11,86**

Figura 77. Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari – Trend 2020-2021-2022

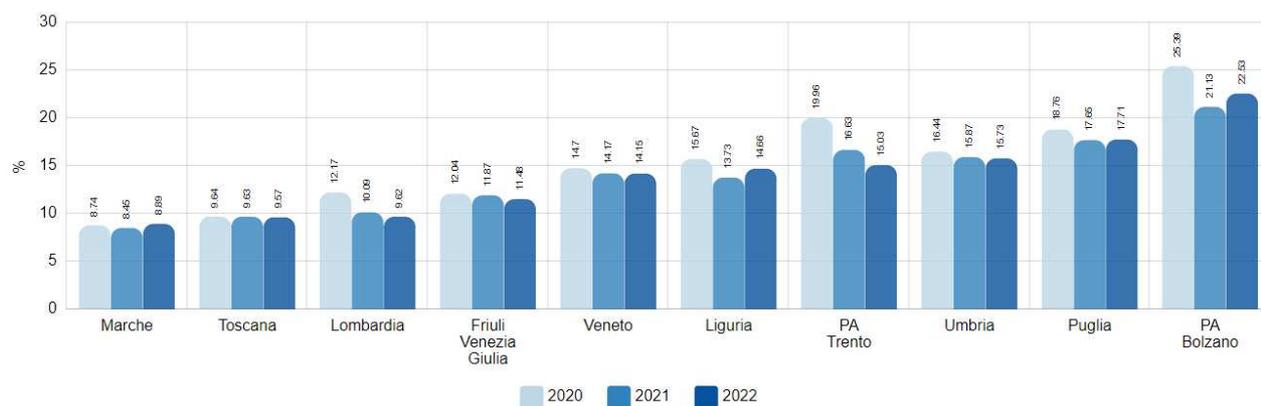
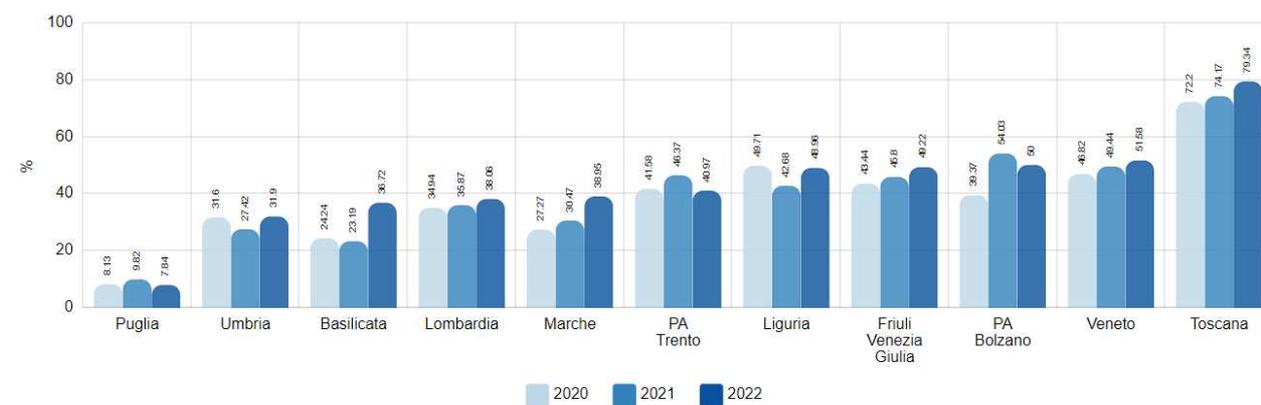


Figura 78. Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 gg – Trend 2020-2021-2022



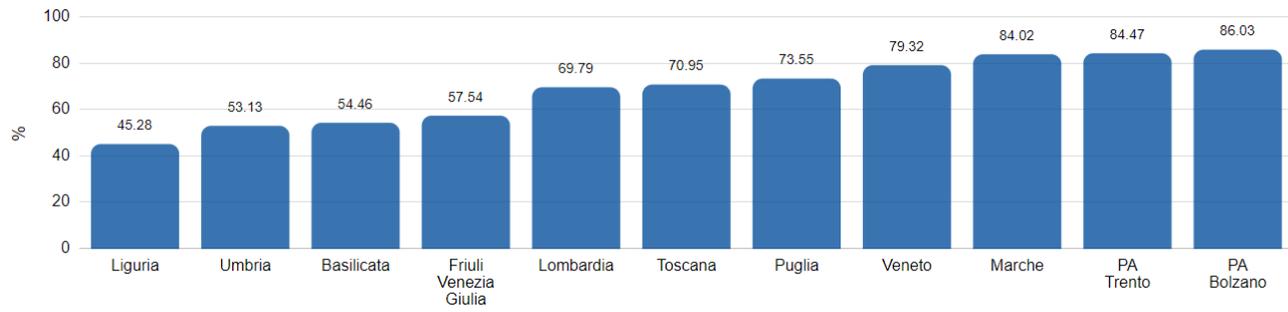
Intervento per la frattura del collo del femore

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 corrisponda un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente.

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

Nel 2022 la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni è per APSS del **84,47 %** rispetto al **75,47% del 2021**, con valori quindi in aumento rispetto all'anno precedente, proiettando APSS in seconda posizione del Network delle Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna, Università di Pisa.

Figura 79. Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni - anno 2022



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 dei pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza: anche per il 2022 solo il 58,34% dei ricoveri in reparti chirurgici, provenienti da pronto soccorso, ha un DRG chirurgico in fase di dimissione, dato comunque in lieve miglioramento rispetto al 2021.

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):

- C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (peso 10%)
- H13C Percentuale di pazienti di età ≥65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime Ordinario (peso 40%)
- C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali (peso 10%)
- C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (peso 20%)
- C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (peso 20%)

Nel confronto con le altre regioni del Network delle Regioni del S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2021, nel 2022 l'APSS di Trento mantiene e migliora la sua valutazione (**3,49**), risultando per il 2022 la seconda 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:

- C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno **40,97%**
- H13C Percentuale di pazienti di età ≥65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime Ordinario **81,94%**
- C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali **95,22%**
- C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione **58,34%**
- C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore **93,86%**

Figura 80. Qualità clinica/qualità di processo confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network delle Regioni del S. Anna di Pisa - anno 2022

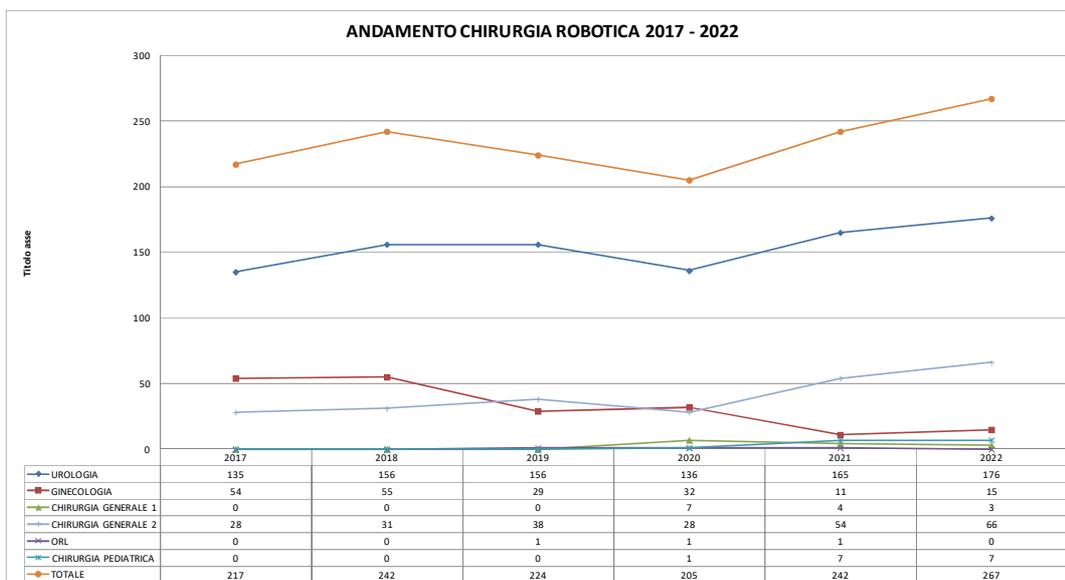


Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	3,51
Friuli Venezia Giulia	2,89
Liguria	2,12
Lombardia	1,86
Marche	2,99
PA Bolzano	3,37
PA Trento	3,49
Puglia	2,62
Toscana	2,88
Umbria	2,68
Veneto	3,19

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 minore degenza ospedaliera, minore dolore post-operatorio, ridotto rischio di infezioni, minore 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 con 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 6 anni è di 1.397. In particolare, nel 2022 il numero di interventi eseguiti è aumentato raggiungendo 267 interventi, nuovo record assoluto.

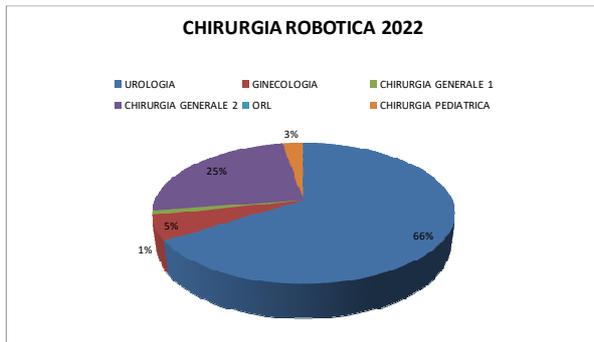
Figura 81. Andamento chirurgia robotica 2017-2022



Diversamente da altre realtà ospedaliere in cui il Robot da Vinci è quasi ad uso esclusivo del chirurgo urologo, presso l'Ospedale S. Chiara per il 34% circa degli interventi è utilizzato da altre specialità chirurgiche, come rappresentato nel

grafico sottostante. Si evidenzia infatti un incremento significativo nell'ambito della Chirurgia generale e una ripresa in ambito Ginecologico.

Figura 82. Chirurgia robotica 2022



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 radiochirurgia ed il trattamento di neoplasia localizzate in organi in movimento (estremamente complesso e disponibile solo in pochi centri al mondo).
Il Centro accoglie e tratta pazienti affetti dalle seguenti patologie: tumori cerebrali e della base cranica, tumori della testa e del collo, tumori pediatrici, sarcomi, tumori gastrointestinali, tumori in sindromi genetiche, tumori della colonna vertebrale e del sacro, linfomi oltre all'attività di trattamento di tumori già irradiati.
L'attività svolta dal Centro di Protonterapia nel corso del 2022 è riportata nella tabella seguente.

Tabella 60. Dati di attività del Centro di Protonterapia - anno 2022

Tipologia prestazione sanitaria 2022	Numero di prestazioni
Trattamenti completati	267
Prime visite	379
Follow up	666
Consulenze in telemedicina	109
Follow up in telemedicina	118
RM (planning e FU)	632
TAC (planning e trattamento)	576

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 sottostante sono riportati il numero dei parti nei diversi punti nascita della APSS nel periodo 2020-2022. Si consideri che per ragioni organizzative, legate alla necessità di gestire i pazienti affetti da Covid-19, sia nel 2020 che nel 2021 si è reso necessario sospendere per alcuni mesi l'attività dei punti nascita di Cles e di Cavalese.

Tabella 61. Numero parti per punto nascita (2020-2022)

Punti Nascita	2020		2021		2022	
	n.	media al GG	n.	media al GG	n.	media al GG
Trento	2.374	6.5	2.547	7	2.285	6.2
Rovereto	1.080	3.0	1.041	2.9	1.137	3.1
Cles	258	0.7	193	0.5	242	0.7
Cavalese	143	0.4	112	0.3	132	0.4
Totale	3.855	10.6	3.893	10.7	3.796	10.4

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, pertanto, una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei seguenti sotto indicatori valutati, di cui si riportano i rispettivi valori provinciali:

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■ **14,07%**

C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC) ■ **30,14%**

H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti ■ **17,64%**

H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti ■ **19,43%**

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■ **10,04%**

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■ **7,32%**

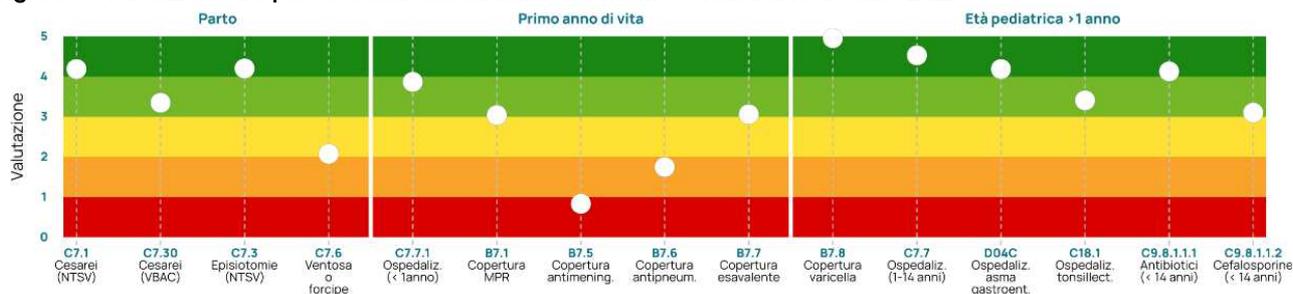
Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2022, APSS ottiene una valutazione di performance buona (■ **3,74**).

Agli indicatori di valutazione sono stati assegnati pesi differenti in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica. In base a ciò, l'indicatore C7.1 "Percentuale di cesarei depurata", che anche nel 2022 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 2022



Figura 85. Valutazione del percorso materno-infantile – Network – S. Anna di Pisa -Anno 2022



AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA

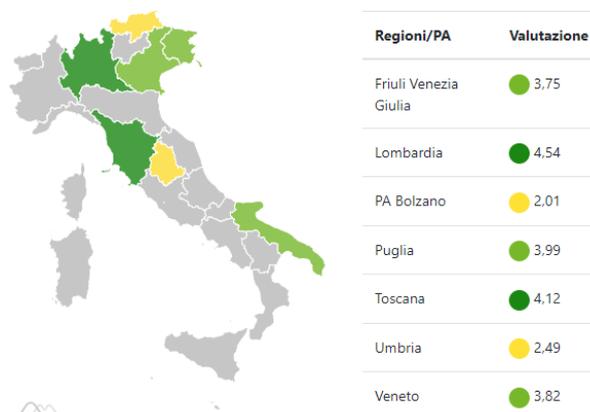
INDICATORE: Valutazione del Pronto Soccorso/percorso emergenza-urgenza

Nel confronto con le altre Regioni del Network regionale del S. Anna di Pisa, APSS nella valutazione del Pronto Soccorso e del Percorso Emergenza – Urgenza rispetto ai dati del 2021, ottiene una performance buona (3,73), 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 **58,42**
- C16.2 Percentuale accessi con codice 3 visitati entro 60 minuti **68,35**
- C16.3.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti **74,85**
- C16.4.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti **89,19**
- C16.A T1.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti **75,44**
- C16.A.T2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti **34,19**
- C16.A.T3.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, o trasferiti **18,2**
- C16.A.T4.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati o trasferiti **4,35**
- C16.A.T5.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati o trasferiti **3,21**
- C16.4.1.N Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso ≤8 ore **96,23**
- C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in PS entro 72 ore **6,36**
- C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA) **15**

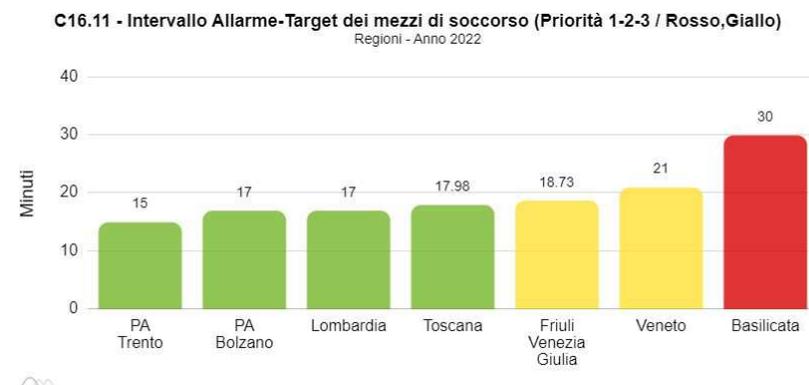
Figura 86. Valutazione del Pronto Soccorso/percorso emergenza-urgenza: confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa – anno 2022



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 (■ 15).

Figura 87. Valutazione Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - anno 2022



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

Il servizio fornisce una risposta di tipo operativo per la Continuità Assistenziale (CA), processando la chiamata ed inoltrandola alla postazione di competenza territoriale. Oltre all'inoltro della telefonata, 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.

Dal 21 giugno 2022 è attivo il sistema che consente l'accesso a persone con disabilità.

L'accessibilità per i cittadini stranieri è garantita grazie ad un servizio di interpretariato in 15 lingue.

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.

Per quanto riguarda le risposte di tipo informativo, la maggior parte delle richieste riguarda l'accesso alla guardia medica turistica ed al MMG.

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

Tabella 62. Numero di accessi al 116117 distinti per coda telefonica – anno 2022

Coda telefonica	Continuità Assistenziale	Informazioni sanitarie		Altro	TOTALE
		Residenti	Non residenti		
Gennaio	12343	1281	551	1021	15196
Febbraio	6300	524	245	522	7591
Marzo	6740	493	223	661	8117
Aprile	8984	495	62	746	10287
Maggio	6772	430	50	566	7818
Giugno	8959	466	163	697	10285
Luglio	11941	696	974	1337	14948
Agosto	10564	549	1160	986	13259
Settembre	7272	337	147	789	8545
Ottobre	9583	393	51	838	10865
Novembre	8744	339	44	626	9753
Dicembre	12683	488	221	1051	14443
TOTALE	110885	6491	3891	9840	131577

Nella tabella sottostante vengono riportate le chiamate che hanno ricevuto risposta, indipendentemente dalla coda di ingresso, indicando il bisogno riferito dall'utente e la conseguente classificazione da parte dell'operatore di centrale. Le chiamate relative ad un problema di salute, quindi classificate "Continuità Assistenziale", venivano poi successivamente processate per valutare se pertinenti per il servizio richiesto o di competenza della Centrale Urgenza. Tra parentesi il dato rapportato alla popolazione residente in PAT al 1 gennaio 2021 (542.166 abitanti, dati ISTAT).

Tabella 63. Numero trasferimenti alla Continuità assistenziale assoluto e su 100.000 abitanti – anno 2022

	Continuità Assistenziale		Informazioni		Altro		TOTALE	
Gennaio	12662	(2335)	1481	(273)	156	(29)	14299	(2637)
Febbraio	6409	(1182)	581	(107)	133	(25)	7123	(1314)
Marzo	6865	(1266)	606	(112)	120	(22)	7591	(1400)
Aprile	9161	(1690)	395	(73)	114	(21)	9670	(1784)
Maggio	7360	(1358)	3866	(713)	105	(19)	11331	(2090)
Giugno	9204	(1698)	460	(85)	113	(21)	9777	(1803)
Luglio	12741	(2350)	1143	(211)	171	(32)	14055	(2592)
Agosto	11258	(2076)	1084	(200)	144	(27)	12486	(2303)
Settembre	7716	(1423)	268	(49)	87	(16)	8071	(1489)
Ottobre	9997	(1844)	240	(44)	123	(23)	10360	(1911)
Novembre	8907	(1643)	267	(49)	104	(19)	9278	(1711)
Dicembre	13018	(2401)	495	(91)	156	(29)	13669	(2521)
TOTALE	115298	(21266)	10886	(2008)	1526	(281)	127710	(23556)

Per le chiamate classificate "Continuità Assistenziale", quindi pertinenti per il servizio selezionato dall'utente, in Tabella 64 viene indicato l'esito del filtro sanitario. Tra parentesi il dato rapportato alla popolazione residente in PAT al 1 gennaio 2021 (542.166 abitanti, dati ISTAT).

Tabella 64. Numero trasferimenti alla Continuità Assistenziale e alla Centrale Urgenza (ex 118) – anno 2022

	Trasferito a Continuità Assistenziale		Trasferito a Centrale Urgenza		TOTALE	
Gennaio	11223	(2070)	312	(57,5)	11541	(2129)
Febbraio	5681	(1048)	207	(38,2)	5893	(1087)
Marzo	6074	(1120)	205	(37,8)	6288	(1160)
Aprile	8145	(1502)	258	(47,6)	8415	(1552)
Maggio	6635	(1224)	162	(29,9)	6804	(1255)
Giugno	8315	(1534)	196	(36,2)	8517	(1571)
Luglio	10878	(2006)	303	(55,9)	11188	(2064)
Agosto	9617	(1774)	270	(49,8)	9905	(1827)
Settembre	6682	(1232)	170	(31,4)	6857	(1265)
Ottobre	8857	(1634)	259	(47,8)	9124	(1683)
Novembre	8088	(1492)	209	(38,5)	8307	(1532)
Dicembre	11591	(2138)	372	(68,6)	11987	(2211)
TOTALE	101786	(18774)	2923	(539,1)	104826	(19335)

Nelle tabelle seguenti per le chiamate giunte sulla coda "Continuità Assistenziale" ed "Informazioni" si riportano:

- Attesa media, dal primo squillo alla risposta, in secondi;
- Durata media della chiamata (dalla risposta alla chiusura), in secondi.

Tabella 65. Tempo di attesa e durata delle chiamate al 116117, coda "Continuità Assistenziale" – anno 2022

	Tempo di attesa alla risposta (sec.)	Durata della telefonata (sec.)
Gennaio	163.91	154.06
Febbraio	71.41	158.84
Marzo	46.79	158.55
Aprile	84.47	152.28
Maggio	52.93	146.63
Giugno	73.48	142.27
Luglio	125.34	143.96
Agosto	92.94	145.20
Settembre	53.76	130.39
Ottobre	76.94	137.38
Novembre	94.12	136.44
Dicembre	107.34	133.66
MEDIA COMPLESSIVA	92.59	144.43

Tabella 66. Tempo di attesa e durata delle chiamate al 116117, coda "Informazioni" – anno 2022

	Tempo di attesa alla risposta (sec.)	Durata della telefonata (sec.)
Gennaio	155.3	154.03
Febbraio	71.84	158.60
Marzo	46.76	158.69
Aprile	85.68	151.92
Maggio	52.86	146.29
Giugno	73.15	146.29
Luglio	121.56	141.47
Agosto	93.50	145.10
Settembre	52.88	129.96
Ottobre	82.97	138.04
Novembre	94.69	136.11
Dicembre	106.31	133.38
MEDIA COMPLESSIVA	90.74	144.41

Nel 2023 proseguirà l'implementazione del servizio, completando - in ottemperanza ai requisiti normativi - gli aspetti tecnologici del sistema, in particolare è attualmente in fase di avvio sperimentale il risponditore di cortesia che comunica al chiamante il tempo di attesa.

Inoltre è in programma l'ulteriore integrazione con l'Area Cure Primarie per quanto riguarda gestione e software.

Introduzione della Scala NEDOCS nei 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 e complessità di malati in carico 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 e complessità dei malati in carico al 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 (n. letti in PS presidiati, n. pazienti in carico in PS, n. pazienti critici in PS, tempo attesa massimo per la visita medica), che di Ospedale (n. posti letto dell'ospedale, tempo di attesa massimo per ricovero, n. di pazienti in attesa di ricovero), e consente di ottenere cinque livelli di affollamento sintetizzati con una scala cromatica.

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



Come illustrato nella Figura 89, 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 qualsiasi momento della giornata, al fine di poter mettere in atto provvedimenti in grado di contenere eventuali situazioni di sovraffollamento.

I limiti dimostrati da tale strumento sono stati:

- scarsa adesione degli operatori nel calcolo del tempo di boarding, con inevitabile sottostima di due dei parametri che compongono l'algoritmo: n. pazienti in attesa di ricovero e tempo di attesa massimo per il ricovero. I sanitari

sono stati sollecitati a una compilazione puntuale del tempo che intercorre dalla definizione del ricovero all'effettivo trasferimento del paziente presso il Reparto di riferimento;

- i pazienti che risultano in attesa di valutazione sul sistema informatico ma che si allontanano con o senza prestazione e di cui non viene chiusa concomitantemente la cartella, determinano una sovrastima del dato NEDOCS correlato al prolungamento del tempo di gestione di PS, anche se in questi casi i pazienti non sono realmente presenti in PS.

Entrambi i punti evidenziati possono essere migliorati mediante una maggiore adesione compilativa di cartella clinica.

Per quanto riguarda invece le potenzialità dell'indice NEDOCS e i suoi possibili futuri sviluppi sono emerse:

- la possibilità di valutare il grado di sovraffollamento e complessità dei diversi PS della Provincia con redistribuzione dei malati nella rete di Pronto Soccorso aziendale quando possibile;
- l'attivazione di un alert tra i sanitari che operano in PS in caso di NEDOCS elevato; il sovraffollamento infatti si associa a un maggior rischio di errore clinico soprattutto nei casi più complessi e per patologie tempo-dipendenti;
- l'indice NEDOCS elevato è condiviso con i Reparti Ospedalieri e dovrebbe garantire un abbreviamento dei tempi di ricovero per puntare ad una riduzione dello score NEDOCS;
- l'identificazione dei picchi di flusso correlati ai periodi stagionali di maggior afflusso nell'anno e all'interno dei giorni della settimana ai fini di rimodulare le risorse sanitarie a seconda di una previsione delle necessità.

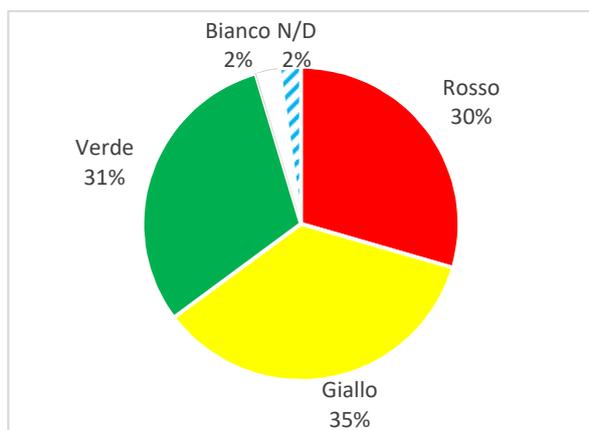
Figura 89. Schermata Situazione Pronto Soccorso in tempo reale

SITUAZIONE PRONTO SOCCORSO																	
Nedocs	Reparto	Attesa			Ambulatorio												
		verde	azzurro arancio	rosso	verde	azzurro arancio	rosso										
Ospedale di Trento																	
95	Pronto Soccorso Generale	5	-	-	9	15	1										
40	Pronto Soccorso Pediatrico	-	-	-	2	1	-										
Ospedale di Rovereto																	
66	Pronto Soccorso	1	-	-	8	8	-										
Ospedale di Arco																	
71	Pronto Soccorso	6	1	-	3	3	-										
Ospedale di Cavalese																	
19	Pronto Soccorso	-	-	-	1	2	-										
Ospedale di Cles																	
164	Pronto Soccorso	4	2	-	3	5	-										
Ospedale di Tione																	
110	Pronto Soccorso	4	-	-	1	8	-										
Ospedale di BorgoValsugana																	
97	Pronto Soccorso	5	-	-	1	5	-										
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>Normale Attività</td> <td>Affollamento intensa attività</td> <td>Sovraffollamento sovraccarico di sistema</td> <td>Grave Sovraffollamento sistema insufficiente</td> <td>Critico sistema al collasso</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>51</td> <td>101</td> <td>141</td> <td>> 180</td> </tr> </table>								Normale Attività	Affollamento intensa attività	Sovraffollamento sovraccarico di sistema	Grave Sovraffollamento sistema insufficiente	Critico sistema al collasso	0	51	101	141	> 180
Normale Attività	Affollamento intensa attività	Sovraffollamento sovraccarico di sistema	Grave Sovraffollamento sistema insufficiente	Critico sistema al collasso													
0	51	101	141	> 180													

Attività Trentino Emergenza – Settore Urgenza e Soccorso

Nel 2022 la Centrale Operativa Urgenze di Trentino Emergenza ha gestito 50.725 richieste di soccorso la cui gravità è riportata nel grafico sottostante.

Figura 90. Gravità richieste di soccorso gestite dalla Centrale Operativa Urgenze di Trentino Emergenza – anno 2022



I tempi di intervento sono calcolati sulle 43.816 missioni per le quali sono stati correttamente registrati a sistema gli orari di chiamata, partenza del mezzo ed arrivo sul target del primo mezzo intervenuto. L'analisi presenta un bias dovuto alla mancata registrazione dei tempi di intervento dell'elisoccorso, che spesso, soprattutto per gli interventi in montagna o zone sciistiche, giunge per primo sul luogo.

Lo standard previsto dal DPR 27 marzo 1992 prevede che il soccorso sanitario primario debba estrinsecarsi "in un periodo di tempo non superiore agli 8 minuti per gli interventi in area urbana e di 20 minuti per le zone extraurbane (salvo particolari situazioni di complessità orografica)." L'indicatore è stato definito da AGENAS nel 2011: "Percentuale di interventi nei codici

rossi entro i tempi ritenuti ottimali per trattare un soggetto in una situazione di compromissione in atto o di rischio di compromissione imminente delle funzioni vitali (>75% entro 8 min. in area prevalentemente urbana, entro 15 min. in area intermedia e 20 min. in area prevalentemente rurale)."

Di seguito i dati relativi all'intero ambito provinciale ed agli interventi nelle località "Trento" e "Rovereto"; gli ambiti comunali sono stati presi a campione delle aree urbane più rappresentative.

Tabella 67. Tempi di intervento relativi all'intero ambito provinciale, a Trento e a Rovereto – anno 2022

	PROVINCIA			TRENTO			ROVERETO		
	Media (min) ±DS	<8 min	<20 min	Media (min) ±DS	<8 min	<20 min	Media (min) ±DS	<8 min	<20 min
ROSSO	15,7±9,1	13%	81%	11,4±6,3	26%	97%	10,8±5,7	36%	96%
GIALLO	19,5±13	5%	67%	15,8±7,4	6%	85%	14,2±7	9%	90%
VERDE	27,9±21,8	2%	49%	25,4±19,7	2%	59%	22,6±20	2%	69%
BIANCO	44,1±38,2	2%	31%	42,7±36,2	1%	37%	33,1±23,3	1%	41%

SISTEMI DI QUALITÀ

Nel 2021 l'ospedale S. Chiara e il Centro di Protonterapia sono stati valutati e hanno ottenuto per la sesta volta il riconoscimento dell'accreditamento da parte di Joint Commission International (JCI).

Nel 2022 è proseguito il percorso per il mantenimento della conformità agli standard JCI attraverso la revisione di politiche e procedure e il monitoraggio dei processi che riguardano la sicurezza del paziente e la documentazione clinica.

Nel 2022 si è concluso il percorso aziendale di certificazione Baby Friendly Initiative (iniziativa dell'OMS/UNICEF) con l'ottenimento della certificazione per gli Ospedali di Rovereto, Cles e Cavalese, e il rinnovo della certificazione per l'Ospedale S. Chiara di Trento.

Nel corso dell'anno si è lavorato anche all'ottenimento dell'accreditamento JACIE della U.O. di Ematologia dell'Ospedale S. Chiara, con parere favorevole per l'auto-trapianto di midollo osseo, ossia il trapianto di cellule staminali emopoietiche; questo è un nuovo percorso di cura che offre la possibilità per i pazienti trentini di essere assistiti vicino a casa, evitando spostamenti fuori provincia, che a regime prevede la presa in carico di una quarantina di pazienti all'anno.

Nel novembre 2022 c'è stata la visita congiunta PAT e Centro Nazionale Trapianti per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale del Centro per la Procreazione medicalmente assistita dell'Ospedale di Arco.

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 il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e i Coordinamenti trapianti delle singole Regioni/PPAA, continua l'attività del Coordinamento Provinciale Trapianti, che ha 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.

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 si sono ridotti i traumi cranici.

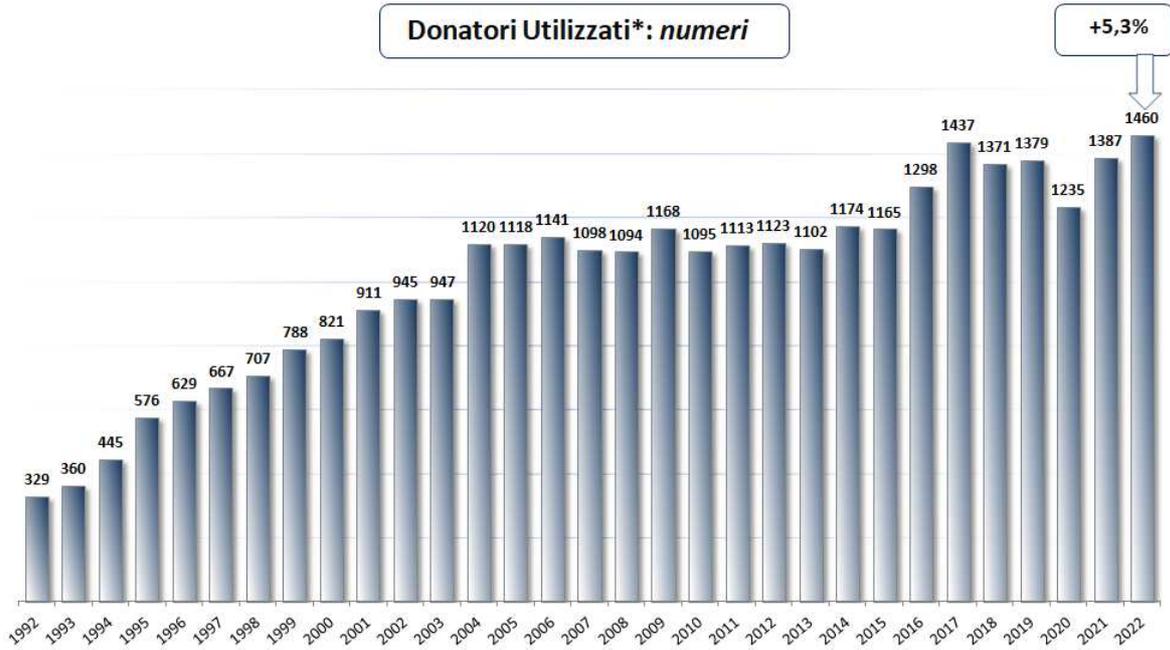
Inoltre, per molti mesi dall'inizio della pandemia le linee guida internazionali hanno considerato non idonei alla donazione di organi i pazienti con positività al test per Sars-CoV-2, perdendo di fatto un elevato numero di organi candidabili al trapianto.

Nel 2021, la Rete Nazionale Trapianti ha visto il ritorno ai numeri del 2019 nonostante il perdurare di molti pazienti Covid-positivi ricoverati nelle rianimazioni italiane.

Nel 2022, alla fine della pandemia COVID-19, sono notevolmente diminuiti i pazienti con insufficienza respiratoria SARS-CoV2 correlata e la tipologia di pazienti ricoverati in terapia intensiva è risultata essere sostanzialmente sovrapponibile a quella pre-pandemica.

Questo ha permesso di raggiungere il numero di donatori utilizzati più alto mai toccato in Italia, a dimostrazione della solidità di una Rete Trapianti che permea tutta le strutture sanitarie nazionali. In Trentino i posti letto di terapia intensiva, ampliati nel 2021 con la nuova terapia intensiva neurochirurgica, sono nuovamente tornati a completa disposizione delle patologie che per loro naturale storia clinica possono evolvere verso condizioni di morte con criteri neurologici.

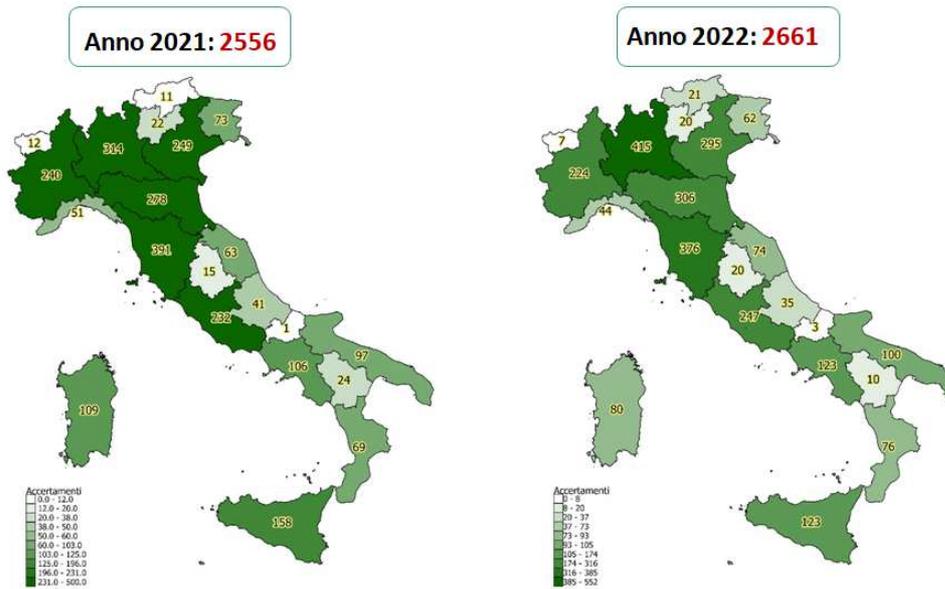
Figura 91. Donatori utilizzati 1992-2022



*DONATORI da cui è stato trapiantato almeno un organo

Fonte SIT, Dati CNT

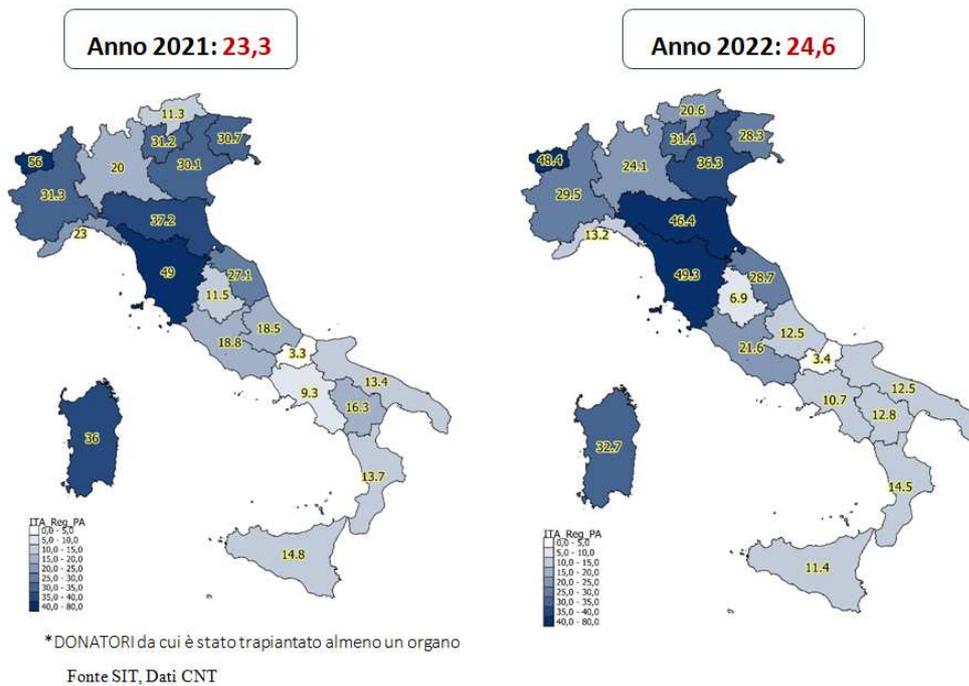
Figura 92. Accertamenti di morte di donatori – anni 2021 e 2022



*Accertamenti iniziati, sia con criterio di morte cerebrale (DBD) che con criterio di morte cardiaca (DCD)

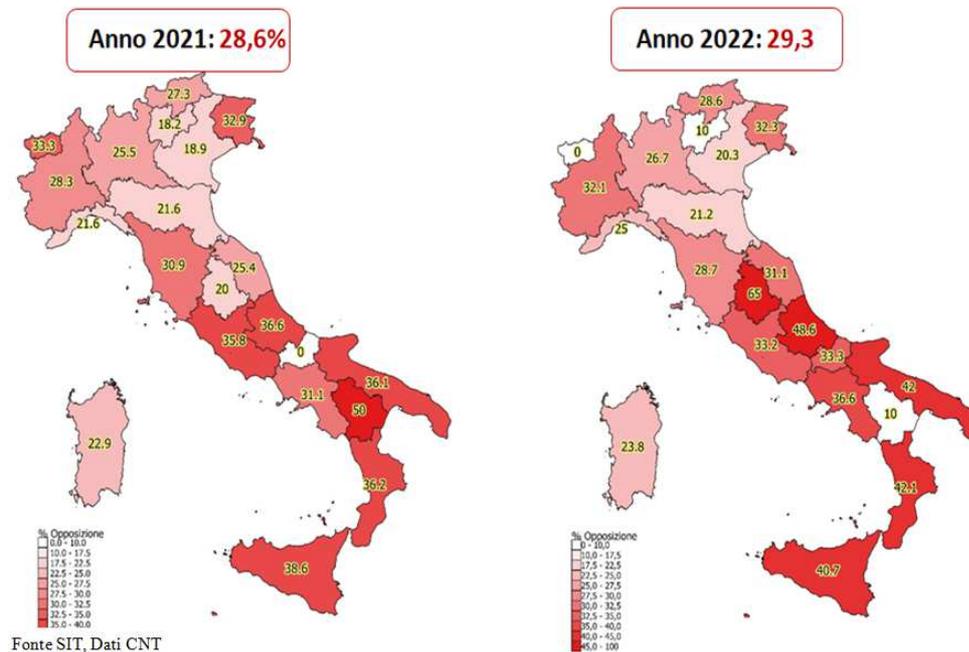
Fonte SIT, Dati CNT

Figura 93. Donatori utilizzati - anno 2022 (dati CNT)



Il numero di donatori utilizzati in PAT nel 2022 sono rimasti stabili in confronto al 2021 (31,2 p.m.p. nel 2021 vs 31,4 p.m.p. nel 2022), e si attestano sempre al di sopra della media nazionale di 24,7 p.m.p..

Figura 94. Opposizioni per regione – anni 2021 e 2022



In percentuale invece si sono quasi dimezzate le opposizioni che in numero assoluto sono passate da 4 nel 2021 a 2 nel 2022.

L'informazione delle persone è ripresa sul territorio provinciale. Aumenta costantemente il numero di persone che rilasciano la propria dichiarazione di volontà, in particolare è rilevante il numero di dichiarazioni presso gli sportelli anagrafe dei comuni trentini: nel 2022 Trento e la PAT sono risultate rispettivamente miglior città (tra i comuni di grandi dimensioni) e miglior regione/PA per l'Indice del Dono. Accanto a Trento anche altri comuni più piccoli del territorio provinciale sono risultati primi nelle rispettive categorie. Ormai pressoché tutti i comuni sono in grado di registrare la volontà del cittadino. Parallelamente è ripresa anche la formazione negli ospedali PAT in merito alla donazione di organi e di tessuti (soprattutto cornee). Inoltre, per la prima volta, è stata effettuata la formazione in merito alla possibilità di donare le cornee in una struttura esterna ad APSS, l'Hospice Cima Verde. Grazie ad un protocollo di condivisione e collaborazione tra Hospice stesso, Ufficio Funerario del Comune di Trento e Ospedale Santa Chiara sarà possibile la donazione anche per i cittadini che decedono in quella struttura.

Le prossime due tabelle (Fonte NIT) confrontano l'attività di reperimento tra il 2021 e il 2022 in area Nit e i donatori utilizzati/p.m.p. negli ultimi 2 anni.

Tabella 68. Attività di reperimento nella regioni NITp da donatore DBD e DCD

	A.M. ^a		Procurati ^b		Reali ^c		Effettivi ^d		Utilizzati		Opposizioni	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Friuli V.G.	73	62	41	39	39	37	39	36	37	34	24	20
Liguria	51	44	37	24	36	22	35	20	35	20	11	11
Lombardia	314	415	220	258	214	252	206	242	201	241	79	111
Marche	63	75	42	47	42	45	42	43	41	43	16	23
P.A. Trento	22	20	17	17	17	17	17	17	17	17	4	2
Veneto	249	295	171	194	161	187	156	182	147	177	47	60
NITp	772	911	528	579	509	560	495	540	478	532	181	227

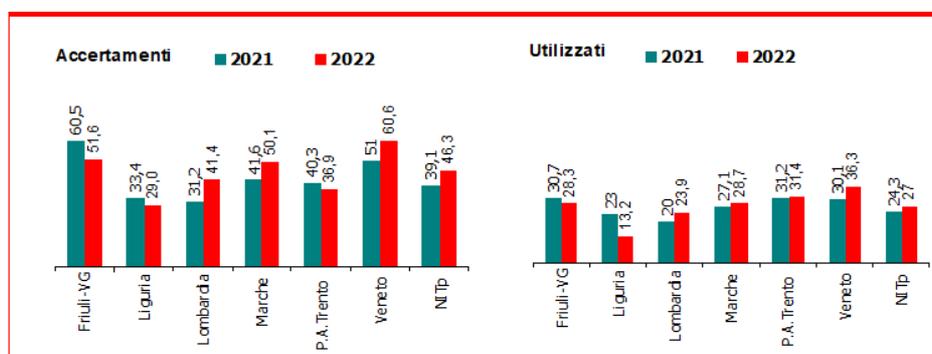
^a Accertamenti di morte

^b Donatori senza controindicazione assoluta, per i quali è stato acquisito il consenso, o opposizioni della procura

^c Donatori senza controindicazione assoluta, per i quali è stato acquisito il consenso e sono giunti in sala operatoria

^d Donatori dai quali sono stati prelevati gli organi, indipendentemente dal loro effettivo utilizzo

Figura 95. Accertamenti di morte e donatori utilizzati p.m.p. – anni 2021 e 2022



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 neurolesioni primitive acute.

Tabella 69. Attività di reperimento da donatore in morte encefalica (DBD) – anni 2021 e 2022 (dati NIT)

Tabella 7. Attività di reperimento nella Provincia Autonoma di Trento da donatore DBD												
	A.M.		Procurati		Reali		Effettivi		Utilizzati		Opposizioni	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
TN-Rovereto	-	1	-	1	-	1	-	1	0	1	-	-
TN-Trento	22	19	17	16	17	16	17	16	17	16	4	2
P.A. Trento	22	20	17	17	4	2						

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

Tabella 70. Donatori in rianimazione: Organi disponibili a scopo di trapianto – anni 2021 e 2022

	Cuore	Polmoni	Reni	Fegato	Pancreas	Pancreas per insule
2021	7	2 (4)	32	16 (17 riceventi)	2	1
2022	5	2	30	16	2	2

Tabella 71. Donatori in rianimazione: Tessuti disponibili a scopo di trapianto – anni 2021 e 2022

	Cuore per valvole	Cornee	Cute	Vasi	Osso
2021	2	26	4	1	4
2022	1	24	2	2	2

Tabella 72. Cittadini trentini sottoposti trapianto – anno 2022

Cuore	Fegato	Polmone	Rene	Cornee
3	9	2	17 (di cui 13 da cadavere e 4 da vivente)	8

Tabella 73. Lista d'attesa per trapianto dei cittadini residenti in PAT al 31 dicembre 2022

Cuore	Fegato	Polmone	Rene	Pancreas	Cornee
5	15	3	28	1	42

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 – 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.

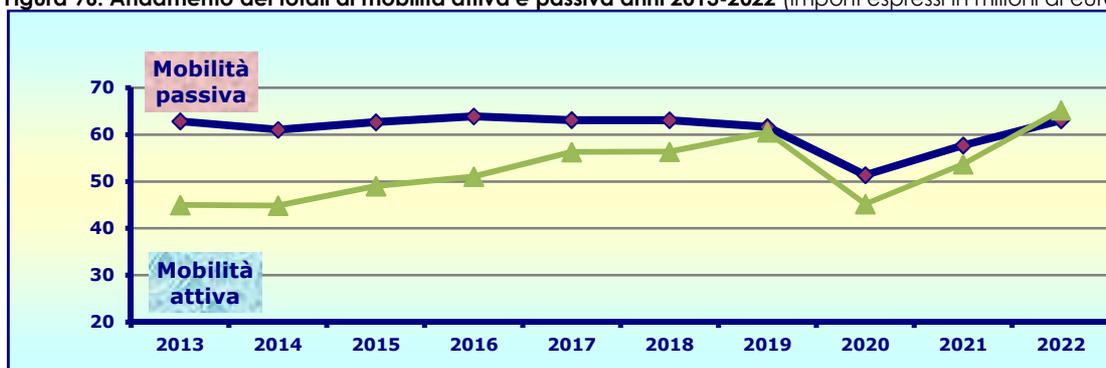
FLUSSI STANDARD

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 2022 sono tariffate secondo quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 18.10.2012.

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

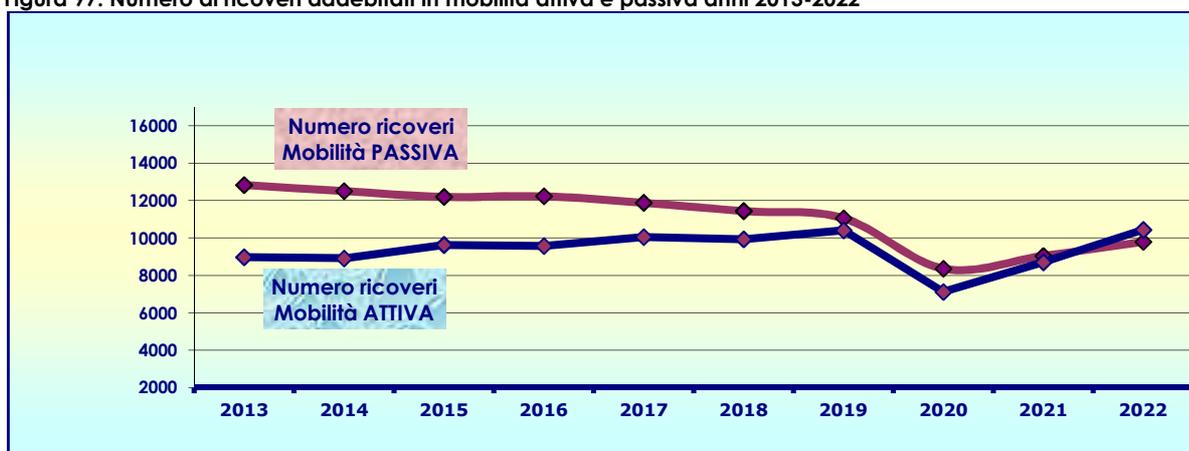
Figura 96. Andamento dei totali di mobilità attiva e passiva anni 2013-2022 (importi espressi in milioni di euro)



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 2013 al 2022, in quanto gli stessi rappresentano la voce di attività più significativa in termini economici.

Figura 97. Numero di ricoveri addebitati in mobilità attiva e passiva anni 2013-2022



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

Considerato l'effetto delle restrizioni imposte dalla pandemia Covid19 anche sui volumi finanziari dell'istituto di mobilità sanitaria si può osservare, in particolare per le annualità 2020 e 2021 un'importante flessione dei valori posti in compensazione; tale fenomeno sembra decisamente contenuto nel 2022 in quanto gli importi si assestano sostanzialmente sui valori pre-pandemici.

Si può notare come nel 2022 le voci dei trasporti e ricoveri registrino un importante saldo positivo tra attiva e passiva che, unitamente a farmaceutica e cure termali, colmano interamente il disavanzo registrato sui flussi di somministrazione diretta farmaci e specialistica ambulatoriale.

Tabella 74. Totali di mobilità attiva e passiva anni 2019/2020/2021/2022 – importi per tipologia di attività

Tipologia Attività	Mobilità attiva				Mobilità passiva			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Ricoveri ospedalieri e day-hospital	43.592.727	31.097.402	38.380.241	46.250.863	44.682.724	36.982.513	40.393.052	42.697.540
Medicina generale	216.631	220.448	255.595	258.652	242.512	236.587	210.101	254.856
Specialistica ambulatoriale	8.249.040	6.660.346	7.146.445	7.830.407	8.886.617	7.663.759	8.978.843	9.644.385
Farmaceutica	702.797	904.425	1.032.150	1.299.500	496.258	359.801	388.820	414.752
Cure termali	1.634.911	742.923	981.373	1.321.556	576.600	170.428	347.234	564.256
Somministrazione diretta farmaci	1.217.773	1.555.470	1.689.882	2.448.277	5.775.673	5.111.879	6.545.463	8.557.643
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	4.922.114	4.036.822	4.280.206	5.825.591	1.015.929	842.359	921.357	1.036.566
Totale	60.535.992	45.217.836	53.765.891	65.234.847	61.676.312	51.367.326	57.784.870	63.169.997

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

Mobilità sanitaria interregionale attiva

Nella sottostante tabella sono esposti i valori (numero di prestazioni e importo netto) relativi alle voci di mobilità attiva finanziariamente più significative specificando l'erogatore pubblico e privato per gli anni 2019, 2020, 2021 e 2022.

Tabella 75. Confronto mobilità attiva anni 2019/2020/2021/2022 - per le tipologie di attività finanziariamente più rilevanti

Tipologia attività	anno 2019		anno 2020		anno 2021		anno 2022	
	Numero Prestaz.	Importo Netto	Numero Prestaz.	Importo Netto	Numero Prestaz.	Importo Netto	Numero Prestaz.	Importo Netto
	RICOVERI in strutture pubbliche	4.959	19.749.056	3.794	14.920.872	3.649	15.006.423	4.321
RICOVERI in strutture private accreditate	5.449	23.843.670	3.323	16.176.530	5.053	23.373.817	6.116	28.351.937
SPECIALISTICA AMBULATORIALE in strutture pubbliche	340.223	5.165.510	251.801	3.922.248	276.516	4.172.678	347.467	4.994.495
SPECIALISTICA AMBULATORIALE in strutture private accreditate	42.168	3.083.530	34.682	2.738.097	39.427	2.973.766	34.995	2.835.912
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI in strutture pubbliche	2.086	960.995	2.053	1.231.778	3.104	1.262.418	3.413	1.851.358
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI in farmacie territoriali	6.067	256.778	7.347	323.691	8.791	427.464	11.403	596.919

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

Ricoveri ospedalieri

Rispetto al 2021 l'attività di degenza in strutture pubbliche a favore di pazienti extraprovinciali registra un aumento dei ricoveri di n. 672 casi (pari a +18%).

Tabella 76. Confronto mobilità attiva anni 2019/2020/2021/2022 – dettaglio per istituto (strutture pubbliche)

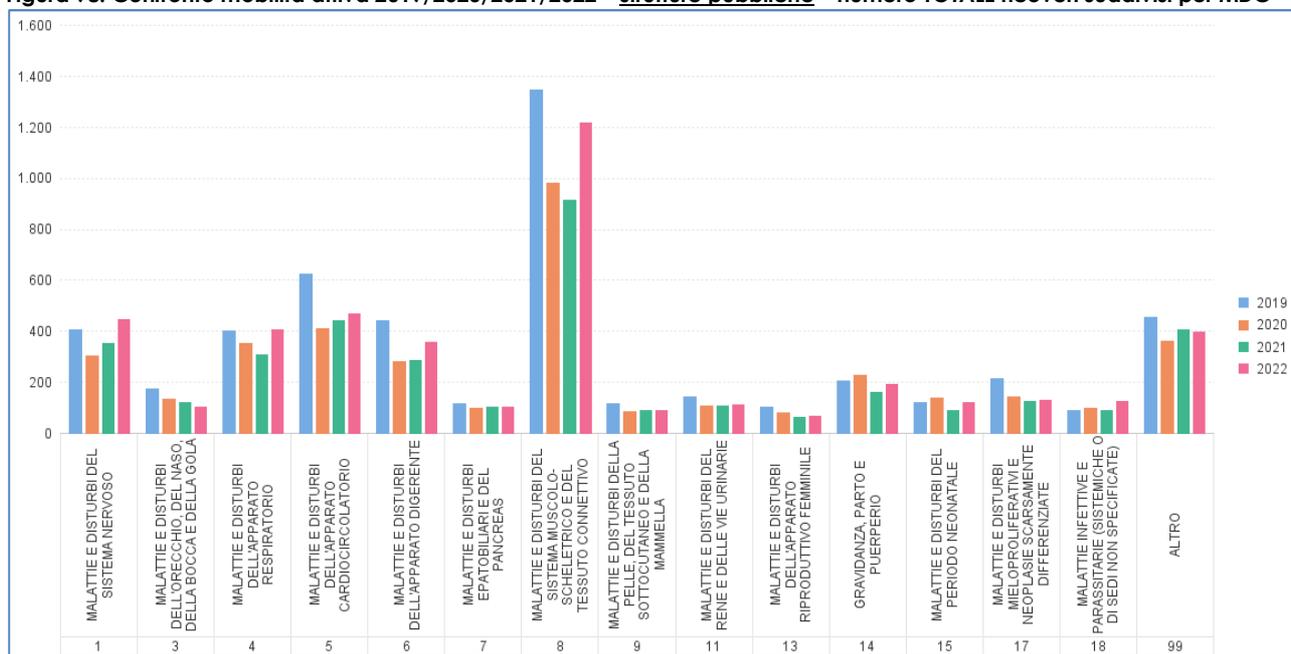
STRUTTURE PUBBLICHE	2019		2020		2021		2022	
	Numero ricoveri	Importo						
OSPEDALE DI TRENTO - PRESIDIO OSPEDALIERO S. CHIARA	2.049	10.009.301	1.627	7.551.201	1.449	6.712.513	1.578	7.551.034
OSPEDALE DI TRENTO - PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA IGEA	81	95.613	41	45.562	41	51.701	55	72.854
OSPEDALE DI TRENTO - PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA ROSA	30	337.848	35	355.819	105	1.162.821	146	1.209.203
OSPEDALE DI ROVERETO	1.177	4.453.229	932	3.329.113	881	3.299.601	1.009	3.926.279
PRESIDIO OSPEDALIERO DI ARCO	306	752.597	252	687.680	262	707.767	316	853.685
PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGO VALSUGANA	116	270.311	69	173.705	85	196.274	110	303.381
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CAVALESE	572	1.667.715	422	1.280.282	409	1.230.845	525	1.698.164
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CLES	277	917.079	189	702.977	179	680.066	276	1.116.045
PRESIDIO OSPEDALIERO DI TIONE	351	1.245.363	227	794.533	238	964.836	306	1.168.281
TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	4.959	19.749.056	3.794	14.920.872	3.649	15.006.423	4.321	17.898.927

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

I ricoveri urgenti rappresentano il 46,9% degli accessi, mentre quelli programmati costituiscono il 34,1%, i restanti casi si riferiscono a trasferimenti da altri istituti.

Nel grafico sottostante è rappresentata l'attività di ricovero presso strutture ospedaliere pubbliche, suddivisa per MDC (Major Diagnostic Categories), per gli anni 2019, 2020, 2021 e 2022.

Figura 98. Confronto mobilità attiva 2019/2020/2021/2022 – strutture pubbliche – numero TOTALE ricoveri suddivisi per MDC



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

L'attività erogata dalle strutture private accreditate risulta quasi esclusivamente programmata; il trend del numero di casi e importo è in crescita e si assesta sopra i livelli pre-pandemia.

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 77. Confronto attività specialistica per esterni e mobilità attiva anni 2019/2020/2021/2022 – strutture pubbliche

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	anno 2019		anno 2020		anno 2021		anno 2022	
	nr. prestazioni	importo LORDO						
ATTIVITA'	9.990.461	134.865.532	8.640.400	132.245.025	9.862.659	139.480.610	10.197.978	132.471.797
di cui MOBILITA' ATTIVA	340.223	5.945.703	251.801	4.490.476	276.516	4.727.136	347.467	5.686.762

Fonti: Attività Relazione sulla Gestione anni di riferimento - Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in base agli Accordi vigenti negli anni

Nella tabella sottostante sono rappresentati gli importi lordi addebitati su flusso di specialistica ambulatoriale distintamente per Unità Operativa ospedaliera presso strutture pubbliche.

Tabella 78. Confronto mobilità attiva anni 2019/2020/2021/2022 – Importi LORDI addebitati per U.O. - strutture pubbliche

DISCIPLINA	2019		2020		2021		2022	
	nr. prestaz.	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO
LABORATORIO	91.208	404.278	79.529	355.169	93.831	420.137	103.220	491.006
NEFROLOGIA	2.022	400.384	1.326	287.183	1.015	200.453	944	179.185
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.188	322.363	2.769	192.631	3.608	292.257	4.561	468.135
ASTANTERIA	186.968	2.381.575	133.261	1.716.026	143.065	1.761.721	199.731	2.450.033
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	7.832	391.300	6.015	272.385	5.347	270.066	6.079	274.430
RADIOTERAPIA	7.689	753.181	6.455	755.961	7.152	822.352	5.735	746.237
ALTRE	41.316	1.292.624	22.446	911.120	22.498	960.150	27.197	1.077.737
TOTALE	340.223	5.945.703	251.801	4.490.476	276.516	4.727.136	347.467	5.686.762

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

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 2022 sono stati imputati in mobilità 338 mila euro (nel 2020 336 mila euro), ai quali vanno aggiunti 3,3 milioni di euro addebitati alle Asl di residenza dei pazienti tramite fatturazione diretta (nel 2021 3,9 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 2022 dalla PAT alle regioni Lombardia, Veneto e Provincia autonoma di Bolzano è pari a 1,8 milioni di euro e rappresenta oltre il 86% dell'importo complessivo addebitato per tale voce di attività (2,4 milioni di euro).

Nella sottostante tabella si osserva che gli addebiti per i farmaci appartenenti al gruppo terapeutico '*Farmaci antineoplastici e immunomodulatori*' si assesta sul 1 milione di euro e rappresentano il 43% 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 attiva anni 2019/2020/2021/2022

codice	DESCRIZIONE GRUPPO TERAPEUTICO	anno 2019		anno 2020		anno 2021		anno 2022	
		numero farmaci	importo parziale						
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	799	52.066	1.029	42.665	1.870	285.932	2.778	489.819
B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	2.947	33.568	3.775	71.431	4.746	115.107	6.215	185.146
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	458	81.283	298	48.432	488	82.704	838	161.869
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	696	281.450	762	333.638	709	297.127	670	273.174
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	1.065	492.704	1.322	825.679	2.014	724.645	1.886	1.033.647
M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	9	1.728	45	8.520	47	8.353	97	72.191
N	SISTEMA NERVOSO	726	16.102	1.139	13.626	1.230	15.474	1.422	44.613
	Altro	1.453	212.994	1.030	158.140	791	96.717	910	105.032
	totale parziale (senza costo servizio)	8.153	1.171.896	9.400	1.502.130	11.895	1.626.059	14.816	2.365.491

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

Mobilità sanitaria interregionale passiva

In termini assoluti il flusso di attività finanziariamente più rilevante è quello dei ricoveri ospedalieri, il cui valore ammonta a 42,6 milioni di euro e rappresenta il 67% del volume complessivo della mobilità passiva anno 2022. Seguono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (9,6 milioni di euro - pari al 15,2%) e la somministrazione diretta di farmaci, che si assesta a 8,5 milioni di euro (pari al 13,5%).

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 (€ 3,7 milioni complessivi tra ricoveri e specialistica);
- ricoveri per trapianto (4,6 milioni euro) e Unità operative non presenti nelle strutture PAT (0,7 milioni euro).

Nella tabella sottostante proponiamo il trend dei flussi di attività finanziariamente più significativi dal 2019 al 2022.

Tabella 80. Confronto mobilità passiva anni 2019/2020/2021/2022 - per le attività finanziariamente più rilevanti

ATTIVITA'	anno 2019		anno 2020		anno 2021		anno 2022	
	Numero Prestazioni	Importo Netto						
RICOVERI	11.061	44.682.724	8.362	36.982.513	9.047	40.393.052	9.797	42.697.540
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	324.612	8.886.617	260.069	7.663.759	311.421	8.978.843	333.835	9.644.385
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI	270.404	5.775.673	189.794	5.111.879	181.949	6.545.463	13.008.219	8.557.643

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

Ricoveri ospedalieri

Nella sottostante tabella sono esposti il numero di ricoveri di pazienti trentini in strutture ospedaliere extraprovinciali e gli importi posti in compensazione per l'attività di degenza per gli anni 2019, 2020, 2021 e 2022. Si può osservare come, pur continuando il trend in aumento sia nel numero di ricoveri di pazienti trentini in strutture ospedaliere extraprovinciali, i valori rimangono comunque inferiori ai totali pre-pandemia (-11% casi, -4% importi).

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

Tabella 81. Confronto ricoveri mobilità passiva 2019/2020/2021/2022 - per Regione di destinazione

REGIONE	2019		2020		2021		2022	
	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo	Numero casi	Importo
030 - LOMBARDIA	2.026	8.171.508	1.244	5.276.052	1.593	6.885.769	1.566	7.432.796
041 - P.A. BOLZANO	1.537	6.568.652	1.074	5.611.273	1.125	5.728.916	1.373	5.989.094
050 - VENETO	5.904	23.990.700	4.886	21.538.726	4.978	22.098.151	5.381	23.408.151
ALTRE REGIONI	1.594	5.951.864	1.158	4.556.463	1.351	5.680.215	1.477	5.867.499
TOTALE	11.061	44.682.724	8.362	36.982.513	9.047	40.393.052	9.797	42.697.540

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

Si osserva che, per le stesse Regioni, i valori di mobilità passiva per l'anno 2022 risultano inferiori se si tiene conto della 'mobilità necessitata' per motivi geografici ed esigenze di tipo clinico (solo trapianti).

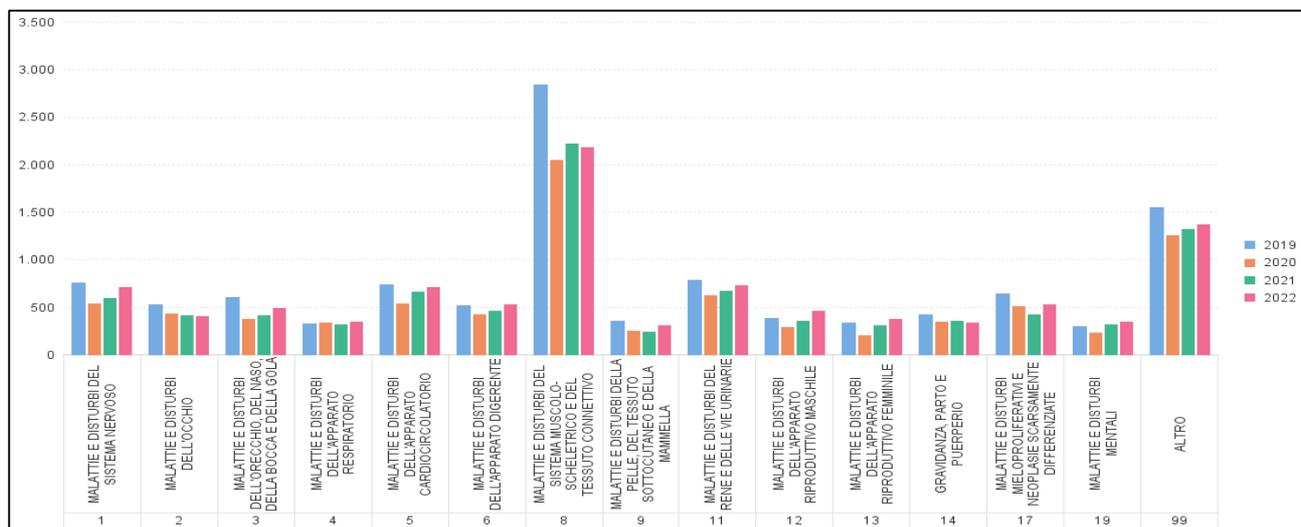
Tabella 82. Ricoveri mobilità passiva 2022 – per Regione di destinazione al netto della 'mobilità necessitata'

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	1.566	7.432.796	-	-	4	244.714
P.A. Bolzano	1.373	5.989.094	101	388.298	38	2.307.863
Veneto	5.381	23.408.151	629	2.046.128	31	1.821.664
Altre Regioni	1.477	5.867.499	0	0	5	323.537
Totale	9.797	42.697.540	730	2.434.426	78	4.697.778

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2023.

Nel grafico sottostante è rappresentata l'attività di ricovero complessivamente erogata a favore di pazienti trentini negli anni 2019, 2020, 2021 e 2022 suddivisa per MDC (Major Diagnostic Categories).

Figura 99. Confronto mobilità passiva 2019/2020/2021/2022 – numero ricoveri suddivisi per MDC



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

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 aumento rispetto all'anno 2019 (+4% per numero di prestazioni e + 7% l'importo al lordo del ticket).

Tabella 83. Confronto mobilità passiva 2019/2020/2021/2022 – Specialistica ambulatoriale per BRANCA SPECIALISTICA

Descrizione branca specialistica	Anno 2019		anno 2020		anno 2021		anno 2022	
	numero prestazioni	Importo LORDO						
LABORATORIO	187.497	2.171.601	159.612	2.104.073	189.971	2.503.951	204.191	2.393.932
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	23.763	1.856.201	16.831	1.341.680	21.794	1.771.137	24.783	2.155.526
OCULISTICA	7.509	1.089.430	5.214	868.900	5.718	1.149.517	5.863	1.322.382
RADIOTERAPIA	1.254	672.967	1.593	970.513	1.590	808.129	1.619	858.554
MEDICINA NUCLEARE	1.130	489.177	1.018	493.850	533	492.318	503	473.827
ONCOLOGIA	3.256	267.042	2.831	209.829	4.327	338.706	4.920	499.025
ALTRO	71.141	3.206.383	50.392	2.258.267	62.031	2.647.667	66.000	2.771.472
TOTALE	295.550	9.752.800	237.491	8.247.111	285.964	9.711.424	307.879	10.474.719

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

Somministrazione diretta farmaci

L'attività di somministrazione diretta farmaci addebitata per il 2022 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 5,8 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 appositi elenchi, anche se somministrati durante un ricovero in Day Hospital.

Tabella 84. Confronto mobilità PASSIVA anni 2019/2020/2021 – Farmaci per Gruppo terapeutico

CODICE ATC – 1° livello	DESCRIZIONE GRUPPO TERAPEUTICO	anno 2019	anno 2020	anno 2021	anno 2022
		Importo senza costo servizio			
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	3.656.654	3.713.363	4.544.884	5.890.552
M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	45.633	51.001	752.825	759.288
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	639.447	484.420	596.192	767.197
B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	83.366	60.228	106.991	150.897
R	SISTEMA RESPIRATORIO	44.270	44.128	100.197	153.910
N	SISTEMA NERVOSO	18.883	21.130	104.640	134.976
	ALTRI	1.272.728	718.586	323.999	677.296
	Totale parziale (senza costo servizio)	5.760.979	5.092.855	6.529.728	8.534.116

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

ALTRE ATTIVITÀ

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 85. Voci di attività regolamentate tramite compensazione di mobilità interregionale - anno 2022

VOCI	IMPORTO A SALDO
Flussi standard	2.064.850
Ricerca e reperimento cellule staminali	-322.068
Disabili cronici	-48.447
Plasmaderivazione (Accordo NAIP)	550.190
Medicinali plasmaderivati (MPD)	-66.464
Cessione emocomponenti	1.098.756
TOTALE	3.276.816

Fonte: Flussi standard, ricerca e reperimento cellule staminali, disabili cronici (Regioni e Province Autonome), Plasmaderivazione - Accordo NAIP (Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali), Medicinali plasmaderivati, cessione emocomponenti (Centro Nazionale Sangue) nel corso 2023

Mobilità sanitaria internazionale

I regolamenti dell'Unione Europea in tema di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (Regolamento CE n. 883/2004 e regolamento CE n. 987/2009) e le Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale hanno lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, i cittadini che si spostano all'interno degli Stati dell'Unione Europea, della Svizzera, dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein), nonché dei Paesi in convenzione. Essi non prevedono,

pertanto, il diritto del cittadino alla libera scelta del luogo di cura al di fuori del territorio nazionale. Solo in alcuni casi è possibile ottenere un'autorizzazione a fruire in un altro Paese di prestazioni di alta specializzazione ove non tempestivamente e/o adeguatamente fruibili sul territorio nazionale.

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

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

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 27.07.2023. Va precisato però che, in attuazione dell'art. 2 co. 4 lett. b) del D.P.R. n. 224 del 24 novembre 2017, i costi per l'assistenza sanitaria fruita all'estero da soggetti non residenti in Italia (ovvero la mobilità passiva per i soggetti "iscritti a carico di istituzioni estere") sono posti a carico dello Stato e non delle Asl per il tramite delle Regioni/Province autonome.

La mobilità sanitaria internazionale è un fenomeno in progressiva espansione in quanto è legato all'accresciuta mobilità dei lavoratori e delle persone degli ultimi decenni: dal 1995 al **2021 (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 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 oltre il 50% rispetto al 2019 degli arrivi e delle presenze in PAT di turisti dell'Unione Europea.

Tabella 86. Arrivi e presenze negli esercizi alberghieri per stato estero di provenienza (1985-2021)

Arrivi stranieri

Stati esteri di provenienza	1985	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021
Germania	179.836	376.621	351.329	349.396	444.908	445.287	181.660	287.743
Austria	24.738	48.439	43.207	60.012	63.273	71.075	23.631	43.939
Paesi Bassi	15.352	24.447	23.015	31.354	38.860	42.698	22.576	28.775
Polonia	-	-	8.332	70.940	77.598	100.804	64.441	24.950
Repubblica Ceca	-	-	8.170	55.292	60.690	82.247	43.203	21.007
Altri stati Unione Europea	83.377	165.669	178.990	214.754	248.582	291.319	129.386	80.665
Totale Unione Europea (UE)	303.303	615.176	613.043	781.748	933.911	1.033.430	464.897	487.079

Presenze stranieri

Stati esteri di provenienza	1985	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021
Germania	776.761	1.344.837	1.269.875	1.225.283	1.614.317	1.605.503	677.812	1.055.382
Austria	81.325	148.870	140.061	188.516	188.794	209.454	72.437	129.869
Polonia	-	-	46.402	456.678	481.438	589.301	406.763	109.936
Paesi Bassi	90.657	125.685	114.178	146.543	167.870	171.391	90.151	88.943
Repubblica Ceca	-	-	34.788	291.219	284.015	387.504	212.790	79.585
Altri stati Unione Europea	470.882	901.745	939.271	1.103.420	1.251.670	1.389.083	685.847	286.529
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	1.750.244

Fonte: ISPAT - Arrivi e presenze negli esercizi alberghieri per stato estero di provenienza (1985-2021).

Di conseguenza anche il saldo economico di mobilità internazionale registrato per il 2021, sebbene ampiamente positivo (+2.390.528 euro), risulta in calo rispetto all'anno precedente (-20%) e dimezzato rispetto al 2019 (- 55%).

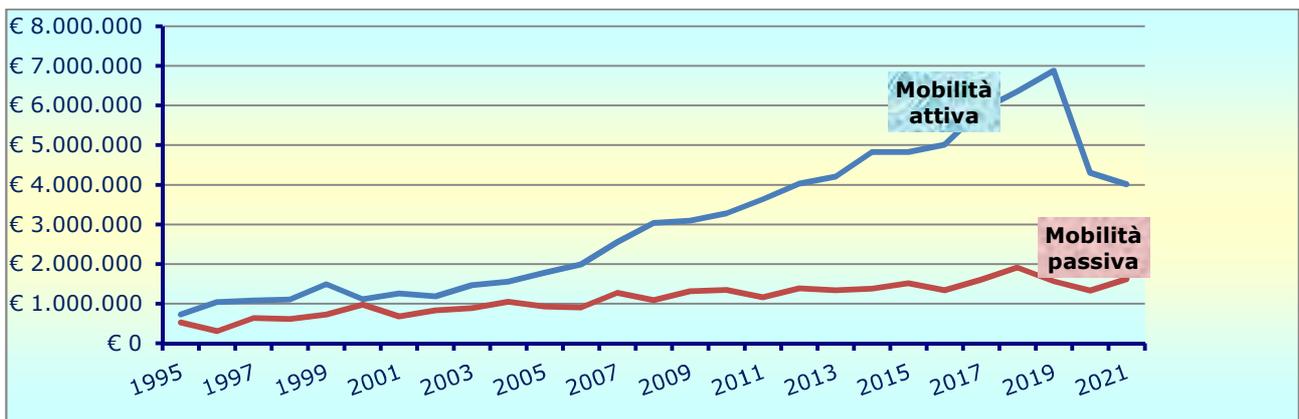
Figura 100. Saldi di mobilità internazionale - anni 1995-2021:



Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 27.07.2023.

Come si può notare nella figura sottostante, la mobilità internazionale attiva ha subito nel 2021 un'ulteriore contrazione rispetto al 2020 (-7%) mentre la mobilità internazionale passiva, meno legata al turismo, si attesta su valori paragonabili al 2019.

Figura 101. Confronto mobilità internazionale attiva – passiva (anni 1995-2021):



Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 27.07.2023.

Di seguito vengono rappresentati, per ciascuna categoria di assistiti, gli importi a credito (mobilità attiva) e a debito (mobilità passiva) relativi all'anno 2021.

Tabella 87. Mobilità attiva e passiva 2021 - importi per categoria di assistiti:

Categoria assistiti	Mobilità ATTIVA	Mobilità PASSIVA	SALDO
Temporaneo Soggiorno	2.292.586	864.427	1.428.159
Trasferimenti per cure	517.930	105.020	412.910
Iscritti a carico di istituzioni estere	1.199.941	650.742	549.199
Altro	4.073	3.813	260
TOTALE	4.014.530	1.624.002	2.390.528

Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 27.07.2023.

Nella tabella sottostante si propone, per le stesse categorie, il confronto con il 2020 e con il 2019. Anche per il 2019 e il 2020 si espongono i dati aggiornati al 27.07.2023, 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 88. Confronto mobilità 2019/2020/2021 - importi per categoria di assistiti:

Categoria assistiti	Mobilità ATTIVA			Mobilità PASSIVA			SALDO			
	Anno	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Temporaneo Soggiorno		4.826.692	2.473.265	2.292.586	891.639	691.552	864.427	3.935.053	1.781.713	1.428.159
Trasferimenti per cure		666.483	742.213	517.930	162.501	37.160	105.020	503.982	705.053	412.910
Iscritti a carico di istituzioni estere		1.376.574	1.085.633	1.199.941	495.537	591.264	650.742	881.037	494.369	549.199
Altro		10.926	5.769	4.073	13.383	12.209	3.813	-2.457	-6.440	260
TOTALE		6.880.675	4.306.880	4.014.530	1.563.060	1.332.185	1.624.002	5.317.615	2.974.695	2.390.528

Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 27.07.2023.

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 (-53% rispetto al 2019), in linea con il crollo delle presenze turistiche sopra evidenziato. La voce 'trasferimenti per cure', composta al 90% dall'attività del Centro di Protonterapia, ha subito una lieve flessione. Anche le prestazioni erogate a favore di soggetti residenti in PAT, ma finanziariamente a carico di altri Stati UE, è rimasta sostanzialmente stabile.

Il volume della mobilità passiva, meno legata al turismo rispetto alla mobilità attiva, si attesta sui valori registrati per il periodo pre-Covid (+4% rispetto al 2019). Si precisa che i costi della mobilità sanitaria passiva riferiti a soggetti non residenti in Italia ("Iscritti a carico di istituzioni estere") pari a euro 650.742 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 2022, suddivise tra reclami, ringraziamenti e suggerimenti/proposte.

Figura 102. Segnalazioni distinte per tipologia (anno 2022)



Ringraziamenti: le 995 segnalazioni positive pervenute nel 2022 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: il numero dei reclami è sostanzialmente uguale a quelli pervenuti nel 2021 (894 nel 2022 e 896 nel 2021). 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 telefonico (richiesta possibilità di aumentare le prestazioni prenotabili online e di persona presso sportello fisico);
- chiamate del CUP non effettuate o effettuate in tempi lunghi;
- difficoltà di contatto con le segreterie delle U.O. dell'Ospedale S. Chiara;
- 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): contestazioni su qualità prestazioni e disponibilità;
- contestazione ticket al Pronto soccorso;
- contestazioni tempi di attesa al Pronto Soccorso;
- tempi di attesa per diverse prestazioni specialistiche anche RAO 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 di contatto telefonico con la segreteria della Medicina Legale e CML.

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:

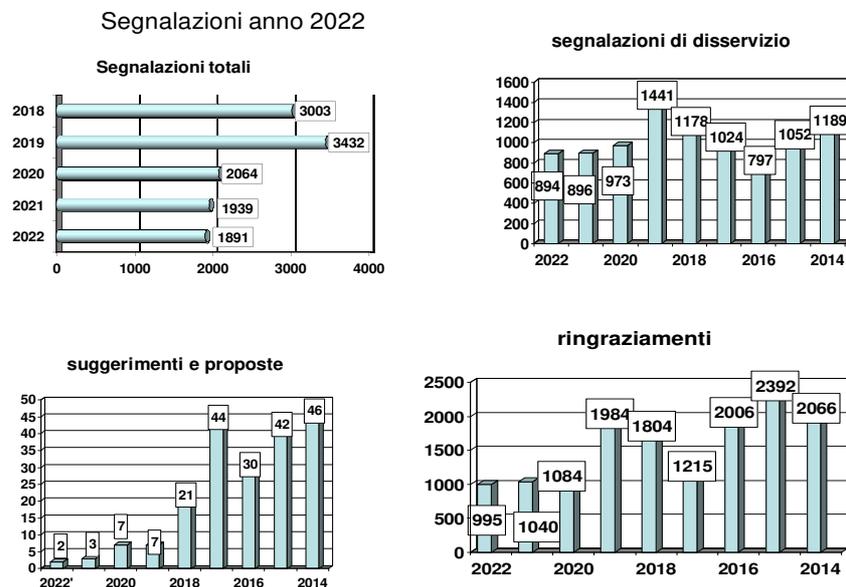
- *a livello micro:* in ogni U.O./Servizio si possono utilizzare le segnalazioni pervenute per riflettere su quanto il cittadino ha segnalato e, se il caso, adottare le opportune azioni finalizzate al miglioramento della qualità;
- *a livello macro:* si possono utilizzare i dati per individuare "criticità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

Per quanto riguarda i tempi di risposta, come sotto evidenziato, nel 2022 i tempi medi di risposta sono stati in media di 26,6 giorni.

Tabella 89. Segnalazioni di disservizio: tempi di risposta in giorni

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tempi di risposta (giorni)	18,5	19,2	21,4	23,1	19,8	23,7	26,6	19,2

Figura 103. Trend delle segnalazioni distinte per tipologia dal 2013 al 2022



9

Figura 104

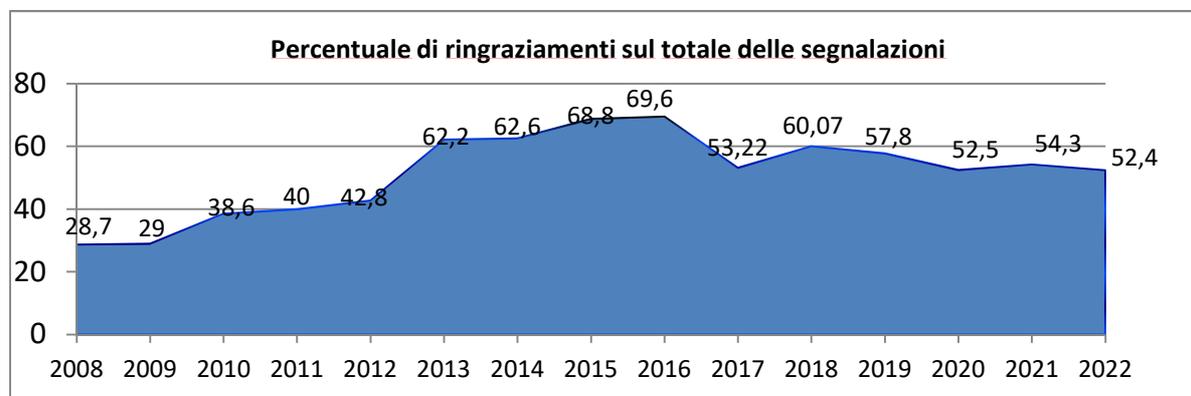


Tabella 90. Ringraziamenti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
n. ringraziamenti	1.769	2.066	2.392	2.006	1.215	1.804	1.984	1.084	1.040	995
n. segnalazioni totali	2.846	3.301	3.486	2.833	2.283	3.003	3.432	2.064	1.915	894

Come per i due anni precedenti anche nel 2022 l'attività di comunicazione è stata influenzata dalla pandemia Covid-19 con una cospicua parte dell'attività di comunicazione dedicata alla divulgazione e informazione sulle misure di contenimento e prevenzione del Covid-19 (ad esempio vaccinazioni e modifiche organizzative).

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 (130 comunicati e 15 conferenze stampa nel 2022), articoli, foto e video.

Anche nel 2022 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.

Nel 2022 il sito internet Apss è stato visitato da 3.415.581 utenti per un totale di 5.7 milioni di pagine uniche visitate.

Anche i social hanno un ruolo importante nei rapporti con i cittadini e nella comunicazione di Apss, 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, diventando di fatto una sorta di "URP 2.0".

Nel 2022 sulla pagina Facebook di Apss (@ApssTrento) sono stati pubblicati 162 post riguardanti rilanci di comunicati stampa, bandi di concorso, info di servizio, infografiche e video realizzati ad hoc. A dicembre 2022 la pagina conta 14.999 «follower» e 14.091 «mi piace». Sono stati gestiti 369 messaggi diretti o risposte ai post (quesiti, reclami, richieste varie dei cittadini tutte evase in tempi brevi, al massimo entro le 24/48 ore). Il dato è in calo rispetto al 2021 e dimostra l'utilità degli strumenti social durante il periodo pandemico, strumenti che sono stati utilizzati dai cittadini per interagire con l'ente e avere chiarimenti in un periodo di grandi cambiamenti.

Il canale Youtube aziendale (@apsstrento) conta, a fine dicembre 2022, 3.110 iscritti. Nell'anno sono stati realizzati 10 nuovi video e tutorial, alcuni dei quali effettuati nel corso di incontri formativi dedicati ai dipendenti. Il canale Apss ha avuto 302 mila visualizzazioni nel 2022.

Il profilo Twitter di Apss (@ApssTN) è seguito da 853 follower e ha prodotto 142 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 6.891 persone.

QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE

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

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

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

A seguito dell'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria / sociosanitaria e dell'accREDITAMENTO istituzionale per le strutture ospedaliere, le strutture territoriali e le reti cliniche assistenziali, si è provveduto ad analizzare le prescrizioni date dalla PAT.

Successivamente, in accordo con la Direzione Aziendale, si è proceduto alla definizione del piano di adeguamento per il superamento delle prescrizioni con particolare focus su quelle di carattere generale e su quelle relative al Servizio Ospedaliero Provinciale. Sempre in accordo con la Direzione, si è convenuto di rimandare ad una fase successiva la definizione del piano di adeguamento per le strutture territoriali.

A seguito della approvazione della PAT di nuovi criteri per l'autorizzazione delle Strutture Trasfusionali, si è proceduto ad inviare in PAT le domande di autorizzazione e di accREDITAMENTO istituzionale e a predisporre la documentazione necessaria ai fini della visita ispettiva della PAT.

Nel corso dell'anno si è altresì provveduto ad inviare in PAT la domanda per il riaccREDITAMENTO istituzionale del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita e a predisporre la documentazione utile per la visita congiunta PAT e Centro Nazionale Trapianti.

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.

Nel 2022 si è concluso il percorso aziendale di certificazione Baby Friendly Initiative (iniziativa dell'OMS/UNICEF) con l'ottenimento della certificazione per gli Ospedali di Rovereto, Cles, Cavalese e per la Comunità (servizi territoriali dell'area CentroNord – CentroSud – Est – Ovest) e il rinnovo di quella per l'Ospedale S. Chiara.

Nel corso dell'anno si è lavorato anche all'ottenimento dell'accREDITAMENTO JACIE della U.O. di Ematologia dell'Ospedale S. Chiara, con parere favorevole per l'auto-trapianto di midollo ossia il trapianto di cellule staminali emopoietiche. Questo è un nuovo percorso di cura che offre la possibilità per i pazienti trentini di essere assistiti vicino a casa evitando spostamenti fuori provincia, che a regime prevede la presa in carico di una quarantina di pazienti all'anno.

Sono state garantite le azioni di rispondenza agli standard di riferimento e di miglioramento connesse ai programmi di accREDITAMENTO e certificazione in atto per strutture/servizi aziendali (JCI, ISO, ecc.).

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 2022 si è conclusa la diffusione dei PPDTA mediante eventi formativi webinar, iniziata nell'anno precedente, in particolare sono stati tenuti gli eventi formativi per Scompenso cardiaco, Malattia Renale cronica e BPCO e insufficienza respiratoria rivolti a tutti i professionisti coinvolti nella gestione di queste patologie.

Nell'anno 2022, inoltre, sono stati definiti/aggiornati i seguenti percorsi aziendali:

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone affetta da malattia emorragica congenita (nuova definizione);
- Percorso Diagnostico Terapeutico del paziente con arresto cardiaco extra ospedaliero (nuova definizione),
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la persona adulta con diabete di tipo 2 (aggiornamento).

I Percorsi sono stati definiti da gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali che includono tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nella gestione del paziente e integrati da rappresentanti delle Associazioni dei pazienti nello specifico l'Associazione Emofilia in Trentino per il PDTA per le persone affetta da malattia emorragica congenita e Associazioni pazienti diabetici per il PDTA per la persona adulta con diabete di tipo 2.

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 Trentino Emergenza.

Si fa presente che il triennio considerato nella figura sottoriportata è stato influenzato dalla pandemia Covid-19.

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

Figura 105. N. segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi con scheda di incident reporting (triennio 2020 – 2022)

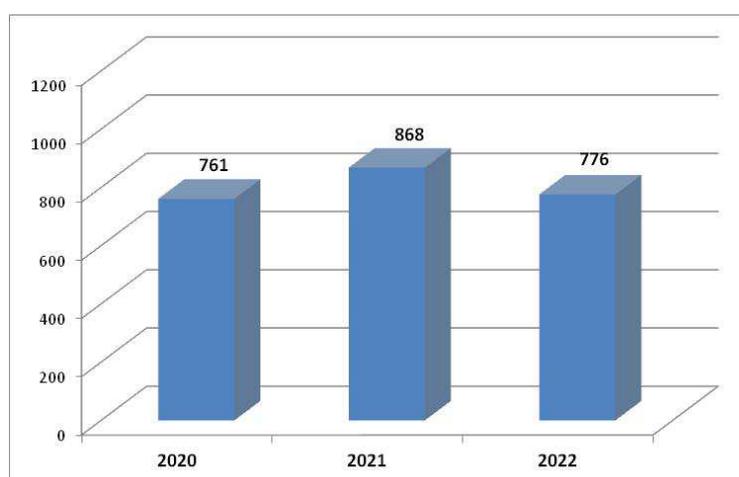


Tabella 91. Tipologie di eventi segnalati in APSS con le schede di incident reporting nel triennio 2020 – 2022

Tipologia di evento	2020	2021	2022
	N. casi	N. casi	N. casi
Gestione farmaco	299	335	290
Eteroaggressività	87	108	73
Gestione dispositivi / ausili / apparecchiature / mezzo di soccorso (**)	34	78	38
Identificazione paziente lato / sede	62	70	69
Comunicazione / Passaggio di informazioni (§)	63	56	67
Prestazione assistenziale	57	40	47
Procedura diagnostica	28	32	46
Procedura chirurgica / terapeutica	21	28	19
Identificazione luogo intervento	30	27	19
Procedura di soccorso - operatori sanitari (***)	0	17	39
Coordinamento Centrale Operativa	12	16	5
Procedura amministrativa no adeguata	6	15	15
Procedura di soccorso - operatori tecnici	16	15	18
Gestione sangue	13	12	13
Coordinamento interforze	5	9	8
Accordi Interspedalieri (§)	2	6	0
Altri eventi	25	3	8
Codice di gravità - attribuzione (*)	1	1	2
Totale	761	868	776

Legenda: (*): categorie di eventi introdotte nel corso del 2021; (§): nel corso del 2022 la categoria "Accordi interspedalieri" è stata ricompresa in "Comunicazione / Passaggio di informazioni"

Si riportano di seguito le principali attività/progettualità di miglioramento realizzate nel corso del 2022 dalla funzione aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico:

- revisione 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. Fra le principali novità introdotte dalla revisione vi sono gli elenchi dei farmaci ad alto livello di attenzione, dei farmaci Look Alike e dei farmaci Sound Alike, che sono stati disgiunti dalla procedura sui farmaci e fatti diventare documenti collegati;
- 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;
- prosecuzione del lavoro di stesura, da parte di un apposito gruppo di lavoro, della procedura aziendale per il conteggio dello strumentario chirurgico e altro materiale utilizzato durante gli interventi chirurgici, partendo da una puntuale ricognizione delle procedure già esistenti. Inoltre, è stato realizzato un breve periodo di prova nei diversi Blocchi Operatori degli Ospedali di APSS degli strumenti cartacei individuati per tracciare l'attività di conteggio, al fine di verificarne la completezza, funzionalità e "maneggevolezza" d'uso;
- revisione 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. Nel nuovo documento sono state meglio specificate le corrette modalità di identificazione del paziente, con particolare riferimento all'utilizzo ove possibile del documento di identità;
- costante attività di consulenza / supporto dei referenti per la sicurezza dei pazienti e la partecipazione ad audit rispetto alle segnalazioni di incident reporting significative;
- organizzazione, con il supporto del Servizio Formazione, dell'evento formativo in due edizioni "Valutazione e gestione del rischio clinico secondo il metodo FMEA/FMECA presso la radioterapia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento" con l'obiettivo di far conoscere il metodo FMEA/FMECA di valutazione del rischio clinico e la sua applicazione in Radioterapia, presentare i risultati dell'analisi condotta nell'UO di Radioterapia, rinforzare buone prassi già in essere e al contempo approfondire gli aspetti critici e da presidiare e migliorare. L'evento è stato dedicato ai Medici, TSRM e Infermieri dell'UO di Radioterapia e ai Fisici e TSRM dell'UO di Fisica Sanitaria.

Lesioni da Pressione

Nel corso del 2022 è stata effettuata la rilevazione annuale della 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.

Tabella 92. Prevalenza pazienti con LdP sulla popolazione totale (cioè pazienti degenti – Ricovero Ordinario nella giornata della rilevazione) nel triennio 2020 – 2022

OSPEDALI	2020		2021 (*)		2022	
	N. PAZIENTI	PREVALENZA %	N. PAZIENTI	PREVALENZA %	N. PAZIENTI	PREVALENZA %
ARCO	45	17,8%	53	15,1%	52	15,4%
BORGO VALE	41	7,3%	37	10,8%	35	5,7%
CAVALESE	26	0%	32	6,3%	36	8,3%
CLES	30	3,3%	44	6,8%	54	7,4%
ROVERETO	131	6,9%	143	7,7%	170	7,6%
TIONE	43	11,6%	30	10,0%	39	5,1%
TRENTO	434	6,7%	358	8,4%	462	5,8%
VILLA ROSA	37	10,9%	51	21,6%	55	25,5%
TOTALE APSS	787	7,5%	769	9,4%	903	8,1%

Legenda: (*) Nel 2021 nella rilevazione sono state escluse le Terapie Intensive adulti di Trento e Rovereto a causa della pandemia da Covid-19

Tabella 93. Prevalenza pazienti con LdP distinta per popolazione pediatrica e adulta (pazienti degenti – Ricovero Ordinario nella giornata della rilevazione) nel triennio 2020 – 2022

POPOLAZIONE	2020		2021 (*)		2022	
	N. PAZIENTI	PREVALENZA %	N. PAZIENTI	PREVALENZA %	N. PAZIENTI	PREVALENZA %
PEDIATRICA	25	0 %	21	0%	36	0%
ADULTA	762	7,7%	748	9,6%	867	8,4%

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 2022 è proseguita 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.

Sempre nel corso del 2022, è stato avviato il lavoro di revisione della Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute.

Infine, è stato alimentato il database Excel delle cadute verificatesi in APSS nel corso del 2021. Si è quindi proceduto all'analisi dei dati e alla predisposizione dell'apposito report aziendale destinato a tutte le Unità Operative, in modo che possano avere a disposizione le informazioni utili per eventuali approfondimenti e l'individuazione di azioni di miglioramento mirate.

4° "Giornata Nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita"

In occasione della 4° "Giornata Nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita" del 17 settembre 2022, dedicata alla sicurezza della terapia farmacologica, sono stati realizzati i seguenti prodotti informativi, con l'obiettivo di ridurre i danni evitabili correlati all'uso dei farmaci:

- "Prima di prescrivere un farmaco" dedicato agli operatori;
- "5 momenti per la sicurezza dei farmaci" dedicato ai pazienti. Di quest'ultimo è stato anche realizzato un video che è stato diffuso attraverso diversi canali. A tale iniziativa hanno aderito anche le farmacie convenzionate presenti sul territorio provinciale.

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.

Nel corso del 2022, l'impatto dell'emergenza infettiva dovuta alla Pandemia Covid 19 è progressivamente diminuito anche se in questo settore il CIPASS ha mantenuto il suo ruolo di controllo e consulenza in particolare per aggiornare le specifiche procedure operative in particolare nell'area della sanificazione ambientale dei locali ospedalieri e delle strutture ambulatoriali, per le indicazioni delle modalità di effettuazione dei tamponi di sorveglianza per la gestione dei pazienti ricoverati e in fase di ammissione e dimissione, nell'utilizzo dei Dispositivi di protezione individuale (mascherine facciali, guanti, camici) e delle procedure necessarie (es. Igiene mani).

È stato attivato da **giugno 2022** presso gli ambulatori dell'Ortopedia del S. Chiara, uno specifico Ambulatorio multidisciplinare ortopedico-infettivologico con una attività programmata di una seduta di quattro accessi a cadenza

mensile, il martedì pomeriggio, dalle ore 13.30 alle 15.30. Questo ambulatorio realizza un valore aggiunto nella gestione integrata di una patologia spesso ad evoluzione cronica; la valutazione multi specialistica in una unica sede favorisce il percorso del paziente, la sua compliance verso terapie sia mediche che chirurgiche prolungate nel tempo, impedendo la frammentazione delle competenze e quindi valorizzando l'integrazione fra le varie figure professionali.

Il Gruppo di lavoro del CIPASS sull'antibiotico profilassi, attraverso numerosi incontri di discussione e condivisione con i professionisti delle UU.OO. interessate, ha prodotto nell'**agosto 2022** l'aggiornamento dei "Protocolli di profilassi antibiotica nella chirurgia e nella medicina interventistica di elezione dell'adulto" – vers. Agg. del 08.04.2022.

Lo stesso Gruppo, ha avviato dal mese di **ottobre 2022** la revisione e l'aggiornamento della procedura aziendale di Terapia antibiotica empirica, i lavori nella fase iniziale sono stati focalizzati sulle indicazioni per la gestione della antibiotico terapia empirica delle polmoniti comunitarie e associate all'assistenza ospedaliera, argomento importante per il suo impatto clinico.

Il CIPASS ha aderito ad uno Studio Pilota riguardante la Sorveglianza delle Infezioni da Clostridioides difficile (CDI) coordinato a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato nell'ambito del progetto: "Sostegno alla sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza a supporto del PNCAR" (Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza) e che ha coinvolto 25 strutture ospedaliere di sette diverse Regioni e P.A.

La U.O. di Microbiologia del S. Chiara ha inviato i ceppi isolati del microorganismo nel periodo previsto dallo studio, **da settembre a dicembre 2022**, all'ISS.

Lo studio focalizzava due obiettivi principali:

1. stimare l'incidenza della CDI, monitorare la circolazione dei diversi ribotipi (RT) di C. difficile e determinare le caratteristiche di virulenza e di sensibilità agli antibiotici dei ceppi di CDI isolati nelle strutture ospedaliere pubbliche coinvolte;
2. validare in termini di fattibilità e di efficacia il protocollo operativo adottato durante lo Studio pilota così da poterlo estendere progressivamente sull'intero territorio nazionale.

I risultati ottenuti hanno mostrato un importante impatto delle CDI sulla salute pubblica del nostro paese, con valori di incidenza superiori alla media europea e la circolazione di ceppi appartenenti a RT caratterizzati da elevata virulenza e multi-resistenza agli antibiotici.

È stata organizzata attraverso una serie di incontri di condivisione, la Rete infettivologica del SOP, attiva dal mese di **ottobre 2022**. La rete comprende un medico infettivologo/internista esperto in Infection prevention and control (IPC) e antimicrobial stewardship in ogni Presidio Ospedaliero del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP), che collabora con le altre figure del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) di ogni struttura, ospedaliera (medico DMO, Infermiera ISRI, microbiologo, farmacista).

A completamento e integrazione della Rete Infettivologica è stato attivato a fine **dicembre 2022** presso l'Ospedale S. Chiara, uno specifico Gruppo operativo denominato TAS (Team Antimicrobial Stewardship) nell'ambito della U.O. di Malattie Infettive dell'Ospedale S. Chiara che rappresenta il riferimento per le attività di consulenza al controllo AMR per l'Ospedale di Trento e per i medici della rete infettivologica e i CIO degli altri ospedali del SOP.

Un Gruppo operativo del CIPASS coordinato dal Direttore U.O. Malattie Infettive nel corso del 2022 ha effettuato la revisione e l'aggiornamento della Procedura per il controllo della diffusione intraospedaliera delle Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi - CRE con la produzione nel **ottobre 2022** la bozza del documento finale.

La procedura sarà operativa nel corso del 2023 tramite l'applicazione di specifiche indicazioni a livello di laboratorio microbiologico.

È stato organizzato con UPIPA e la Commissione Formazione Continua della PAT un percorso formativo di carattere provinciale sul buon uso degli antibiotici, erogando due corsi accreditati ECM denominati: "Prevenzione e sorveglianza delle ICA e Antimicrobico resistenza Il ruolo dell'infermiere di RSA", con una prima edizione il **22.06.2022** e una seconda edizione il **22.09.2022**.

Nell'ultima settimana di **novembre e la prima di dicembre 2022**, è stato effettuato presso gli ospedali del SOP, in collaborazione con l'Istituto di igiene dell'Università di Verona, uno Studio di Prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali per acuti applicando il protocollo operativo ECDC PPS3 – versione 6.0, adottato a livello nazionale.

Parallelamente, in collaborazione con UPIPA è stato svolto presso le RSA provinciali nelle prime due settimane di **dicembre 2022** lo stesso Studio di Prevalenza utilizzando lo specifico protocollo europeo per le strutture residenziali extraospedaliere, ECDC HALT-3.

I risultati dei due studi hanno confermato i dati di rilevazione della percentuale di ICA e di utilizzo di terapie antibiotiche nei ricoverati e nei residenti praticamente simili ai valori riscontrati nei precedenti studi del 2019 (rilevazione interrotta nel 2021 e 2022 causa Covid).

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" di APSS (COTSD) ha promosso anche per l'anno 2022 un'indagine sul dolore negli ospedali del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) e alcuni servizi del territorio: struttura di cure intermedie di Mezzolombardo e Ala, Hospice di Mezzolombardo, A. Bettini di Mori e Cima Verde di Trento, Cure domiciliari [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). L'indagine è stata effettuata nella seconda metà di maggio 2022.

L'obiettivo principale dell'indagine era conoscere l'esperienza di dolore e il grado di soddisfazione dei pazienti in merito all'attenzione e al trattamento ricevuto e si è svolta tramite una intervista strutturata.

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 era attivabile dal personale sanitario tramite uno specifico link.

L'indagine ha coinvolto 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 in alcuni servizi territoriali. Come per la scorsa indagine, la rilevazione è stata esclusivamente digitale e rispetto all'ultima indagine (2020), nella rilevazione 2022 sono stati coinvolti anche tutti gli hospice, le strutture di Cure intermedie e le persone adulte in carico alle Cure palliative.

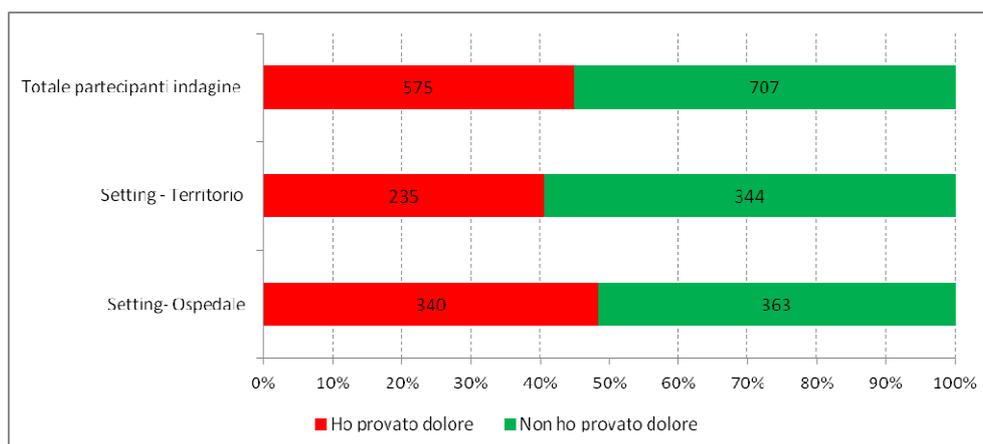
La partecipazione all'indagine è stata su base volontaria e anonima ed ha coinvolto complessivamente 1.282 persone di cui il 55%, pari a 703 persone, del setting assistenziale "ospedaliero" e il 45%, pari a 579 persone, del setting assistenziale "territoriale" (tabella seguente). L'analisi dei dati evidenzia che, l'età media dei partecipanti era di 70,3 anni (deviazione standard- DS = 19,5), l'età mediana era pari a 76 anni (range 0-102 anni) ed erano distribuiti equamente per genere,

Tabella 94. Partecipanti all'indagine sull'esperienza dolore percepito anni 2019-2022. Nel 2021 a causa dell'emergenza COVID- 19 non è stato possibile condurre l'indagine

Setting assistenziale	2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ospedale	1190	80,8	572	63	/	/	703	55
Struttura convenzionata	282	19,1	/	/	/	/	/	/
Servizio Territoriali			331	37	/	/	579	45
Totale	1472	100	903	100	/	/	1282	100

Il 55% degli intervistati ha dichiarato di non aver provato dolore nel corso del ricovero o nel corso dell'ultima settimana (per i questionari somministrati in ambito territoriale); la distribuzione per setting assistenziale dimostra che non hanno dichiarato dolore il 51%, pari a 363 persone, del setting assistenziale "ospedaliero" e il 59% , pari a 344 persone, del setting assistenziale "territoriale".

Figura 106. Indagine sull'esperienza dolore percepito anno 2022: persone che hanno provato dolore durante il ricovero in ospedale o durante la presa in carico dei servi territoriali



Il 90% circa delle persone rispondenti ha dichiarato di essere soddisfatto o molto soddisfatto del trattamento ricevuto per alleviare il dolore, il dato risulta in linea con quanto rilevato negli anni precedenti (tabella sotto).

Tabella 95. Grado di soddisfazione dei rispondenti. Periodo 2019-2022. Nel 2021 a causa dell'emergenza COVID 19 non è stato possibile effettuare l'indagine

Grado di soddisfazione	2019	2020	2021	2022
Preferisce non rispondere*			/	6,6
Per nulla soddisfatto	0,9	0,90	/	0,7
Poco soddisfatto	7	9,42	/	8,1
Soddisfatto	53,3	62,78	/	51,6
Molto soddisfatto	38,9	26,91	/	33,0

* inserita dal 2022

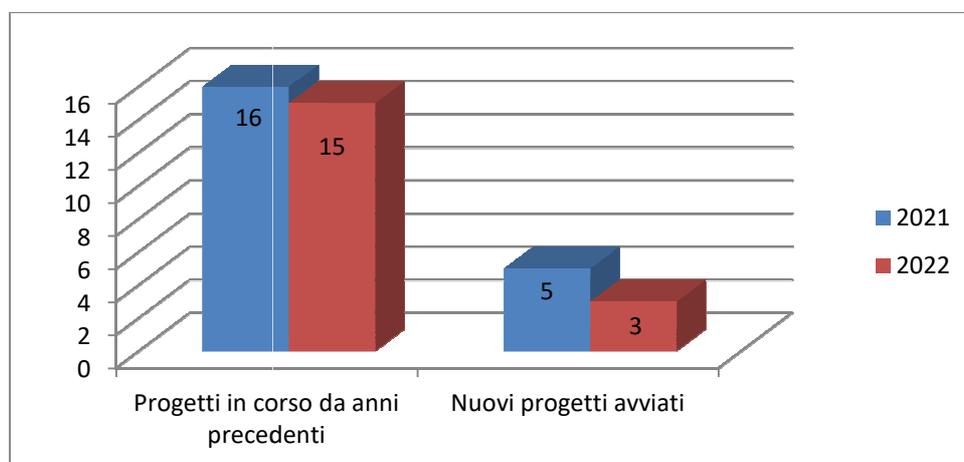
RICERCA E INNOVAZIONE

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 2022 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 107. Progetti di ricerca finanziati in APSS (anni 2021 - 2022)



SOSTENIBILITÀ 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 socio-sanitaria. 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 2022, 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. 2338 di data 14.12.2021.

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Provinciale di parte corrente, per l'esercizio 2022, è stato assestato con integrazione ex Delibera di Giunta Provinciale n. 523/2023 in €uro 1.356.631.972,29=.

I ricavi propri (tariffe e compartecipazioni) riguardano, per significatività, il valore delle prestazioni rese a residenti fuori Provincia nell'ambito dell'istituto della mobilità sanitaria "attiva" (per 49,85 milioni di €uro verso residenti italiani e per 5,89 milioni di €uro per utenti internazionali), i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket, per 19,42 milioni di €uro), i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione sanitaria (per €uro 13,23 milioni), le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (per €uro 6,86 milioni), i concorsi, recuperi e rimborsi (per €uro 77,90 milioni, compresa la contabilizzazione del Pay-back e la quota Pay-back su dispositivi medici per il quadriennio 2015-2018, a seguito di quanto previsto dalla procedura di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici di cui all'art. 9 ter, comma 9bis del D.L. n.78/2015 convertito, con modificazioni, in Legge n.125 del 06.08.2015, successivamente modificato dall'art.1, comma 557, della Legge n.145 del 30.12.2018), gli altri ricavi e proventi (per €uro 2,23 milioni), le prestazioni erogate ad assistiti extra PAT nella REMS e nelle strutture dell'ex OP (pari, nel complesso, ad € 1,20 milioni) e le prestazioni di Protonterapia ad Aziende Sanitarie Extraregione, nonché le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggette a compensazione pari, complessivamente, ad €uro 3,76 milioni, **per un totale complessivo di ricavi propri pari a 180,34 milioni di €uro**.

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 2022 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. 2338/2021, attraverso specifiche direttive in materia di razionalizzazione della spesa per l'anno 2022.

Sul versante dei vincoli di spesa, si evidenzia che con Deliberazione n. 2338 di data 14.12.2021, l'Esecutivo Provinciale ha approvato le disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2022-2024, il relativo riparto e le assegnazioni. Successivamente, con deliberazione di G.P. n. 2.370 di data 16.12.2022, recante integrazioni al finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2022 e altre disposizioni, avuto riguardo ai tetti di spesa per l'esercizio 2022, stabiliti nell'allegato A) alla citata deliberazione G.P. n. 2.338/2021, dava atto che: in ordine voce del personale non concorrono alla verifica del rispetto del tetto di spesa gli oneri derivanti dal riconoscimento dell'indennità di natura accessoria a tantum (cosiddetto Bonus Covid III fase) di cui all'art. 19 c.4 della L.P. 21/2021, gli oneri derivanti dal rinnovo dei CCPL per il triennio 2019-2021 e per il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale 2022-2024, di cui alla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1714/2021 attuativa delle disposizioni di cui all'art. 1 comma 407 della legge n. 178/2020, nonché gli oneri per la chiusura economica dei CCPL per il triennio contrattuale 2019-2021, definiti con le Deliberazioni della Giunta provinciale n. 1772 del 7 ottobre 2022 e n. 2112 del 25 novembre 2022; il limite riferito agli incarichi libero-professionali, fissato in euro 3.600.000,00, in considerazione delle dinamiche legate alla copertura delle funzioni connesse alle misure di contrasto della diffusione del virus Covid-19, nonché legate alla copertura di ambiti scoperti per i quali non è risultato possibile assumere il relativo personale con contratti di lavoro dipendente, è portato a 7,8 milioni di euro, fatto salvo il rispetto del tetto complessivo della macrovoce personale + incarichi/consulenze sanitarie e non sanitarie; 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 determinate dall'aumento dei prezzi dei materiali e delle fonti energetiche. Nel complesso, i tetti sugli aggregati funzionali di spesa risultano rispettati, ad eccezione di quello afferente gli "oneri vari di gestione", come indicato sia nella Relazione sulla Gestione 2022, allegata alla Delibera del Consiglio di Direzione n. 1 del 02.05.2023, con la quale è stato adottato il Bilancio di Esercizio 2022, sia nella Relazione del Collegio Sindacale al Bilancio di Esercizio 2022, anch'essa allegata alla Delibera del Consiglio di Direzione dell'APSS di cui sopra, **registrando un margine complessivo di oltre 43,4 milioni di €uro**.

Nel corso dell'anno 2022, l'Azienda ha mantenuto e, in taluni ambiti, potenziato il complessivo quadro di offerta dei servizi, nell'ambito di un trend di fisiologico aumento della spesa sanitaria in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e della cronicità di alcune patologie, con ciò garantendo il raggiungimento del complessivo equilibrio di bilancio, dato che è stato rilevato un **utile "tecnico"** di €uro 35.810,21. 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 2022, ha utilizzato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di €uro 1.354,27 milioni, con un incremento di circa €uro 73 milioni rispetto all'anno precedente.

Tabella 96. Erogazioni provinciali di cassa (in milioni di euro)

2020	2021	2022
1.275	1.281	1.354

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 2022 è stato mediamente pari a **131,12 giorni** (con un incremento rispetto al dato di riscossione a 99,9 giorni registrato nel 2021)¹⁰.

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**"¹¹ per l'esercizio 2022 è pari a **-9,34 giorni**, quindi i fornitori sono mediamente pagati nove 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, concorrendo 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 2022 sono stati pari ad €uro 29,30 milioni, di cui: €uro 3,80 milioni per i Presidi Protesici, ed €uro 25,50 milioni per opere di edilizia.

Tabella 97. Finanziamenti PAT in conto investimento (in milioni di euro)

Voce	2020	2021	2022
Attrezzature Sanitarie	-	1,90	-
Attrezzature Non Sanitarie ed Economiche	-	-	-
Presidi Protesici	3,00	3,10	3,80
Lavori	-	6,50	25,50
Piano Operativo Covid-19 (art. 4 D.L. n. 18/2020)	0,44	-	-
Totale APSS	3,44	11,50	29,30

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 tale tipologia di spesa 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, che nel 2022 sono pari a circa €uro 76,73 milioni, al netto dei ricavi della mobilità sanitaria interregionale ed internazionale, nonché della quota Pay-back su dispositivi medici per il quadriennio 2015-2018, a seguito di quanto previsto dalla procedura di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici di cui all'art. 9 ter, comma 9bis del D.L. n.78/2015 convertito, con modificazioni, in Legge n.125 del 06.08.2015, successivamente modificato dall'art.1, comma 557, della Legge n.145 del 30.12.2018. Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i concorsi, recuperi e rimborsi (le tre voci rappresentano l'88,15% 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,

¹⁰ Non sono considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa.

¹¹ L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come il tempo medio ponderato di pagamento rispetto alle scadenze contrattualmente previste.

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.

LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI

Nell'esercizio 2022, 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 dall'ente finanziatore, con la possibilità - in tempo reale - di reperire dati contabili e tecnici dal sistema di contabilità integrato.

Tabella 98. Finanziamenti per contributi e progetti di ricerca (in migliaia di euro)

Descrizione	2020	2021	2022
Contributi finalizzati P.A.T.	185	194	353
Progetti finalizzati altri enti	727	573	2.937

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 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 108. Ricadute economiche dell'attività di APSS sul territorio

