



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute
e Politiche sociali

infosalute 8

**Relazione sullo stato
del Servizio Sanitario
Provinciale**
Anno 2009

80

70

60

50

40

30

20

10

0



infosalute 8

**Relazione sullo stato
del Servizio Sanitario Provinciale**

Legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10, art. 10

Edizioni
Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Politiche sociali

Trento, 2010

infosalute 8

Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Provinciale
Anno 2009 (dati 2008)
legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10, art. 10

A cura di Giulio Panizza

Hanno collaborato alla redazione dei testi: Cristina Apolloni (mobilità sanitaria e approccio "salute-stagioni della vita"); Carlo Trentini, Andrea Anselmo (spesa sanitaria).

Assessorato alla Salute e Politiche sociali
Servizio Economia e programmazione sanitaria
Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria
Via Gilli,4 - 38100 Trento
tel. 0461. 494165 - fax 0461. 494175
serv.econsan@provincia.tn.it
www.trentinosalute.net

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento - 2010
L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte

Presentazione

La legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 recante la disciplina del servizio sanitario provinciale, all'articolo 10, stabilisce che il Presidente presenti annualmente al Consiglio Provinciale la "relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, sullo stato di salute della popolazione e sullo stato di attuazione del piano sanitario provinciale".

La Relazione generale si compone di due volumi:

- ▶ Vol. 1 *Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale – anno 2009 (dati 2008)*, redatto dalla Provincia, a cura del Servizio economia e programmazione sanitaria – Ufficio per la Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria – del Dipartimento politiche sanitarie. Offre una rappresentazione dei contenuti "necessari" della Relazione, previsti dalla citata legge provinciale: lo stato di salute della popolazione, la gestione e l'efficienza dei servizi sanitari, lo stato d'attuazione della programmazione sanitaria provinciale;
- ▶ Vol. 2 *Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale – anno 2009 (dati 2008): rapporto epidemiologico*, redatto dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, a cura del Servizio osservatorio epidemiologico. Presenta il dettaglio quantitativo dei livelli di assistenza sanitaria erogati – assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera – nonché specifici approfondimenti in ordine ad attività e/o tematiche di particolare interesse.

Oltre ad adempiere a un impegno istituzionale, la Relazione generale - grazie all'ampiezza e all'organica articolazione delle informazioni in essa contenute - intende proporsi come un utile strumento di conoscenza del Servizio sanitario provinciale e, più in generale, del profilo sanitario della realtà trentina. Essa può contribuire a leggere e interpretare la nostra società, ponendosi a supporto delle decisioni di programmazione sanitaria e della condivisione ampia e consapevole delle linee di sviluppo di uno dei settori ai quali l'Amministrazione provinciale ha riconosciuto primaria importanza e dedicato particolare e continuativo impegno.

Ugo Rossi
Assessore alla Salute
e Politiche sociali

Lorenzo Dellai
Presidente della Provincia
autonoma di Trento

Indice

Premessa	9
----------	---

Parte I Stato di salute della popolazione

Cap. 1

Il quadro di riferimento	13
1.1 Il territorio e la popolazione	13

Cap. 2

Lo stato di salute della popolazione trentina	24
2.1 I determinanti della salute e loro caratterizzazione nel contesto europeo, italiano e trentino	24
2.2 Le tendenze e le principali problematiche di salute nel contesto europeo, in Italia e in Trentino	29
2.3 Gli indicatori disponibili dello stato di salute della popolazione	31
2.4 Analisi delle principali patologie che affliggono la popolazione trentina	46
2.4.1 Malattie del sistema cardiocircolatorio	46
2.4.2 Tumori	47
2.4.3 Malattie dell'apparato respiratorio	52
2.4.4 Malattie dell'apparato digerente	52
2.4.5 Traumatismi e avvelenamenti	53
2.4.6 Salute mentale	53
2.4.7 Disabilità	56
2.4.8 Tossicodipendenze	58
2.4.9 Alcolismo	60
2.4.10 Incidenti domestici	62
2.4.11 Incidenti stradali	54
2.4.12 Infortuni sul lavoro e malattie professionali	67
2.5 L'approccio "salute-stagioni della vita"	70

Parte II

Gestione ed efficienza dei servizi sanitari

Cap. 3

Il Servizio Sanitario Provinciale: struttura, organizzazione e spesa	77
3.1 L'assetto istituzionale e organizzativo del settore sanitario provinciale	77
3.2 I livelli di assistenza sanitaria.	80
3.3 L'offerta sanitaria	86
3.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	86
3.3.2 Assistenza distrettuale	92
3.3.3 Assistenza ospedaliera.	116
3.4 Profili di salute: gli indicatori più significativi	132
3.5 La mobilità sanitaria interregionale (attiva e passiva).	140
3.6 La spesa sanitaria di parte corrente	158
3.7 La spesa sanitaria di parte capitale	175

Parte III

Stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale

Premessa	185
--------------------	-----

Cap. 4

Il contesto sanitario italiano	186
---	------------

Cap. 5

Il Servizio sanitario provinciale	190
Introduzione.	190
5.1 Il Modello EFQM dell'Azienda sanitaria	193
5.1.1 La gestione della leadership	196
5.1.2 La gestione di politiche e strategie	197
5.1.3 La gestione del personale.	221
5.1.4 La gestione delle risorse e delle alleanze	245
5.1.5 La gestione dei Livelli di assistenza.	305
5.2 Gli obiettivi annuali assegnati dalla Giunta provinciale	353
5.2.1 Area 1: Promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie.	353
5.2.2 Area 2: Patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare	354
5.2.3 Area 3: Livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi	356
5.2.4 Area 4: Strategie per il miglioramento dei servizi.	363

Premessa

La “Relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, sullo stato di salute della popolazione e sullo stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale” si pone l’intento di rappresentare, con cadenza annuale, la fisionomia ed il processo evolutivo del Servizio sanitario provinciale.

La presente edizione, che innova ulteriormente rispetto alle esperienze degli scorsi anni, è così articolata:

- ▶ nella *Parte Prima* viene rappresentato il Trentino in termini generali e valutata la situazione provinciale, anche con riferimenti allo scenario italiano ed europeo, focalizzando l’attenzione sullo stato di salute della popolazione trentina - descritto attraverso l’analisi delle principali problematiche di salute ed integrato con specifiche comparazioni con altre realtà limitrofe e nazionali - anche adottando l’approccio delle “stagioni di vita”;
- ▶ nella *Parte Seconda* si trattano gli aspetti relativi all’offerta sanitaria, intesa come l’insieme delle strutture e risorse dedicate e delle attività erogate dal Servizio sanitario provinciale, articolate secondo il criterio dei livelli di assistenza. Questa parte affronta anche gli aspetti del finanziamento e della spesa sanitaria corrente ed in conto capitale contenendo, altresì, una serie d’elementi ed indicatori che consentono una valutazione del Servizio sanitario del Trentino, sul piano della performance complessiva, anche in confronto con altre realtà regionali;
- ▶ nella *Parte Terza* viene dato conto dello stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale, descrivendo i principali interventi realizzati per il mantenimento e per lo sviluppo del Servizio sanitario provinciale.

Parte I
Lo stato di salute
della popolazione trentina

1

Il quadro di riferimento

1.1 Il territorio e la popolazione

Il territorio della Provincia Autonoma di Trento, situato nella regione alpina, si suddivide in 223 comuni e la sua superficie di 6.206 kmq è occupata per l'84,0% da aziende agricole o coperta da foreste, e per il rimanente 16,0% da terreni improduttivi comprendenti acque (1,6%), fabbricati (1,6%), infrastrutture di urbanizzazione (1,3%) e terreni sterili per natura o dal punto di vista agrario (11,5%).

Il 70% del territorio trentino è situato a un'altitudine superiore ai 1.000 metri sul livello del mare e la conformazione orografica contribuisce in modo significativo a caratterizzare l'insediamento della popolazione residente, con una densità di 82 ab./kmq nettamente inferiore al corrispondente valore nazionale (194 ab./kmq – dato 2005): popolazione e densità sono tuttavia in costante aumento negli anni anche in provincia di Trento.

È quasi stabilizzato il processo di concentrazione della popolazione nei centri di fondovalle fino ai 500 metri di altitudine, mentre la popolazione che risiede a un'altitudine superiore ai 750 metri sul livello del mare è in leggero declino e ammonta a circa il 20% del totale (quasi 100.000 persone).

La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali (nascite e morti) e migratorie costituiscono un indicatore della sua vitalità demografica e anche, in via indiretta, un indicatore della caratterizzazione socio-economica.

Il cambiamento demografico è destinato a influire marcatamente anche nel settore sanitario: infatti, poiché alle diverse stagioni di vita si associano profili di salute e bisogni sanitari e d'assistenza profondamente differenti, è importante conoscere come la popolazione si distribuisce nelle diverse classi di età.

La situazione del 2008 conferma nella sostanza le tendenze registrate negli anni precedenti, con una percentuale di persone in età uguale o maggiore di 65 anni (anziani) che supera quella delle persone in età 0-14 (giovani) e il cui rapporto (di dipendenza) peggiora rispetto alla componente attiva della popolazione (in età 15-64) con conseguenti ricadute sul piano previdenziale e assistenziale.

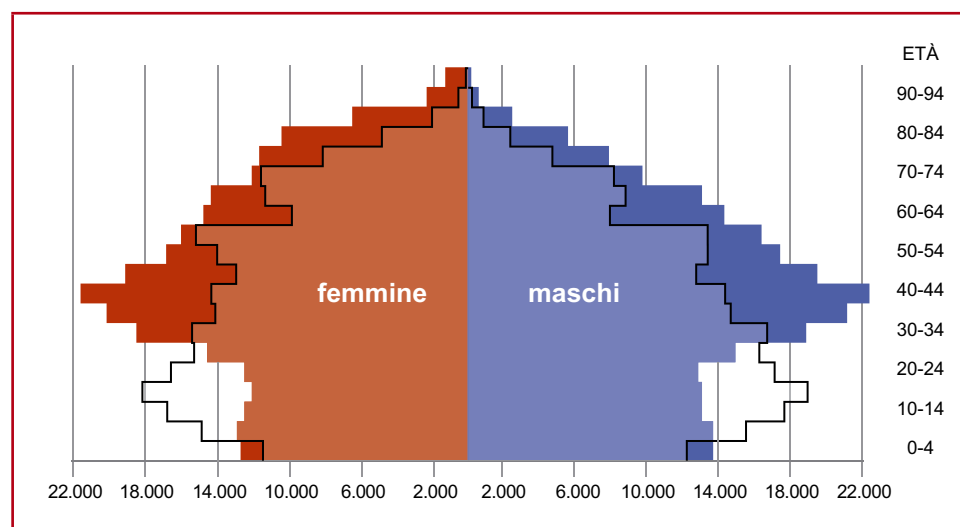
TAB. 1.1.1 Popolazione residente per sesso e classi d'età/stagioni di vita: valore assoluto e valore percentuale – Anno 2008

CLASSI DI ETÀ	FEMMINE		MASCHI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
primo anno di vita	2.583	1,0	2.710	1,1	5.293	1,0
da 1 a 14 anni	36.077	13,6	38.332	15,1	74.409	14,3
da 15 a 24 anni	25.005	9,4	26.310	10,3	51.315	9,9
da 25 a 49 anni	94.486	35,6	97.264	38,2	191.750	36,9
da 50 a 64 anni	48.273	18,2	48.932	19,2	97.205	18,7
da 65 a 74 anni	26.855	10,1	23.312	9,2	50.167	9,7
da 75 anni e oltre	32.018	12,1	17.493	6,9	49.511	9,5
100 e oltre	129		21		150	
Totale	265.426	100,0	254.374	100,0	519.800	100,0

Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria, su dati Servizio Statistica PAT

Con riferimento alla *piramide delle età* si distingue un invecchiamento “dalla base” dovuto alla variazione delle età giovani (0-19 anni) inferiore alla variazione della popolazione totale e un invecchiamento “dal vertice” causato dalla variazione della classe anziana (oltre i 65 anni) superiore rispetto alla variazione totale. Il Grafico 1.1.1 presenta la consistenza delle singole classi d'età mettendo a confronto la situazione demografica in Trentino nel 2008 con quella registrata nel censimento 1981.

GRAF. 1.1.1 Provincia di Trento, “Piramide delle età” – Anno 2008. L'area descritta dal profilo nero documenta la situazione demografica registrata nel censimento del 1981

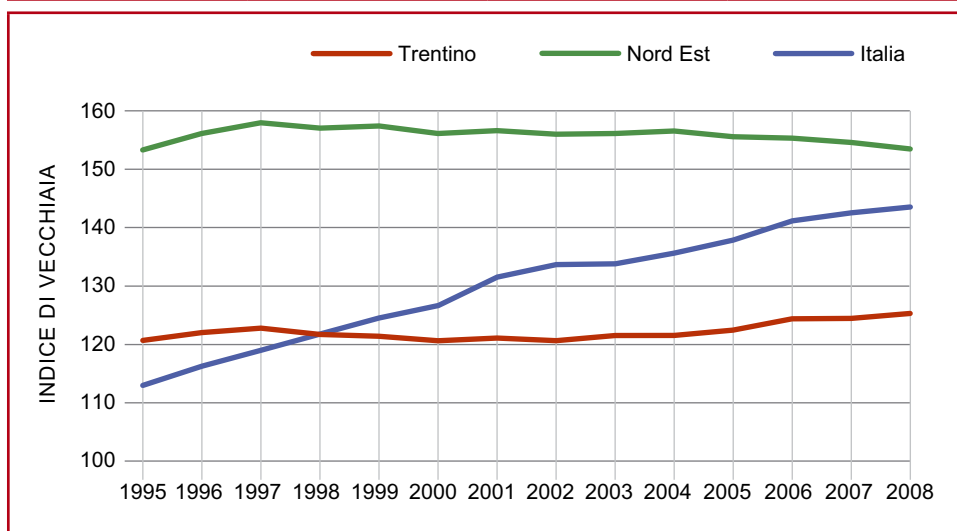


Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria, su dati del Servizio Statistica PAT

La generale tendenza a una diminuzione dei giovani si accompagna a un aumento della consistenza degli anziani ma anche delle classi d'età che partono dai 30 anni, con un'evidente differenza tra i due sessi, espressa anche dall'*indice di vecchiaia* – che deriva dal rapporto percentuale tra la popolazione residente con età uguale e maggiore a 65 anni e quella con età compresa fra 0 e 14 anni – rappresentato nelle Tabelle e nei Grafici seguenti.

TAB. 1.1.2 / GRAF. 1.1.2 Confronto indice di vecchiaia 1995-2008

ANNO	TRENTINO	Nord Est	ITALIA
1995	120,7	152,9	113,2
1996	121,9	155,6	116,5
1997	122,8	157,6	119,4
1998	121,6	156,8	121,8
1999	121,4	157,1	124,8
2000	120,8	156,0	127,1
2001	120,9	156,4	131,4
2002	120,7	155,9	133,8
2003	121,6	155,9	133,8
2004	121,3	156,1	135,9
2005	122,5	155,5	137,8
2006	123,7	155,4	141,7
2007	124,8	154,6	142,8
2008	125,3	153,4	143,4



Fonte: Servizio Statistica PAT e ISTAT

TAB. 1.1.3 Indice di vecchiaia per genere in provincia di Trento – Anni 1981-2008

Anno	1981	1991	2001	2006	2007	2008
femmine	89,3	139,1	152,9	151,7	152,6	152,6
maschi	55,3	81,6	92,5	97,2	98,6	99,5
TOTALE	71,9	109,5	120,9	123,7	124,8	125,3

Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria, su dati del Servizio Statistica PAT

Quasi il 20% della popolazione trentina ha un'età superiore ai 65 anni.

La presenza della popolazione di età molto anziana, i *"grandi vecchi"* (oltre i 75 anni = 49.660 nel 2008), in particolare della popolazione femminile (=38.147 nel 2008), da un lato rappresenta la quota di popolazione esposta al rischio di malattie invalidanti e di morte e, quindi, il volume e la qualità di assistenza sanitaria (e sociale) che il sistema di welfare deve garantire, d'altro lato costituisce un indicatore positivo di *"sopravvivenza"* dei residenti in un determinato territorio.

Nell'UE-27, la quota della popolazione di età pari o superiore ad 80 anni era pari a 1,6% nel 1963, è passata nel 2004 al 3,9%; nel 2008 è pari al 4,3%.

TAB. 1.1.4 Trentino – Famiglie e Convivenze – Anno 2008

	FAMIGLIE	Componenti delle famiglie	Componenti per famiglia	CONVIVENZE
TRENTINO	219.872	515.198	2,3	342
NORD-EST	4.871.695	11.387.693	2,3	6.211
ITALIA	24.641.200	59.721.926	2,4	28.217

Fonte: Servizio statistica PAT – ISTAT

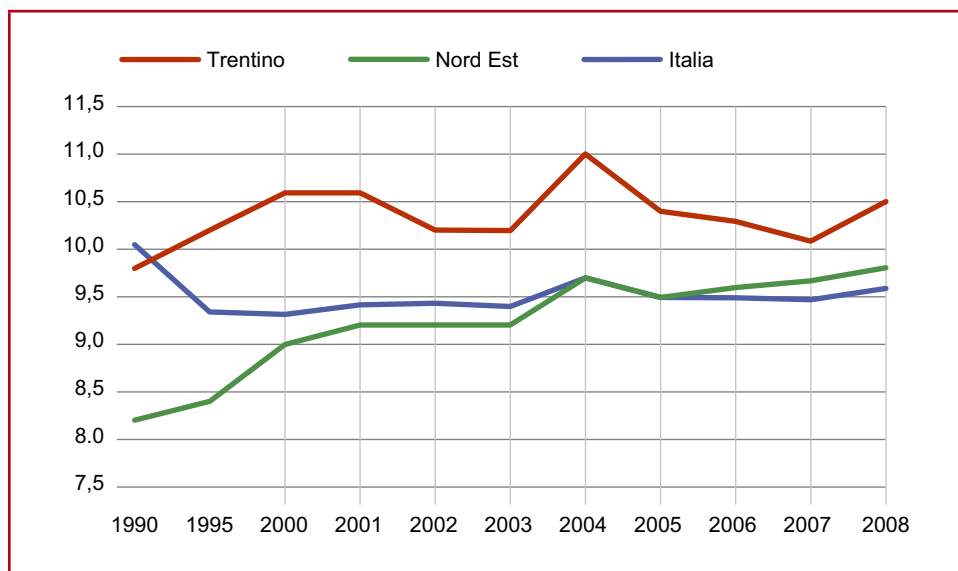
Altro parametro rilevante sul quale calibrare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria (e sociale) è rappresentato dalla struttura delle famiglie e dalle modificazioni che la stessa subisce in funzione della denatalità (che riduce il numero di figli per nucleo), della sopravvivenza degli anziani (che fa aumentare il numero di famiglie costituite dal nucleo originario o da uno solo dei coniugi), di separazioni e divorzi (che fanno aumentare le famiglie nelle quali un solo genitore, per lo più la madre, convive con i propri figli).

Con riferimento alla dimensione strutturale della popolazione è proposto un confronto – tra la situazione trentina, quella del Nord Est e quella dell'Italia – sulla base dei tradizionali indicatori: *tasso di natalità*, *tasso di fecondità*, *tasso di mortalità*, *tasso naturale* e *tasso migratorio*.

- Il *tasso di natalità* è espresso dal rapporto tra numero dei nati vivi nell'anno di riferimento e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

TAB. 1.1.5 / GRAF. 1.1.3 Tasso di natalità: Trend 1990-2008

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Trentino	9,8	10,2	10,6	10,6	10,2	9,8	11,0	10,4	10,3	10,1	10,5
Nord Est	8,2	8,4	9,0	9,2	9,2	9,2	9,7	9,5	9,6	9,7	9,8
Italia	10,1	9,4	9,3	9,4	9,4	10,1	9,7	9,5	9,5	9,5	9,6



Fonte: Servizio statistica PAT - ISTAT - Eurostat

Si rileva, dopo il 2004, un decremento negli anni più recenti. In particolare, nel 2008 sono nati, nei presidi ospedalieri trentini 5.169 bambini, a cui si aggiungono i 16 nati a domicilio, gli 8 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e gli 85 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale di 5.278 neonati, con un incremento di 227 nati rispetto all'anno precedente.

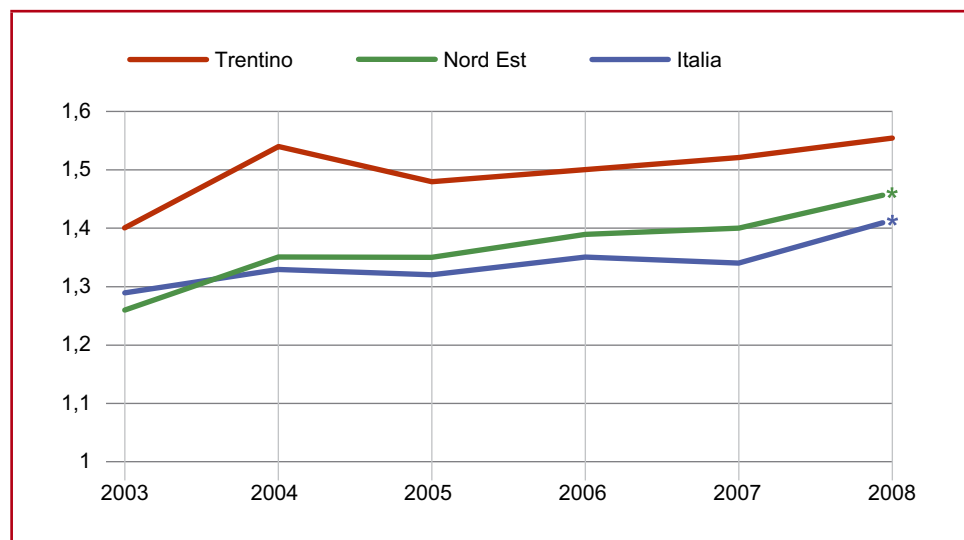
- Il numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale) è espresso dalla somma dei quozienti specifici di fecondità, calcolati rapportando, per ogni età feconda (tra i 15 e i 49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile residente.

Per il tasso di fecondità totale, il Trentino si colloca, nel 2008, al 2° posto in Italia, dopo l'Alto Adige che registra 1,60 figli per ogni donna in età feconda; all'ultimo posto la Sardegna con 1,06 figli.

Il tasso di fecondità totale Trentino è stimato, per il 2008, in 1,52 figli per ogni donna in età feconda, verso un valore nazionale pari a 1,40 e un valore dell'Unione Europea (dei 15) stimato pari a 1,55.

TAB. 1.1.6 / GRAF. 1.1.4 Tasso di fecondità totale – Trend (1960,1990: dati nazionali) 2003-2008

	1960	1990	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Trentino			1,40	1,54	1,48	1,50	1,52	1,52
Nord Est			1,26	1,35	1,35	1,39	1,40	1,46 *
Italia	2,70	1,20	1,29	1,33	1,32	1,35	1,34	1,41 *



Fonte: Servizio statistica PAT – ISTAT

* valori stimati

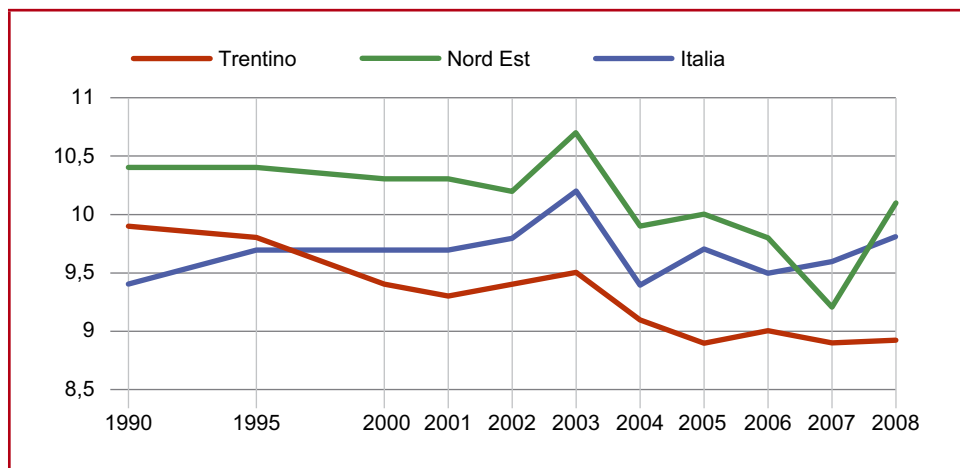
Va segnalato che il valore necessario al “*ricambio generazionale*” è pari a 2,1 figli per donna e che i comportamenti delle famiglie trentine sono, da lungo tempo, improntati:

- alla diminuzione del tasso di nuzialità;
- all’aumento progressivo dell’età media al primo matrimonio;
- alla diminuzione del numero di figli avuti (solo il 10% delle famiglie conta 4 o più membri);
- all’aumento della percentuale dei nuclei unipersonali (per lo più anziani soli);
- al procrastinare le scelte di formazione delle nuove famiglie;
- alla sostanziale stabilità dei nuclei familiari (l’incidenza dei divorzi sul totale dei matrimoni si è attestata, nel 2008 in Trentino, sul 27,7% vs un dato europeo del 46,6%).

- Il *tasso di mortalità* indica il numero totale di decessi ogni 10.000 abitanti: per la Provincia di Trento, il tasso è da tempo sensibilmente più basso della media nazionale e delle regioni del Nord Est. Nell’anno 2008 sono stati registrati 4.609 decessi di persone residenti (4.567 nel 2007), ripartiti in 2.199 maschi (47,7%)

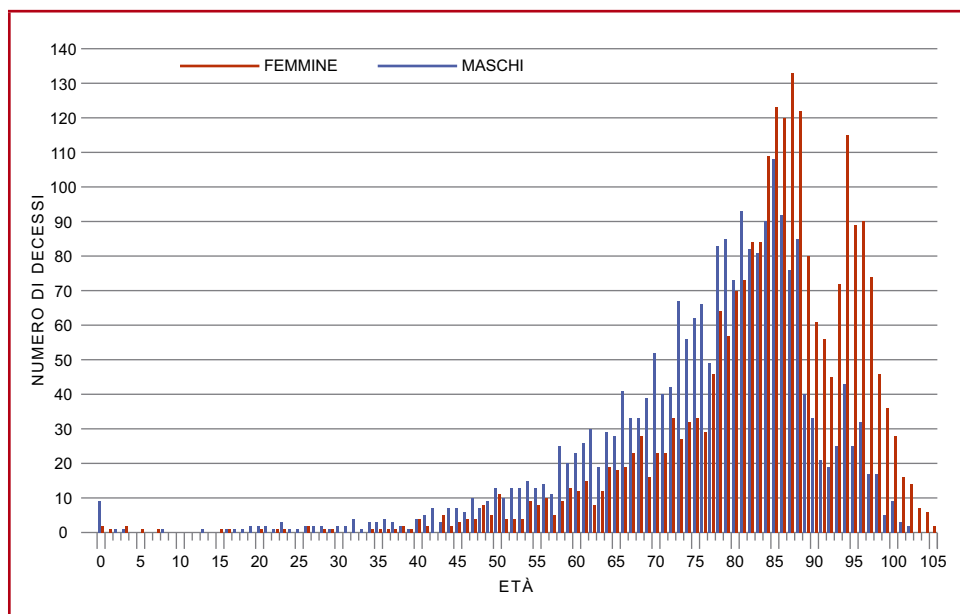
TAB. 1.1.7 / GRAF. 1.1.5 Tasso grezzo complessivo di mortalità – Trend 1990-2008

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Trentino	99	98	94	93	89	95	91	89	90	89,5	89,2
Nord Est	104	104	103	103	92	107	99	100	98	92,1	101
Italia	94	97	97	97	98	102	94	97	95	96,1	98



Fonte: ISTAT

GRAF. 1.1.6 Provincia di Trento. Decessi per età e genere – Anno 2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e programmazione sanitaria, su dei dati Servizio Statistica PAT

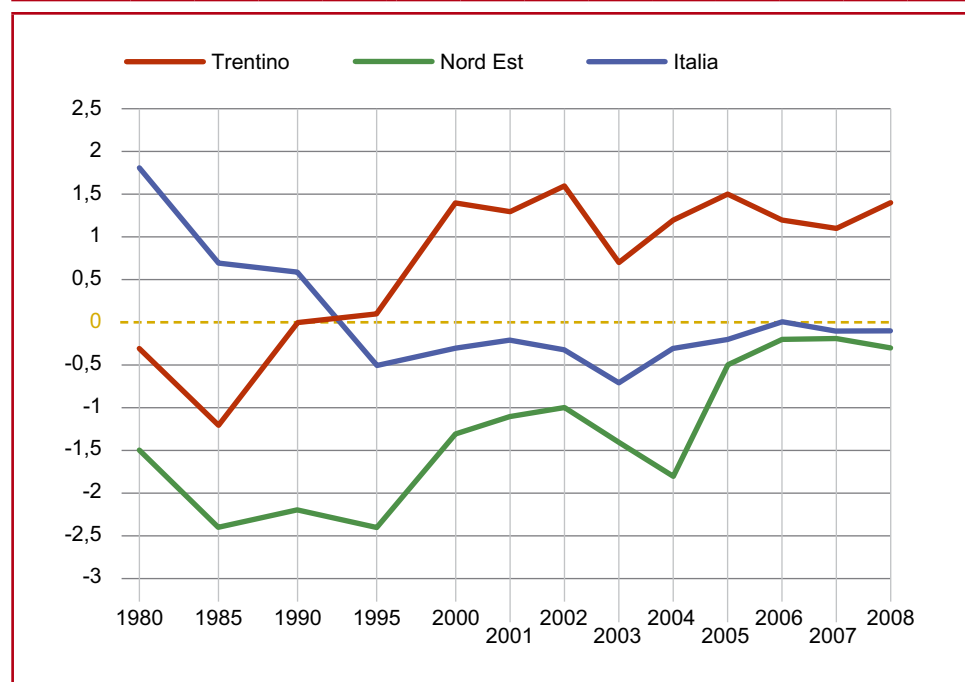
e 2.410 femmine. Il tasso grezzo complessivo di mortalità è pari a 89,2/10.000 residenti; si riscontra una lieve riduzione nei maschi (87,0 vs. 87,8 nel 2007) e un lieve aumento nelle femmine (91,4 vs. 91,2 nel 2007).

Nel confronto con le altre regioni italiane, il tasso di mortalità del Trentino dell'anno 2008, pari a 89,2 decessi ogni 10.000 abitanti, si colloca al 18° posto (prima la Liguria con il numero maggiore di decessi ogni 10.000 abitanti (13,4) – ultima la Provincia autonoma di Bolzano con 7,8 decessi ogni 10.000 abitanti). Nel Grafico 1.1.6 è evidenziata la distribuzione del numero di decessi nell'anno 2008 secondo l'età e il genere.

- Il *tasso naturale* indica l'incremento o decremento percentuale della popolazione a fine anno, determinato dalla differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità. In provincia di Trento, il trend positivo è in tendenziale crescita, significativamente rispetto a Italia e Nord Est.

TAB. 1.1.8 / GRAF. 1.1.7 Tasso naturale della popolazione – Anni 1980-2008

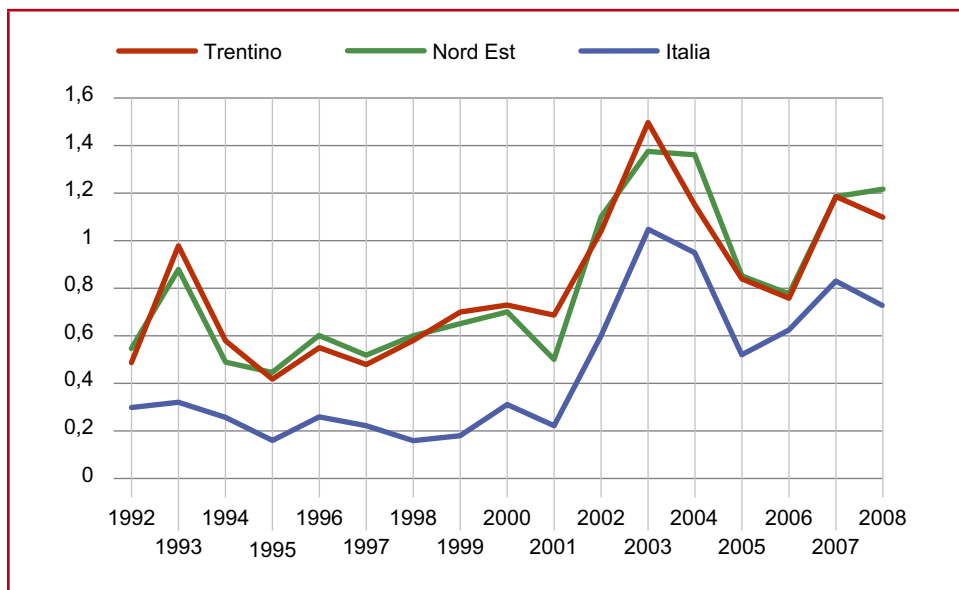
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Trentino	-0,3	-1,2	0,0	0,1	1,4	1,3	1,6	0,7	1,2	1,5	1,2	1,1	1,4
Nord Est	-1,5	-2,4	-2,2	-2,4	-1,3	-1,1	-1,0	-1,4	-1,8	-0,5	-0,2	-0,2	-0,3
Italia	1,8	0,7	0,6	-0,5	-0,3	-0,2	-0,3	-0,7	-0,3	-0,2	-0,0	-0,1	-0,1



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria su dati del Servizio statistica PAT

TAB. 1.1.9 / GRAF. 1.1.8 Tasso migratorio: 1992-2008

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Trentino	0,49	0,98	0,58	0,42	0,55	0,48	0,58	0,70	0,73	0,69	1,04	1,50	1,15	0,84	0,76	1,19	1,10
Nord Est	0,55	0,88	0,49	0,45	0,60	0,52	0,60	0,65	0,70	0,73	1,10	1,38	1,36	0,85	0,78	1,19	1,22
Italia	0,30	0,32	0,26	0,16	0,26	0,22	0,16	0,18	0,31	0,22	0,60	1,05	0,95	0,52	0,62	0,83	0,73



Fonte: ISTAT – Servizio statistica PAT

- Il *tasso migratorio* rapporta il saldo migratorio (per l'anno 2008=6.062) alla popolazione residente a fine anno (per il 2008=519.800); indica l'incremento o decremento percentuale della popolazione determinato dal movimento migratorio.

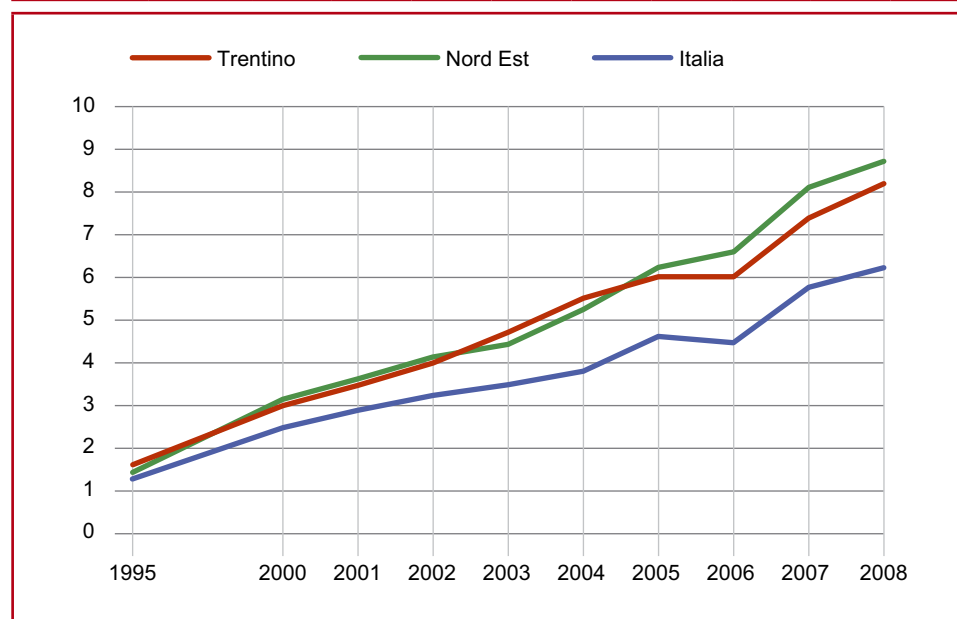
Il trend del tasso migratorio negli anni 1992-2008 – in Trentino, nel Nord Est e in Italia – è illustrato in Tabella 1.1.9/Grafico 1.1.8.

La percentuale di stranieri residenti (anni 1995-2008), calcolata rispetto alla popolazione residente totale a fine anno, risulta rappresentata in Tabella 1.1.10/Grafico 1.1.9.

Il quadro demografico ha ripreso, dalla metà degli anni '90 a manifestare un aumento del saldo naturale che è andato ad associarsi all'aumento costante del saldo migratorio: nel 2003, il primo ha però mostrato una secca flessione – la prima dopo circa un decennio – riducendosi a meno della metà, riprendendo però quota in parte nel 2004; viceversa, l'entità delle immigrazioni prosegue la marcata accelerazione iniziata nel 2001 e si mostra di ben altro peso rispetto al saldo naturale, spingendo di conseguenza la composizione sociale del Trentino verso una *maggiore internazionalità e multietnicità*.

TAB. 1.1.10 / GRAF. 1.1.9 Percentuale di stranieri iscritti in anagrafe – Anni 1995-2008

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Trentino	1,6	3,0	3,5	4,0	4,7	5,5	6,0	6,0	7,4	8,2
Nord Est	1,4	3,1	3,6	4,1	4,4	5,2	6,2	6,6	8,1	8,7
Italia	1,3	2,5	2,9	3,2	3,5	3,8	4,6	4,5	5,8	6,2



Fonte: ISTAT – Servizio statistica PAT

La situazione vede, al 2008, un ulteriore e sensibile aumento della presenza di stranieri in provincia di Trento con una incidenza pari a 8,2 ogni 100 abitanti).

La popolazione straniera residente in provincia di Trento al 31 dicembre 2008 (cfr. Tabelle 1.1.11 e 1.1.12), pari a 42.577 unità (con un aumento di 4.610 unità sull'anno precedente), è rappresentata in gran parte da extracomunitari: la componente femminile (21.589) incide per il 50,1% in quanto, nel decennio, le presenze per genere si sono equilibrate in ragione delle attività lavorative cui sono destinati i diversi gruppi etnici e delle politiche finalizzate ai "ricongiungimenti familiari".

Assieme alla presenza stabile di stranieri, va anche ricordato il soggiorno temporaneo di diverse migliaia di lavoratori stagionali impegnati nell'agricoltura.

Bisogna peraltro rilevare che la popolazione immigrata non presenta particolari elementi di rischio sanitario salvo quelli legati alle eventuali cattive condizioni abitative e alle attività lavorative (pericolose) cui è dedicata: infatti, un'immigrazione

recente come quella che interessa l'Italia e il Trentino è generalmente costituita, per la maggior parte, da individui giovani e tendenzialmente sani.

Al contrario, un aspetto che impatta sensibilmente sull'organizzazione dei servizi sanitari è rappresentato dalla maggiore utilizzazione dei servizi materno-infantili da parte dell'elevato numero di coppie giovani con una propensione alla procreazione decisamente superiore a quella delle coppie italiane.

TAB. 1.1.11 Popolazione straniera residente in provincia di Trento – Anni 1993-2008

	Residenti in Trentino	Stranieri residenti	Incidenza % sulla popolazione totale	Incremento % su anno precedente
1993	—	5.625	1,2	—
1994	—	6.715	1,5	19,4
1995	—	7.418	1,6	10,5
1996	—	8.152	1,8	9,9
1997	—	9.222	2,0	13,1
1998	—	10.394	2,2	12,7
1999	—	12.165	2,6	17,0
2000	—	14.380	3,0	18,2
2001	—	16.834	3,5	17,1
2002	—	19.101	4,0	13,5
2003	—	22.953	4,7	20,2
2004	470.623	27.456	5,5	19,6
2005	472.164	30.314	6,0	10,4
2006	473.750	30.281	6,0	0
2007	475.390	37.967	7,4	25,4
2008	477.223	42.577	8,2	12,1

Fonte: Servizio statistica PAT

TAB. 1.1.12 Popolazione straniera residente in provincia di Trento per genere e classe di età – Anni 2007-2008

Classi di età	0-17		18-39		40-64		65 e oltre		Totale	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Maschi	4.843	5.389	9.088	9.868	4.671	5.326	331	405	18.933	20.988
Femmine	4.414	4.933	9.266	10.177	4.913	5.901	441	578	19.034	21.589
Totale	9.257	10.322	18.354	20.045	9.584	11.227	772	983	37.967	42.577

2

Lo stato di salute della popolazione trentina

2.1 I determinanti della salute e loro caratterizzazione nel contesto europeo, italiano e trentino

Il Trentino s’inserisce nel contesto generale delle realtà occidentali avanzate e, pertanto, il relativo quadro epidemiologico e sociale è influenzato dai fattori determinanti lo stato di salute della popolazione che caratterizzano detto contesto presentando, conseguentemente, analogie sia con le altre realtà regionali italiane, sia con quelle europee. La ricerca e l’analisi dei “determinanti” della salute è fondamentale per comprendere lo stato di salute di una popolazione: è dimostrato, infatti, che questi fattori incidono, nel loro insieme, nella misura di circa l’80% nella definizione dello stesso, mentre i fattori genetico-biologici solo per il 20%.

Nello specifico, si individuano le seguenti categorie di fattori che determinano o incidono sullo stato di salute della popolazione: fattori demografici, fattori socio-economici, fattori ambientali, comportamenti e stili di vita.

- ▶ Sotto il *profilo demografico*, lo scenario evidenziato nel precedente capitolo indica due elementi caratterizzanti e rilevanti per la definizione dello stato di salute: l’invecchiamento della popolazione dal quale deriva un aumento delle malattie croniche e delle diverse condizioni di non autosufficienza, la presenza di persone straniere provenienti da diverse culture – che comporta l’aumento della natalità da parte di persone non residenti e l’aumento della presenza giovanile – a cui si lega l’emergere di problematiche socio-sanitarie che derivano dalla diversa concezione/rapporto di carattere culturale nei confronti della stessa salute e della qualità della vita.
- ▶ Riguardo alla *dimensione socio-economica*, va segnalato che la presenza di condizioni sfavorevoli si pone spesso in rapporto con l’emergere di stati patologici direttamente o indirettamente correlati a esse, in dipendenza del fatto che le stesse creano disomogenee prerogative e possibilità di usufruire dei servizi sanitari in condizioni di equità e appropriatezza, soprattutto a livello di impostazione culturale, di informazione e di conoscenza: in tal senso, un

basso livello socio-culturale favorisce anche l'associazione con comportamenti e stili di vita negativi per la mancanza della motivazione, dell'interesse e dell'acquisizione di responsabilità per l'autogestione della salute.

- ▶ Con riferimento ai *problemi congiunturali*, che interessano in questo momento l'Italia e l'Europa, si presentano anche in Trentino – seppure in maniera più limitata che altrove, grazie alla presenza dell'intervento pubblico in molti settori e del grado elevato di coesione sociale e comunitaria esistente – alcune situazioni critiche che riguardano, in particolare, i nuovi fenomeni della precarietà/insicurezza e delle nuove forme di povertà legati alla trasformazione del mercato del lavoro e alle dinamiche urbanistiche.
- ▶ La *situazione dell'economia trentina* s'inserisce, e dunque si accomuna, a quella generale italiana e del Nord Est: le previsioni di crescita del PIL italiano sono costantemente riviste (OCSE) al ribasso sull'anno precedente (anno 2008= -0,4; anno 2009= -1,0) e confermano la ripresa non prima del 2010 (+0,7). L'andamento dell'economia trentina non si distanzia da quella italiana se non per una minore sensibilità al ciclo e, congiuntamente all'economia nazionale, perde terreno rispetto ai paesi UE-15. Peraltro, il Trentino mantiene anche nel 2008 un PIL pro-capite (104%) superiore alla media europea.
- ▶ Per quanto concerne la *situazione sociale*, gli elementi positivi riguardano il costante progressivo aumento del livello di istruzione della popolazione trentina – con l'aumento del tasso di passaggio sia dalla scuola media inferiore a quella superiore, sia da quest'ultima verso l'università -, il livello di coesione e di sicurezza sociale e la diffusione della povertà per individui (tasso calcolato con soglia fissata al 50% della mediana della distribuzione dei redditi equivalenti in Trentino e in alcuni paesi europei) per i quali il Trentino si colloca nelle posizioni di testa.
Sul versante negativo va confermata la sempre maggiore lentezza della transizione delle giovani generazioni verso l'assunzione di un ruolo adulto a tutti gli effetti, con le relative responsabilità personali e sociali, e l'ancora basso livello d'occupazione femminile (59,3%) che risulta essere ancora inferiore alla media UE-15 (65,7) e di 18 punti percentuali inferiore rispetto all'occupazione maschile. Il tasso di occupazione femminile presenta, peraltro, un andamento differenziato se analizzato per classi di età (15-24; 25-54; 55-64) o per tipologia di contratto, in riferimento ai problemi di conciliazione degli impegni lavorativi con le attività di cura domestica.
- ▶ Il *mercato del lavoro* trentino presenta nel 2008 una sofferenza in particolare per la componente maschile. Il tasso di disoccupazione complessivo rileva un aumento sul dato 2007. Nel 2008 il tasso di disoccupazione è del 3,3% ed

era pari al 2,9% nel 2007. È cresciuta soprattutto la disoccupazione maschile, attestata nel 2008 al 2,4% rispetto all'1,9% dell'anno precedente. La disoccupazione femminile nel 2008 risulta del 4,5%, pressoché equivalente al 4,4% registrato nel 2007. Il tasso di occupazione ha tenuto meglio ed evidenzia un aumento sul dato 2007, dal 66,3% al 66,7%. Peraltro, anche in questo caso, alla crescita complessiva ha contribuito solo la manodopera femminile, il cui tasso di occupazione era attestato al 56,2% ed è salito al 57,7%; i maschi hanno sofferto, rilevando un calo del loro tasso di occupazione dal 76,1% del 2007 al 75,5% del 2008. L'affacciarsi, a livello internazionale e nazionale, di un periodo che si connota di grave difficoltà è confermato, anche a livello locale, da un aumento della disoccupazione per insufficiente domanda di lavoro aggiuntiva rispetto alla consistenza dell'offerta provinciale.

Per un'analisi più approfondita degli elementi sociali ed economici che caratterizzano la provincia di Trento, si rinvia a *Sistema di Indicatori Strutturali e Congiunturali sulla Situazione Economica e Sociale del Trentino – Confronti Nazionali ed Europei*, curato dall'OPEs – Osservatorio Permanente per l'economia, il lavoro e per la valutazione della domanda sociale (www.osservatoriodeltrentino.it)¹, che fornisce un'immagine della collettività locale e della sua evoluzione nel tempo, confrontandola con il Nord Est, con il resto d'Italia e, laddove possibile, con la media dell'Europa a 15 Stati, e *XXIV Rapporto sull'occupazione in provincia di Trento*, predisposto dall'Osservatorio del mercato del lavoro dell'Agenzia del Lavoro – PAT (www.agenzia lavoro.tn.it/agenzia/osservatorio), che fornisce informazioni aggiornate annualmente, relative a tutte le variabili del mercato del lavoro locale.

- ▶ Rispetto ai *fattori ambientali* si registrano anche in Trentino – nonostante la presenza di un ecosistema naturale ancora in buone condizioni e soggetto da tempo a misure di tutela attiva su vari fronti – le problematiche ecologiche che caratterizzano altre situazioni e che si concentrano soprattutto nelle aree urbane; altre forme di inquinamento sono legate invece a fattori non dipendenti da scelte e comportamenti attuati a livello locale e, pertanto, su questi non esiste possibilità di controllo. I principali inquinanti che influenzano direttamente lo stato di salute umana sono riferiti ai seguenti elementi:
 - *Aria*: le principali sostanze inquinanti e incidenti sulla salute umana, presenti nell'atmosfera, sono gli ossidi di zolfo, il monossido di carbonio, le polveri PM10 o sottili, gli ossidi di azoto, l'ozono e i composti organici volatili o idrocarburi;
 - *Acqua/suolo*: si prospetta la necessità di tutelare queste risorse da forme di sfruttamento improprio; il problema dell'inquinamento influente sulla

¹ Costituito su base consortile, nel dicembre del 2005, dalla Provincia autonoma di Trento, dall'Università degli Studi di Trento e dalla Camera di Commercio Industria Agricoltura e Artigianato di Trento.

salute umana in quest'ambito è derivato dalla presenza di sostanze nocive da concimi, pesticidi e fitofarmaci utilizzati per le coltivazioni alimentari così come dai rifiuti e dagli scarti delle produzioni industriali, con la principale conseguenza di accumulo delle stesse lungo la catena che conduce alla produzione degli alimenti a uso umano;

- *Rifiuti*: tralasciando il problema della sostenibilità ambientale e dell'impatto ecologico, il peso di questo fattore sulla salute umana dipende dal successo delle forme di riciclaggio e della scelta delle modalità per il loro smaltimento;
 - *Radioattività naturale*: riguarda sia i raggi cosmici che il radon; quest'ultimo, a concentrazioni elevate, risulta pericoloso per la salute umana. Si tratta comunque di un problema non eliminabile, che si tenta di contenere con misure che possano limitare al massimo l'esposizione;
 - *Inquinamento elettromagnetico*: il pericolo dell'esposizione dell'organismo umano ai campi elettromagnetici è un problema di interesse recente, connesso all'impiego sempre più massiccio delle onde elettromagnetiche in tutti i settori della vita quotidiana. Esiste tuttavia finora una relativa disomogeneità dei risultati derivanti dagli studi scientifici sugli effetti biologici sull'uomo di questa tipologia di inquinamento;
 - *Inquinamento acustico*: il fattore rumore è divenuto sempre più importante come elemento condizionante la salute e la qualità della vita degli individui, a causa del moltiplicarsi, nella nostra società delle fonti (in primis, tutti i mezzi di trasporto terrestre e aereo), i cui effetti possono comportare danni all'apparato uditivo o semplicemente disturbo o fastidio psicologico, causante varie forme di stress.
- I *comportamenti e stili di vita* rappresentano, tra i "determinanti" della salute, il fattore più rilevante e influente per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie che dipende quasi esclusivamente dal controllo dell'individuo; presuppone comunque, per essere efficacemente attivato, un processo di "empowerment" dei cittadini, che consenta loro di acquisire tutte le informazioni e le conoscenze per formare atteggiamenti e comportamenti orientati alla responsabilità e all'autogestione nei confronti della propria salute.

I principali elementi da considerare in quest'ambito sono:

- *l'alimentazione*: intesa in questo caso sul versante nutrizionale; in particolare, il consumo di cibi grassi, zuccherati e salati comporta lo sviluppo di malattie metaboliche (diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, obesità) che a loro volta inducono l'instaurarsi di patologie cardiovascolari e di specifiche forme tumorali: data la dimostrazione di questi effetti, sono in atto da tempo misure volte a promuovere un'alimentazione equilibrata nei singoli gruppi di popolazione;

- *l'attività fisica*: adeguata alle caratteristiche e necessità del singolo individuo in ogni fascia di età, si è rivelata come necessario complemento per consolidare i benefici di una corretta alimentazione; anche sulla base delle recenti prescrizioni dell'OMS, si stanno diffondendo iniziative incentivanti la regolare e continuativa pratica di questa attività;
- *il fumo da tabacco*: costituisce la sostanza voluttuaria più diffusa, al cui consumo attivo o passivo sono correlate direttamente una quota rilevante di morti per tumore; si registra di recente una regressione del fenomeno – anche in ragione delle azioni di promozione e delle svariate misure repressive attuate in tutta Europa – ma, nel contempo, questa abitudine è difficile da sradicare nella popolazione femminile (nella quale sta aumentando considerevolmente l'incidenza delle forme di cancro attribuibili a questa causa, che sono invece in tendenziale diminuzione per gli uomini) e nelle fasce di popolazione più giovane;
- *l'abuso di alcol*: sostanzialmente stabile nel tempo nei contesti considerati, è in tendenziale aumento nelle fasce giovanili della popolazione, soprattutto maschile, correlandosi, in questi casi, con l'aumento di mortalità e invalidità causate da incidenti stradali (guida in stato di ebbrezza);
- *la dipendenza da sostanze stupefacenti*: questo fenomeno ha assunto caratteristiche diverse rispetto al passato; oggi, accanto alla presenza di situazioni di cronicità legate all'uso di eroina che riguardano soprattutto persone già adulte, si manifesta un aumento dell'uso di cocaina e, tra le fasce più giovani, delle nuove droghe di sintesi; in ordine a questi “nuovi” consumi sono in atto approfondimenti specifici mirati a indagare cause e affetti, anche in considerazione del fatto che, nel periodo più recente, l'accessibilità è altresì facilitata dall'abbassamento dei prezzi.

2.2 Le tendenze e le principali problematiche di salute nel contesto europeo, in Italia e in Trentino

Lo stato di salute della popolazione trentina s'inserisce nel contesto di riferimento, nazionale e internazionale, caratterizzato da una compiuta "transizione epidemiologica" con la sostanziale scomparsa delle cause di morte dovute a processi morbosi acuti e la loro sostituzione con cause di morte legate a processi degenerativi a lungo decorso, in un quadro di rischi molto più contenuti e concentrati soprattutto nelle età più avanzate.

In termini più analitici, vanno evidenziate le seguenti specifiche tendenze:

- ▶ *progressiva riduzione nel tempo delle malattie infettive* – grazie al rilievo assunto dalla promozione della salute, dalla prevenzione e dall'igiene pubblica – e *contestuale e importante aumento delle malattie croniche e degenerative* dovute, nella maggior parte dei casi, all'azione congiunta e sinergica dei fattori negativi derivanti dalle condizioni di vita tipiche della cosiddetta società del benessere; le malattie dell'apparato cardio e cerebro vascolare costituiscono la prima causa di malattia e di morte e le patologie tumorali la seconda; degno di nota è, in questo ambito, il fatto che, a distanza di un ventennio dall'inizio dell'impegno nella lotta contro l'AIDS, le nuove conoscenze hanno trasformato l'infezione da HIV da patologia invariabilmente mortale a malattia cronica controllabile per un tempo potenzialmente indefinito, consentendo di focalizzare la ricerca sul miglioramento della qualità di vita dei pazienti; anche parte della patologia tumorale può considerarsi malattia cronica in ragione dei significativi livelli di sopravvivenza ormai raggiunti;
- ▶ *aumento e differenziazione delle patologie derivanti da fenomeni di disagio esistenziale, psichico e sociale e della malattia mentale conclamata nelle sue varie forme ed espressioni*: questo complesso patologico rappresenta, in ordine di grandezza, il terzo grande ambito delle problematiche di salute che affliggono la popolazione italiana e trentina;
- ▶ *instaurarsi diffuso di situazioni di cronicità riguardanti prevalentemente la popolazione anziana e concomitante manifestarsi di forme progressive e differenziate di non autosufficienza*, come conseguenza dell'aumento costante della vita media e dell'invecchiamento della popolazione;
- ▶ *aumento di situazioni patologiche croniche e di handicap psico-fisico di carattere organico* – dovute a disturbi del metabolismo, a malformazioni genetiche, a malattie ereditarie e/o rare – che comportano la dipendenza nel tempo da

terapie continuative e il monitoraggio/controllo medico per l'intero arco della vita, nonché l'utilizzo costante di servizi di carattere socio-sanitario;

- ▶ *crescita di patologie che necessitano di interventi di alta specializzazione e che implicano anche in questo caso l'instaurarsi successivo di una situazione di dipendenza dai servizi sanitari* (es. trapianti d'organo e di tessuto, malattie rare, altre.);
- ▶ *diffusione di eventi lesivi sulla persona* che riguardano, seppur con ovvie differenziazioni qualitative e quantitative, tutte le classi di età: gli *incidenti stradali* (soprattutto giovani e adulti), gli *infortuni sul lavoro e le malattie professionali* (fascia di popolazione in età produttiva), gli *incidenti domestici* (tutte le età, anche quella neonatale/infantile e quella anziana) che, considerati solo di recente anche per la difficoltà di costruire un sistema di rilevazione che possa coglierli nella loro varietà e complessità di definizione, possono nascondere anche fenomeni di maltrattamento e violenza privata rispetto ai quali è necessario agire in termini di prevenzione e repressione.

2.3 Gli indicatori disponibili dello stato di salute della popolazione

Dopo aver descritto le caratteristiche dello stato di salute della popolazione trentina, è importante giungere anche alla sua concreta misurazione, per stabilire un indicatore quanti-qualitativo della situazione sulla cui base valutare il livello registrato e compararlo con quello di altre realtà.

La dimensione “salute”, vista la sua complessità – che dipende ed è determinata, come detto, da fattori di varia natura e non tutti definibili con precisione (cause di natura biologica, ambientale in senso lato e culturale, stato quantitativo e qualitativo dell’offerta sanitaria, ecc.) – è difficilmente misurabile: sono peraltro disponibili consolidati indicatori che sintetizzano questo stato, ai quali si possono aggiungere altri diversi elementi che, in una considerazione d’insieme, consentono una fotografia delle condizioni di salute di una specifica popolazione oggetto di analisi.

Indicatori dello stato di salute di una popolazione, cosiddetti “tradizionali”, sono la speranza di vita alla nascita, la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni e la mortalità infantile detti indicatori esprimono un condensato dei fattori causali di salute e delle condizioni socio-sanitarie e assistenziali cui un individuo è sottoposto al momento della nascita e, più in generale, nel corso della sua intera vita.

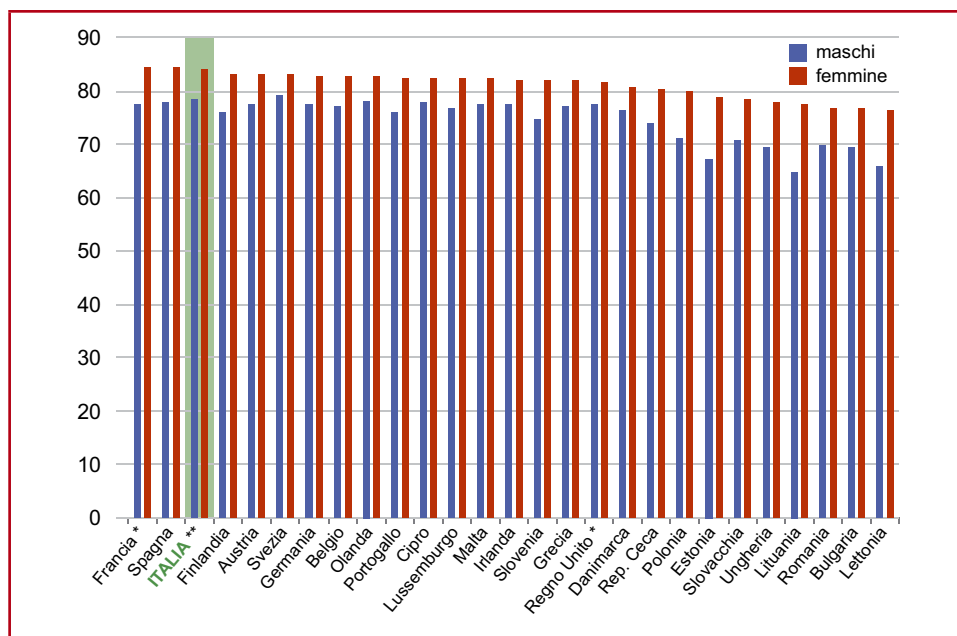
- *La speranza di vita alla nascita (o vita media)*, esprime per una generazione di nati il numero medio d’anni attesi da vivere; indica il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere, all’interno della popolazione che è stata indicizzata, a partire dalla sua nascita.

La vita media è una diretta conseguenza del tasso di mortalità e – assieme all’indice di mortalità infantile – rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione e, quindi, oltre che rappresentare semplicemente un indice demografico è utile per valutare lo stato di sviluppo di una popolazione.

Il confronto internazionale (Grafico 2.3.1, dati 2007) vede la durata media della vita in Italia tra le più lunghe in Europa: al secondo posto per i maschi (78,6 anni, dietro la Svezia = 79 anni) e al terzo posto per le femmine (84 anni, dietro la Francia = 84,4 anni e la Spagna = 84,3 anni).

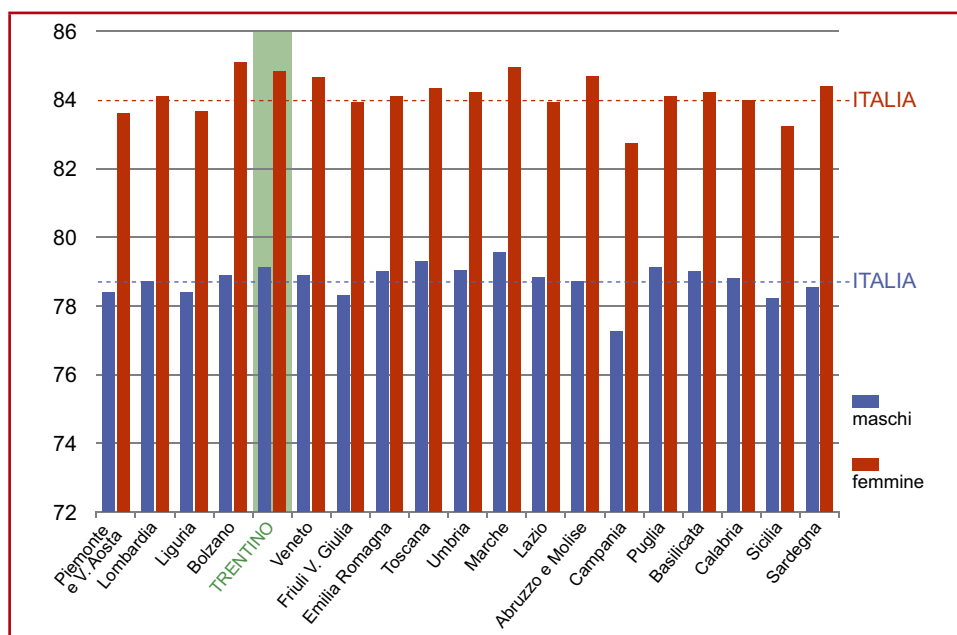
Il confronto con le situazioni regionali in Italia (Grafico 2.3.2, dati 2008) vede il Trentino al terzo posto per i maschi (79,1 anni, dietro le Marche = 79,6 anni, e la Toscana = 79,3 anni – a fronte di una media nazionale = 78,7 anni) e al terzo posto per le femmine (84,8 anni, dietro la Provincia di Bolzano = 85,1 anni e le Marche = 84,9 anni – a fronte di una media nazionale = 84 anni).

GRAF. 2.3.1 Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue – Anno 2007



Fonte: Eurostat, Demography (*= dato 2006 - ** = dato stimato)

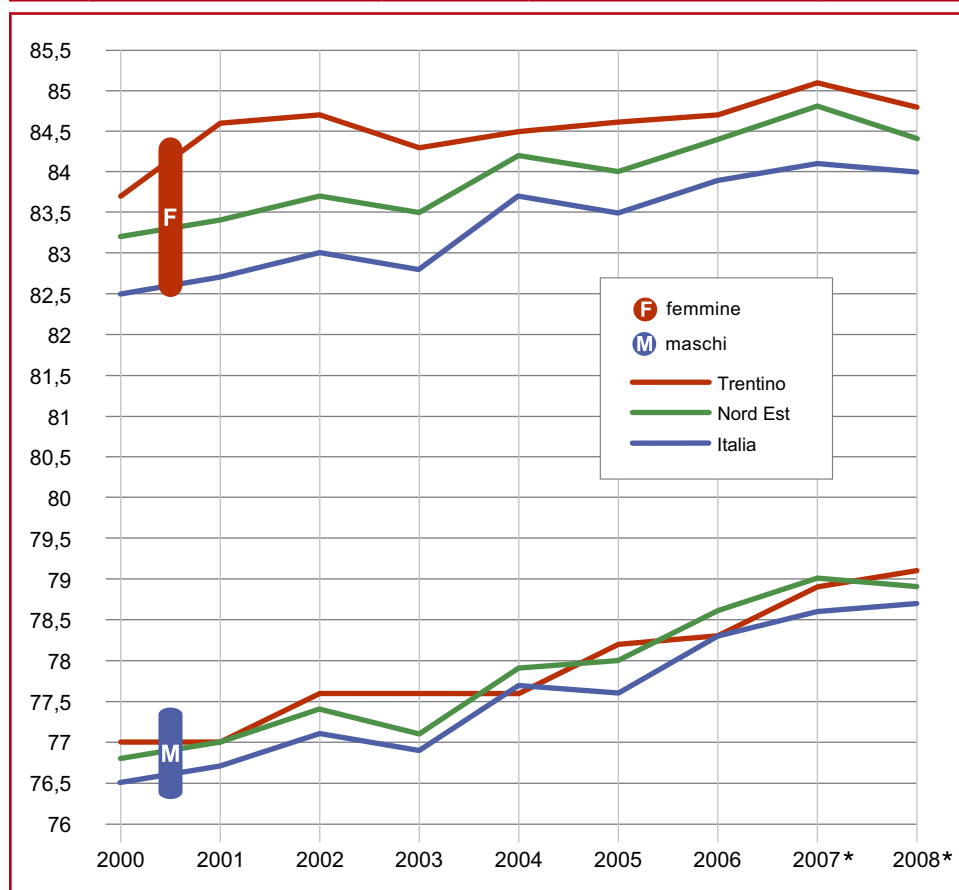
GRAF. 2.3.2 Speranza di vita alla nascita per sesso nelle Regioni italiane – Anno 2008



Fonte: elaborazione del Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT su dati ISTAT

TAB. 2.3.1 / GRAF. 2.3.3 Speranza di vita alla nascita – Trend 2000-2008

	FEMMINE			MASCHI		
	Trentino	Nord Est	Italia	Trentino	Nord Est	Italia
2000	83,7	83,2	82,5	77,0	76,8	76,5
2001	84,6	83,4	82,7	77,0	77,0	76,7
2002	84,7	83,7	83,0	77,6	77,4	77,1
2003	84,3	83,5	82,8	77,4	77,1	77,2
2004	84,5	84,2	83,7	77,9	77,9	77,9
2005	84,6	84,0	83,5	78,4	78,0	77,8
2006	84,7	84,4	83,9	78,6	78,9	78,3
2007 *	85,1	84,8	84,1	78,9	79,0	78,6
2008 *	84,8	84,4	84,0	79,1	78,9	78,7

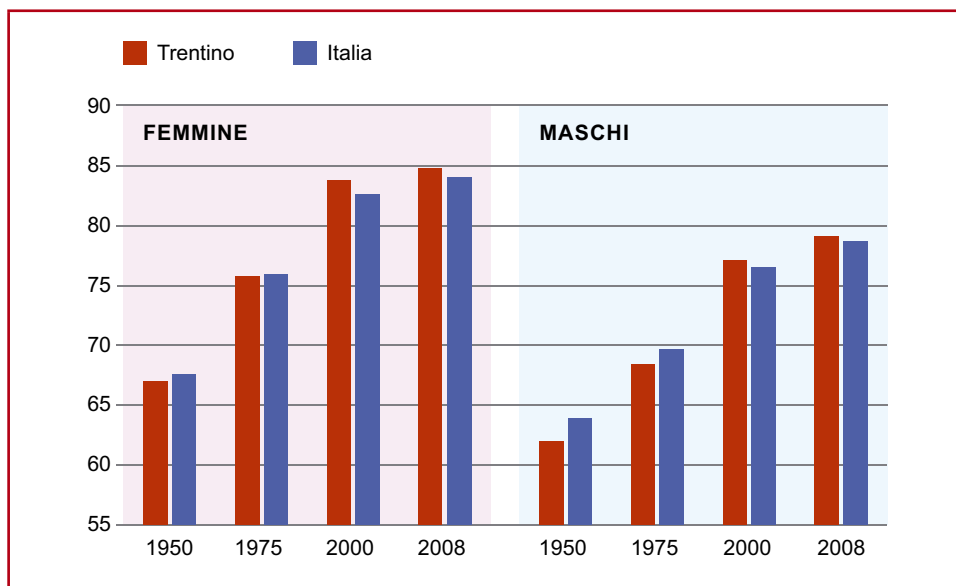


Fonte: elaborazione del Servizio Economia e Programmazione sanitaria, su dati ISTAT

* Valori stimati

Con riferimento alla situazione trentina, la speranza di vita alla nascita (vita media) rivela – come si evince dalla Tabella 2.3.1/Grafico 2.3.3 – un progressivo aumento, ma si sta adesso verificando una tendenza alla stabilizzazione. Il Grafico 2.3.4 presenta l'evoluzione della speranza di vita alla nascita, per genere, negli anni 1950, 1975, 2000, 2008.

GRAF. 2.3.4 Speranza di vita alla nascita – Evoluzione anni 1950-2008 – Italia e Trentino



Fonte: elaborazione del Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT su dati ISTAT

Vi è da rilevare che nel corso di poco più di mezzo secolo (1950-2008), in Trentino vi è stato un aumento di vita di 16,9 anni per gli uomini e di 18,1 anni per le donne, (in Italia 14,7 anni per gli uomini e 16,6 anni per le donne).

- La *speranza di vita libera da disabilità* esprime il numero d'anni che una persona può attendersi, alla nascita, di vivere in buona salute². È un indicatore di speranza di salute che combina informazioni sulla mortalità e sulla morbilità cioè misure di prevalenza della popolazione di una classe d'età specifica in condizioni di buona e cattiva salute e mortalità per età (la condizione di buona salute si definisce come assenza di limitazioni all'attività). La *speranza di vita libera da disabilità a 65 anni*, esprime il numero medio di anni che una persona che entra nell'età anziana può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità.

² I dati riguardanti la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni non sono aggiornati all'anno 2008

L'uso dell'indicatore della speranza di vita libera da disabilità a 65 anni, consente una valutazione qualitativa della sopravvivenza, permettendo di valutare se una vita più lunga significhi anche una vita migliore, in altre parole se un incremento consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute; in tal senso, quest'indicatore è anche pertinente per misurare lo stato di salute della popolazione anziana.

TAB. 2.3.2 Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
UE (15 paesi)	femmine					63.9	64.4	65.0	65.8	66.0		
	maschi					63.2	63.5	63.6	64.3	64.5		
ITALIA	femmine	70.0	70.5	71.3	71.3	72.1	72.9	73.0	73.9	74.4	70.2	67.0
	maschi	66.7	67.4	68.0	67.9	68.7	69.7	69.8	70.4	70.9	67.9	65.8

Fonte : EUROSTAT

Di seguito è riportata la posizione del Trentino nella graduatoria nazionale (ultima disponibile: anno 2006) rispetto alle altre Regioni.

TAB. 2.3.3 Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni. Graduatoria italiana – Anno 2006

FEMMINE			MASCHI		
1° posto	Alto Adige	18,7 anni	1° posto	Emilia Romagna	15,9 anni
2° posto	Trentino	18,3 anni	2° posto	Trentino	15,8 anni
Ultimo posto	Sicilia	13,4 anni	Ultimo posto	Sicilia	13,7 anni
	Nord Est	17,2 anni		Nord Est	15,3 anni
	Italia	16,1 anni		Italia	14,8 anni

Fonte: ISTAT-“Health for all. 2006”

- La *mortalità infantile* (che è il migliore indicatore d'efficacia dell'assistenza ostetrico-neonatale) esprime la probabilità di un neonato di morire nel corso del primo anno di vita; anche con riferimento a questo fenomeno – uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socioeconomiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno/infantili – il Trentino si colloca al minimo livello non solo con riferimento alla situazione italiana (4,5) ma anche in confronto con le migliori situazioni europee (Svezia= 2,75 morti per 1.000 nati vivi).

La mortalità infantile comprende la *mortalità neonatale* (entro le prime 4 settimane di vita) maggiormente legata a fattori biologici e all'assistenza alla gravidanza e al parto e la *mortalità postneonatale* (dopo le prime 4 settimane ed entro l'anno di vita) maggiormente legata a fattori ambientali e sociali.

TAB. 2.3.4 Caratteristiche della mortalità neonatale e infantile. Provincia di Trento – Anni 1999- 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	4	1	2	3	4	2	1	2	3	3
Nati vivi e deceduti dal 2° al 7° giorno	5	4	4	4	10	7	8	4	—	1
Nati vivi e deceduti dall'8° al 30° giorno	5	6	2	2	2	3	2	5	—	4
Nati vivi e deceduti dal 31° giorno al 12° mese	7	7	2	3	3	7	2	4	2	4
Totale	21	18	10	12	19	19	13	15	5	12
N. casi con malformazioni gravi	5	7	2	2	4	2	5	3	2	3
% casi con malformazioni gravi	24,0	38,8	20,0	16,6	21,0	10,5	38,4	20,0	40,0	25,0

Fonte: APSS – Servizio Osservatorio epidemiologico

La mortalità neonatale (entro il 1° mese di vita), costituisce il 67% dei decessi infantili (nel 2007=60%, nel 2006=72,3).

Con riferimento all'area della salute riproduttiva è ancora da segnalare che, nel 2008:

- il *tasso di fecondità totale*³ in Trentino è pari a 1,56 figli per donna; in Italia si è passati da valori di 2,5 figli per donna negli anni '60 a valori di 1,2 negli anni '90, cui è seguito un lieve recupero; va segnalato che il valore necessario a garantire il ricambio generazionale è pari a 2,1 figli per donna e che il dato italiano del 2008 si attesta intorno al 1,4;
- i *nati vivi residenti* sono stati 5.278 (il tasso di natalità è pari a 10,2 nati ogni 1.000 abitanti (nel 2007=10,1; il valore italiano è pari a 9,6 per 1.000) e i *nati morti*⁴ residenti sono stati 16 con un tasso di natimortalità pari a 3,0 per 1.000 nati (nel 2007=12 con un tasso pari a 3,0; nel 2006=11 con un tasso pari a 2,2; nel 2005=14 con un tasso pari a 2,7; nel 2004=19 con un tasso pari a 3,6; il dato italiano, riferito al 2005, è di 2,8 per 1.000 nati);
- i *ricoverati alla nascita* sono stati 516 (9,8%) con un degenza media complessiva pari a 4 giorni;
- l'*allattamento al seno materno* alla dimissione riguarda il 96% dei neonati, pur con differenze rispetto alle sedi di dimissione (l'ospedale S. Camillo registra il valore massimo pari al 94,5%);

³ Somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile residente.

⁴ Per *nato morto* s'intende qualsiasi feto espulso morto dall'utero dopo almeno 180 giorni di gestazione, secondo l'OMS, di peso uguale o superiore a 500 grammi.

TAB. 2.3.5 Tassi di mortalità perinatale, precoce neonatale e infantile per 1.000 nati. Provincia di Trento – Trend 1992-2008

	Perinatale	Neonatale precoce	Neonatale	Infantile
1992	5,8	3,6	3,9	6,2
1993	6,9	3,1	3,4	4,0
1994	5,3	3,6	4,2	4,9
1995	4,6	2,0	2,2	3,1
1996	4,4	0,8	1,9	3,4
1997	5,0	2,1	2,7	3,2
1998	5,3	2,0	2,5	3,3
1999	5,0	1,8	2,8	4,2
2000	3,5	1,0	2,1	3,5
2001	4,7	1,2	1,6	2,0
2002	4,3	1,4	1,8	2,4
2003	5,0	3,0	3,4	4,1
2004	4,9	1,7	2,2	3,5
2005	4,2	1,7	2,1	2,5
2006	3,4	1,2	2,2	3,0
2007	3,6	0,6	0,6	1,1
2008	4,0	0,8	1,6	2,4

Fonte: Servizio Statistica PAT

Legenda:

TASSI DI NATIMORTALITÀ: nati morti/1.000 nati.

TASSO MORTALITÀ PERINATALE: nati morti e nati vivi deceduti entro la prima settimana per 1.000 nati (vivi e morti)

TASSO MORTALITÀ NEONATALE PRECOCE: nati vivi deceduti entro la prima settimana per 1.000 nati vivi

TASSO MORTALITÀ NEONATALE: nati vivi deceduti entro il primo mese per 1.000 nati vivi

TASSO MORTALITÀ INFANTILE: nati vivi deceduti entro il primo anno per 1.000 nati vivi.

- l'1,9% delle partorienti nel 2008 ha fatto ricorso alla tecnica della *procreazione medicalmente assistita* (PMA): 45 donne di età inferiore ai 35 anni (1,2% delle donne di questa fascia d'età) e 54 donne di età superiore (3,5% di questa fascia di età); il 31,3% di queste gravidanze ha dato esito e un parto gemellare (contro l'1% delle gravidanze "naturali"). In Italia si ricorre a una tecnica di procreazione medicalmente assistita nell'1% delle gravidanze;
- il 35,4% della totalità delle gestanti (58,9% primipare, contro il 13,7% pluripare) ha frequentato un *corso di preparazione alla nascita*; a livello nazionale la quota di donne che hanno partecipato a un corso di preparazione al parto per l'ultima gravidanza è pari al 30,9% (dato Istat - 2005);

- l'attività di *screening neonatale*, rivolta all'identificazione precoce di malattie metaboliche⁵, copre virtualmente tutti i nati in provincia di Trento e fornisce il miglior risultato nel triveneto; la percentuale di neonati sottoposti a screening è pari al 98% per malattie metaboliche e fibrosi cistica; i dati sul complesso delle malattie metaboliche neonatali studiate sono soddisfacenti e le incidenze riportate per la provincia di Trento (anno 2008: fenilchetonuria: 0,2/1.000 nati; ipotiroidismo: 0,6/1.000 nati) sono inferiori a quelle della letteratura internazionale e alla media del triveneto; anche le incidenze riportate per la provincia di Trento riferite alla fibrosi cistica (anno 2008: 0,2/1.000 nati) sono inferiori rispetto all'anno 2007 e al dato medio nazionale del 2008, pari a 0,4/1.000 nati;

TAB. 2.3.6 Provincia di Trento. Nati per punto nascita. Anni 2003-2008

SEDE DI NASCITA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% 2008
Ospedale S.Chiera – Trento	1.462	1.666	1.619	1.618	1.736	1.785	33,8
Ospedale di Rovereto	831	928	879	929	914	963	18,2
Ospedale S.Camillo	966	831	902	906	860	941	17,8
Ospedale di Cles	490	523	481	499	450	449	8,5
Ospedale di Arco	417	482	432	405	428	453	8,6
Ospedale di Cavalese	299	302	323	285	272	274	5,2
Ospedale di Tione	220	239	244	243	289	304	5,8
Ospedale di Borgo	178	197	188	114	—	—	—
Ospedale di Feltre	56	64	55	57	73	85	1,6
Domicilio *	28	25	24	19	29	24	0,5
Totale	4.947	5.257	5.147	5.075	5.051	5.278	100,0

* compresi i neonati fuori struttura ospedaliera, in quanto parti precipitosi (in numero di 8)

- il Trentino fa registrare 93 casi di *malformazioni congenite alla nascita* (certificato CEDAP) (nel 2007=73), delle quali 87 in residenti (+14

⁵ Le patologie ricercate attraverso screening neonatale nel Triveneto sono: Fenilchetonuria, Ipotiroidismo Congenito, Sindrome Surreno-Genitale (limitatamente a Veneto e Provincia autonoma di Bolzano), Galattosemia, deficit della Biotinidasi, Malattia delle Urine a Sciroppo d'Acero e Deficit di Glucosio-6-Fosfato Deidrogenasi (per il solo Veneto), e la Fibrosi Cistica. L'attività di screening neonatale, rivolta all'identificazione precoce di malattie metaboliche, è effettuata dal Centro Regionale per le Malattie Metaboliche presso l'Università di Verona - Policlinico di Borgo Roma, su campioni di sangue prelevati ai neonati tra la terza e la quinta giornata di vita. L'attività rivolta all'identificazione della fibrosi cistica è effettuata dal Centro Regionale per lo screening della Fibrosi cistica di Verona presso l'Ospedale di Borgo Trento.

rispetto al 2007), per una prevalenza annuale pari a 17,6/1.000 (nel 2007=14,4/1.000 nati vivi; nel 2006=6,9/1.000; nel 2005=10,0): questo valore colloca la provincia di Trento sopra la prevalenza annuale media del Registro difetti congeniti del Nord/Est (9,9), ma sotto il valore di altri registri italiani (Toscana=22,4/1.000, anno 2004; Emilia Romagna=19,7/1.000, anno 2004) e sotto il valore dei registri europei (EUROCAT 2004=21,0/1.000)⁶. Dei 93 casi rilevati alla nascita 56 sono maschi e 37 femmine, con un rapporto tra i sessi sostanzialmente stabile. I casi rilevati con diagnosi prenatale e sottoposti a interruzione di gravidanza sono stati 35 (34 in residenti) (nel 2007=27; nel 2006=24; nel 2005=20; nel 2004=25). Il totale complessivo dei casi registrati nel 2008, alla nascita o in gravidanza, è quindi di 128 casi, 121 in residenti (nel 2007=100, nel 2006=59, nel 2005=72, nel 2004=78), con un aumento complessivo, nel 2008 verso il 2007, di 28 casi, pari a +28,0%. La distribuzione per tipologia evidenzia un incremento delle forme cardiovascolari (35%) e scheletriche (22,5%); la distribuzione territoriale dei casi non è statisticamente significativa;

- in Trentino, nel 2008, 764 donne, pari al 14,7% (nel 2006=15,5) hanno effettuato almeno un'indagine prenatale per diagnosticare un'eventuale anomalia⁷: sono soprattutto le donne di 35 anni e oltre a sottoporsi a tali esami: il 41,3% contro il 3,5% delle donne con meno di 35 anni;
- per quanto riguarda la *tipologia dei parti* il 70,3% dei bambini nasce da *parto spontaneo*, confermando i valori degli ultimi anni (nel 2007=68,4 – nel 2006=68,5 – nel 2005=66,1); si ricorre al *taglio cesareo* nel 25,6 % dei casi⁸ (nel 2007=27,8 – nel 2006=28,2 – nel 2005=28,2); l'ospedale di Cavalese presenta un numero di cesarei superiore alla media provinciale; l'ospedale S. Camillo si colloca sui valori raccomandati dall'OMS; la prevalenza italiana del parto cesareo è intorno al 35% (dato 2006) con diverse regioni del centro-sud che presentano valori superiori al 40%; i *parti gemellari* sono stati, nel 2008, 80 (1,5%) (nel 2007=66 – nel 2006=65 – nel 2005=68 – nel 2004=71) con una percentuale sul totale dei parti uguale a quella nazionale; la percentuale di parti plurimi nelle gravidanze con PMA è stata pari al 38,8% (in Italia=19,6%); i *nati pretermine* sono stati il 7,4% (in Italia il 6,5%);

⁶ L'incremento, in provincia di Trento, è da ascrivere al miglioramento della registrazione, e non all'aspetto epidemiologico.

⁷ Nella popolazione generale la probabilità di avere un bambino con un handicap grave è del 3-4%. Le cause più frequenti sono le anomalie cromosomiche e le malformazioni: amniocentesi, villocentesi e fetoscopia sono tecniche che consentono di diagnosticare precocemente le malformazioni fetali dovute ad alterazioni del patrimonio cromosomico.

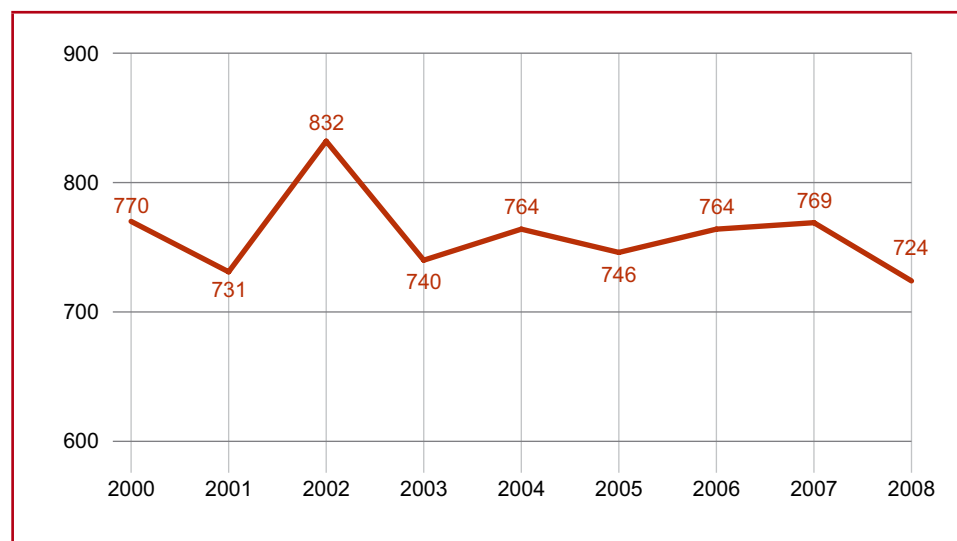
⁸ Le Raccomandazioni dell'OMS indicano come valore di riferimento per il parto cesareo, una prevalenza compresa tra il 15 e il 20%.

TAB. 2.3.7 Provincia di Trento. Nati per tipo di parto – Anni 2007-2008

TIPO DI PARTO	2007		2008	
	Frequenza	%	Frequenza	%
Spontaneo	3.343	66,2	3.577	67,8
Parto cesareo elettivo	1.016	20,1	1.005	19,0
Parto cesareo urgente	387	7,7	349	6,6
Forcipe	5	0,1	4	0,1
Ventosa	186	3,7	213	4,0
Kristeller	114	2,3	130	2,5
TOTALE	5.051	100,0	5.278	100,0

- il tasso di *abortività spontanea*⁹ (convenzione Istat) è pari a 5,4 per 1.000 donne in età fertile (nel 2007=5,9 – nel 2006=5,9 – nel 2005=5,7 – nel 2004=6,5 – nel 2003=6,4); i valori provinciali siano mediamente più elevati di quelli nazionali: il tasso di abortività spontanea in Italia è pari a 5,1 per 1.000 donne¹⁰; i casi registrati nel 2008 sono 724; il 10,5% dei casi assistiti dalle strutture ospedaliere provinciali riguarda donne residenti fuori

GRAF. 2.3.5 Aborti spontanei – Anni 2000-2008



⁹ Per la legge italiana, si definisce aborto l'interruzione della gravidanza entro il 180° giorno completo di amenorrea (equivalente a 25 settimane e 5 giorni). La rilevazione di questo fenomeno è parte di un flusso Istat e si riferisce ai soli casi assistiti presso una struttura sanitaria.

¹⁰ (Istat: Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo in Italia – Anno 2006).

- provincia (10,1% nel 2007 – 5,1% nel 2006); 159 casi (22,0%) riguardano donne con cittadinanza straniera (17% nel 2007 – 19,1% nel 2006), di cui 129 (81,1% delle straniere) residenti in Trentino; l'età media all'aborto è 34 anni; il 32% delle donne ha già vissuto in precedenza quest'esperienza;
- le *interruzioni volontarie di gravidanza* (IVG) effettuate nel 2008 presso gli istituti di cura della provincia di Trento sono state 1.144 (nel 2007=1.284 – nel 2006=1.358 – nel 2005=1.214) con una riduzione rispetto al 2007; di queste, 35 (2,1%) (nel 2007=27; 3,1% – nel 2006=24; 1,7%) sono relative ad aborti terapeutici indotti da una diagnosi prenatale di malformazione congenita del feto. Il numero reale di ivg in donne residenti in provincia di Trento è inferiore a quello effettivamente rilevato presso gli istituti di cura provinciali, considerando che il Trentino importa più casi di ivg di quanti ne esporta: i casi importati nel 2008 sono 383 (-26% sul 2007) (519 nel 2007; 527 nel 2006), mentre quelli "residenti" esportati (cioè effettuati fuori provincia) sono 48 (60 nel 2007 – 78 nel 2006). Il calcolo pertinente degli indicatori epidemiologici sulla popolazione residente registra dunque che le donne residenti in Trentino hanno fatto registrare, nel corso del 2008, 809 ivg in strutture ospedaliere sia provinciali che extra-provinciali (nel 2007=825), per un tasso d'abortività pari a 6,8/1.000 per 1.000 donne in età feconda (15-49 anni)¹¹, (nel 2007=7,0) dato inferiore alla media nazionale.

Ai descritti indicatori tradizionali dello stato di salute di una popolazione, possono essere affiancate altre misure inerenti importanti aspetti specifici, fra cui i seguenti:

- ▶ la *diffusione delle malattie infettive e la copertura vaccinale*; per testare la validità e l'efficacia dei programmi di prevenzione e di profilassi svolti nel tempo, è significativo osservare il numero dei casi e l'andamento nel tempo dell'incidenza delle più comuni malattie infettive soggette a notifica obbligatoria, tra le quali quelle dell'età infantile rappresentano la componente più significativa. Nel 2008, i casi notificati di malattia infettiva di classe II-III aumentano del 3,8% rispetto al 2007 e il tasso di morbosità è stato pari a 4,6/100.000 (nel 2007=4,5/100.000 – nel 2006=4,6/100.000); va segnalato un aumento delle notifiche dei casi di tubercolosi che nel 2008 sono state 54 (nel 2007=42 – nel 2006=28): peraltro, il Trentino rimane un'area a bassa endemia per malattia tubercolare, con tassi di morbosità sovrapponibili a quelli delle altre regioni del Nord-Italia. I ricoveri per malattie infettive (1.379) si mantengono, nel 2008, sui valori del 2007 (1.398);

¹¹ Il tasso di abortività è calcolato sulla popolazione media residente in provincia di Trento nel 2008.

TAB. 2.3.8 Malattie infettive (classi II,III). Notifiche in Trentino. Anni 2003- 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tbc	60	50	43	28	42	54
Malaria	4	1	6	7	5	4
Salmonellosi	144	110	114	95	72	88
Diarrea infettiva	7	13	1	3	2	4
Pertosse	20	59	20	9	34	11
Scarlattina	611	381	265	304	275	227
Meningite virale	9	9	7	15	11	1
Meningite meningococcica	4	3	8	3	3	2
Varicella	2.099	2.618	1.544	1.712	1.729	1860
Morbillo	392	9	3	56	17	11
Rosolia	319	4	1	16	4	21
Parotite epid.	102	34	44	15	18	13
Epatite A	26	11	15	8	7	8
Epatite B	10	8	7	7	2	8
Epatite C	2	2	3	3	3	1
Legionellosi	4	22	28	32	38	39
Blenorragia	3	7	9	9	9	7
Sifilide	14	21	40	19	25	34
Aids	8	5	3	7	9	4
Totale	3.834	3.370	2.160	2.350	2.296	2.397

Fonte: APSS

Secondo i dati del rapporto "AIDS epidemic update 2009" (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf), presentati dal programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (Unaid) e dell'Oms, si stima che siano 33,4 milioni le persone che, nel mondo, convivono con l'HIV. La metà delle persone affette da HIV nel mondo sono donne. Secondo l'ultimo rapporto del "Centro operativo Aids" (<http://www.iss.it/binary/publ/cont/COAonline.pdf>) dell'Istituto Superiore di Sanità si stima che in Italia siano 170-180 mila le persone HIV positive e circa 22 mila quelle affette da Aids. Un sieropositivo su quattro non sa di esserlo. In provincia di Trento sono stati notificati nel 2008, all'Unità Operativa "Igiene pubblica", 4 nuovi casi di AIDS fra i residenti, 3 maschi e 1 femmina, per un'incidenza di 0,8/100.000 (1,8/100.000 nel 2007), tutti di età compresa tra 25-64 anni.

Nel 2008, i casi notificati di malattia infettiva di classe II-III aumentano del 3,8% rispetto al 2007 e il tasso di morbosità è stato pari a 4,6/100.000 (nel 2007=4,5/100.000 – nel 2006=4,6/100.000); va segnalato un aumento delle notifiche dei casi di tubercolosi che nel 2008 sono state 54 (nel 2007=42 – nel 2006=28): peraltro, il Trentino rimane un'area a bassa endemia per malattia tubercolare, con tassi di morbosità sovrapponibili a quelli delle altre regioni del Nord-Italia. I ricoveri per malattie infettive (1.379) si mantengono, nel 2008, sui valori del 2007 (1.398);

La Tabella 2.3.10 e il Grafico 2.3.6 presentano un confronto interregionale in merito alla copertura vaccinale per tipo di vaccinazione.

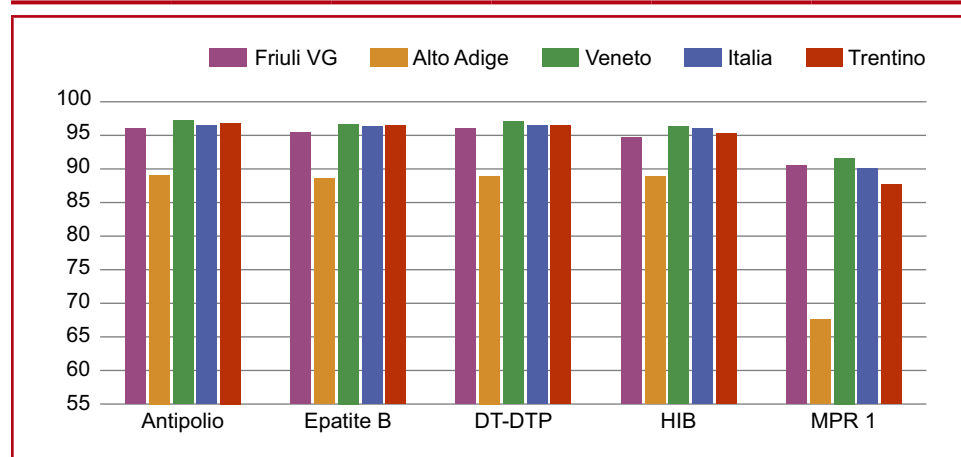
TAB. 2.3.9 Tassi di morbosità/100.000 abitanti per alcune malattie infettive – Anni 2004-2008

MALATTIA	TRENTINO					ITALIA
	2004	2005	2006	2007	2008	2006
Salmonellosi	22,5	23,1	18,8	14,1	17,0	11,0
Tubercolosi polmonare	6,5	6,5	3,4	5,5	6,0	5,1
Tubercolosi extra polmonare	4,1	2,2	1,0	2,5	3,8	1,9
Pertosse	11,9	4,0	1,8	6,7	2,1	1,4
Meningite meningococcica	0,6	1,6	0,6	0,6	0,4	0,3
Varicella	529,8	312,4	339,2	338,9	360,0	165,1
Morbillo	1,8	0,6	12,9	3,3	2,1	1,0
Rosolia	0,8	0,2	3,2	0,8	4,0	0,4
Parotite epid.	6,9	8,9	3,0	3,5	2,5	2,5
Epatite A	2,2	3,0	1,6	1,4	1,5	1,5
Epatite B	1,6	1,4	1,4	0,4	1,5	1,8
Epatite C	0,4	0,6	0,6	0,6	0,2	0,5

Fonti: APSS e Ministero della Salute

TAB. 2.3.10 / GRAF. 2.3.6 Confronto copertura vaccinale della coorte di nascita 2005 per tipo di vaccinazione – Anno 2008

Tipo Vaccino	TRENTINO	Alto Adige	Veneto	Friuli VG	ITALIA
Antipolio	96,8	89,1	97,1	96,0	96,6
Epatite B	96,5	88,6	96,7	95,4	96,4
DT-DTP	96,6	89,0	97,0	96,1	96,6
Hib	95,3	89,0	96,3	94,7	96,0
MPR 1	87,7	67,7	91,7	90,6	90,1



Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

- *le cause di esenzione dai ticket sanitari per patologia*: questo fenomeno, descritto nella Tabella 2.3.11, rappresenta, seppure in modo sottostimato e in necessaria correlazione con gli altri indicatori, una fotografia della quantità e della distribuzione sulla popolazione trentina delle principali e più gravi patologie;

TAB. 2.3.11 Principali esenzioni per patologia, invalidità o condizione soggettiva – Anni 2007-2008

ESENZIONI (per tipologia)	2007	2008
Iperensione Arteriosa (cod. OA31, 031 e 0031)	39.654	39.732
Invalidi Civili (cod. 61G, C01, C02, C03 e C04)	19.896	21.057
Patologie neoplastiche maligne (cod. 048)	19.502	20.730
Affezioni Sistema Circolatorio (cod. OA02, OB02 e OC02)	14.857	18.129
Diabete Mellito (cod. 013)	14.497	15.342
Ipotiroidismo Congenito Acquisito (cod. 027)	5.715	6.553
Asma (cod. 007)	3.693	4.346
Glaucoma (cod. 019)	3.347	3.566
Invalidi Lavoro (cod. L01, L02 e L03)	2.843	2.908
Ipercolesterolemia famigliare (cod. 025)	2.235	2.364
Tiroidite Di Hashimoto (cod. 056)	1.681	2.275
Psicosi (cod. 044)	1.500	1.892
Epatite Cronica attiva (cod. 016)	1.738	1.881
Morbo di Basedow (Cod. 035)	1.420	1.638
Epilessia (cod. 017)	1.428	1.586
Artrite reumatoide (cod. 006)	1.379	1.458
Insufficienza renale cronica (cod. 023)	1.417	1.446
Altre condizioni	14.454	14.213
TOTALE esenzioni rilasciate	151.256	161.116

Fonte: APSS – Servizio Prestazioni e rapporti con i soggetti accreditati

- *il consumo di farmaci*: come risulta dalla Tabella 2.3.12, la Provincia di Trento nel 2008 si colloca ancora al secondo posto dopo l'Alto Adige per la minor spesa, con una diminuzione del 2,5% rispetto al 2007, differenziandosi in positivo rispetto a molte altre Regioni. L'analisi del trend prescrittivo e dei costi consente di fare nel complesso una valutazione positiva per ciò che riguarda la razionalizzazione della spesa farmaceutica trentina, anche alla luce della tendenza nazionale. La spesa media lorda pro-capite, calcolata senza i farmaci "soggetti a distribuzione per conto", si riduce del 2,5% rispetto al 2007. La riduzione è inferiore rispetto alla media nazionale e, tuttavia, la spesa per farmaci vede la provincia di Trento ancora ai livelli più bassi in Italia, preceduta sempre dalla provincia di Bolzano.

TAB. 2.3.12 Spesa media lorda pro capite. Confronto per Regioni – Anni 2005-2008
(Dato comprensivo della spesa pro capite per l'assistenza farmaceutica convenzionata senza la spesa dei medicinali soggetti a "distribuzione per conto)

	2005	2006	2007	2008	Var. % 2008-2007
P.A. Bolzano	171,2	160,1	151,6	149,1	-1,6
TRENTINO	183,4	172,7	168,3	164,1	-2,5
Toscana	186,2	182,5	177,5	175,2	-1,3
V. Aosta	188,6	185,8	182,5	176,8	-3,1
Friuli V.G.	191,6	195,2	191,4	185,5	-3,1
Emilia R.	192,2	187,6	182,8	177,4	-3,0
Veneto	194,5	191,6	188,4	185,4	-1,6
Umbria	195,5	194,6	187,8	183	-2,6
Piemonte	195,9	195,9	195,0	197,2	1,1
Marche	203,4	200,6	198,9	195,2	-1,9
Lombardia	207,3	203,4	197,5	195,2	-1,2
Basilicata	209,7	213,2	208,7	210,2	0,7
Molise	217,9	221,2	212,1	217,5	2,5
Abruzzo	225	227,7	215,3	200,6	-6,8
Liguria	225	220,3	203,0	203	0,0
ITALIA	231,6	228,9	215,0	213,4	-0,7
Sardegna	254,7	248,0	225,9	223,6	-1,0
Campania	258,1	249,8	235,7	239,8	1,7
Puglia	274,7	265,3	238,6	248,2	4,0
Calabria	277,1	284,9	270,3	277	2,5
Sicilia	299,5	302,2	272,3	265	-2,7
Lazio	306,6	306,9	259,4	250,9	-3,3

Fonte: "L'uso dei farmaci in Italia". Rapporto nazionale anno 2008. Ministero della Salute

2.4 Analisi delle principali patologie che affliggono la popolazione trentina

Un altro approfondimento dell'analisi dello stato di salute della popolazione trentina può derivare dalla descrizione delle caratteristiche dei *singoli complessi patologici presenti nel nostro ambito*.

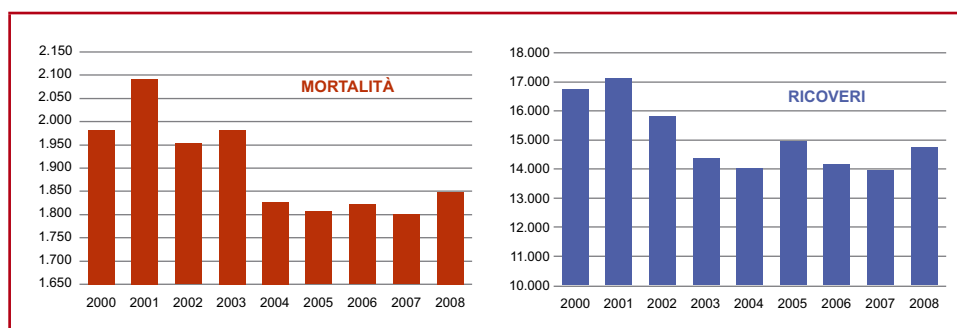
Le più dettagliate informazioni che possono derivare, anche su elementi di peculiarità rispetto al quadro generale di riferimento, possono costituire la base per più approfonditi studi sull'individuazione di fattori causali e sulla successiva messa a punto di misure programmatiche e di prevenzione specificamente mirate. A questo proposito, va tenuto nella giusta considerazione il problema della *bassa significatività statistica* delle analisi compiute in una realtà "di piccoli numeri" come quella trentina.

Sulla base dei dati e delle informazioni disponibili, è importante analizzare, con riferimento ai principali ambiti patologici considerati, gli aspetti inerenti l'*eventuale differenziazione rispetto all'area più vasta di riferimento* (Nord-Est e/o Italia) e il *trend specifico (2000-2008) delle patologie e/o dei problemi di salute prioritari*, per monitorare e valutare il loro andamento alla luce dell'esistenza e perduranza dei fattori causali o della loro almeno parziale rimozione attraverso gli interventi intrapresi in ambito locale.

2.4.1 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 40,0% (nel 2007=39,3 – nel 2006=37,7 – nel 2005=40,8) dei decessi totali (4.609, di cui 2.199 maschi e 2.410 femmine) che si sono registrati nel 2008, attribuibili in prevalenza al genere femminile (1.069 su 1.845 casi complessivi); il dato italiano disponibile (riferito al 2007) è pari a 39,2%. Dei 1.845 decessi per questa causa, 1.578 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni. Il Grafico 2.4.1 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Nel 2008 aumenta leggermente la mortalità (1.845 casi rispetto ai 1.795 dell'anno precedente) e il numero dei ricoveri, in diminuzione dal 2005, torna ad aumentare (nel 2008=14.737 – nel 2007=13.964).

GRAF. 2.4.1 Malattie del sistema circolatorio – Andamento 2000-2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

2.4.2 TUMORI

A questo gruppo è attribuibile il 31,6% (nel 2007=32,6 – nel 2006=33,5 – nel 2005=31,9) dei decessi totali che si sono registrati nel 2008, attribuibili in prevalenza al genere maschile (798 su 1.456 casi complessivi); il dato italiano disponibile (riferito al 2007) è pari a 30,2%.

Dei 1.456 decessi per questa causa, 821 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni.

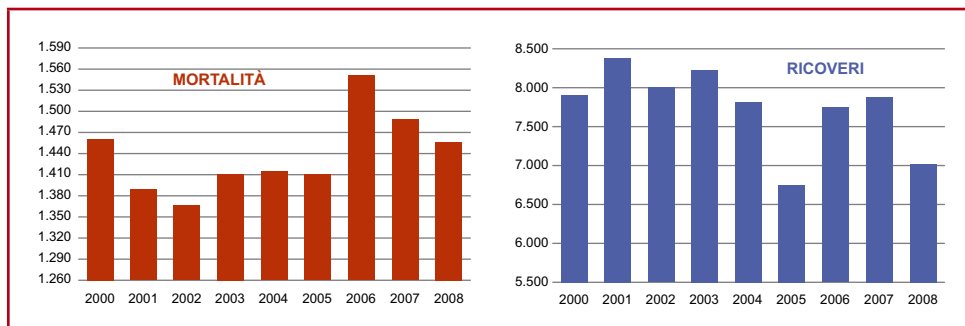
Il Grafico 2.4.2 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Come rappresentato nel grafico, nel 2008 si è osservata una lieve diminuzione della mortalità per tumore, che decresce dal 2006. Nei maschi le sedi più colpite sono – nell'ordine – l'insieme tubo digerente, il polmone, la prostata, il feSi registra un lieve aumento in ordine alla mortalità, mentre l'andamento dei ricoveri ospedalieri dovuti a questa patologia conferma il dato dell'anno precedente (7.730 ricoveri nel 2008 verso i 7.749 registrati nel 2007).gato/pancreas; nelle femmine, la mammella, l'insieme tubo digerente, il fegato/pancreas, il polmone, l'ovaio/utero e annessi.

Il numero di ricoveri ospedalieri dovuti a questa patologia diminuisce sensibilmente (7.025 ricoveri nel 2008 verso i 7.883 registrati nel 2007).

È importante rilevare che, grazie ai progressi diagnostico-terapeutici e tecnologici (realizzati soprattutto con riferimento ad alcune tipologie), i tumori sono via via divenuti patologie croniche; in questa situazione è strategico studiare, nello specifico territorio, le età più colpite (si nota una diminuzione media dei tassi di mortalità in tutte le classi d'età, tranne l'ultima, quella 75 anni e oltre), la possibile latenza d'azione dei fattori di rischio e il carico diagnostico-terapeutico (sempre maggiore) per i Servizi sanitari e sociali.

Anche se maggiore attenzione va riservata, in termini di appropriatezza ed efficacia, al momento terapeutico e riabilitativo, va confermato che le maggiori potenzialità di successo sono comunque ancora legate alla prevenzione primaria (stili di vita, educazione alimentare e riduzione dell'esposizione a cancerogeni) e alla prevenzione secondaria (diffusione delle campagne di screening): per i tumori

GRAF. 2.4.2 Tumori – Andamento 2000-2008



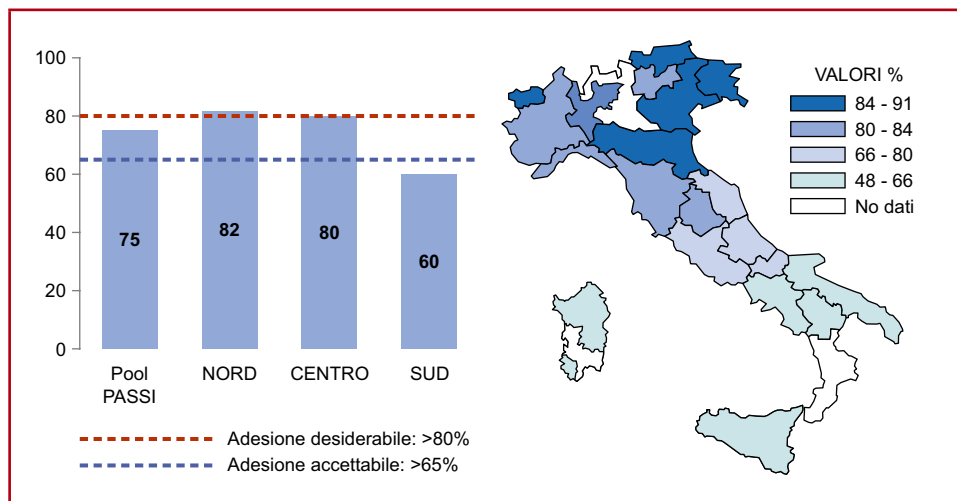
Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

femminili vi sono evidenze di efficacia per lo *screening del tumore della mammella* (donne in età compresa fra 50-69 anni con mammografia bilaterale ogni 2 anni) e per lo *screening del tumore del collo dell'utero* tramite Pap-test (ogni 3 anni per donne in età compresa fra 25-64 anni); evidenze di efficacia sono ormai condivise anche con riferimento al tumore del colon-retto.

In proposito, va segnalato che in provincia di Trento, sono attivi lo *“Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella femminile”* (dal 2000, organizzato su 7 sedi, soddisfa in termini di indicatori di struttura, processo ed esito, i criteri e standard di qualità definiti dal Gruppo Italiano Screening Mammografico – GISMa) e lo *“Screening del carcinoma del collo dell'utero mediante Pap-test”* (dal 1993, soddisfa in termini di indicatori di struttura, processo ed esito, i criteri e standard di qualità definiti dal Gruppo Italiano Screening per il Cervicocarcinoma – GISCI), mentre, a partire dal 2007 è stato attivato (dopo lo studio la fattibilità e la sperimentazione che ha assunto come target i familiari dei soggetti cui è stata formulata tale diagnosi) lo *“Screening di popolazione del carcinoma del colon-retto”* che dovrà essere esteso all'intero ambito territoriale della provincia entro il 2009 e riguarda una popolazione target di circa 125.000 persone in età 50-69 anni.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne 25-64enni ha riferito di aver effettuato un PAP-TEST negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale Nord-Sud (85% Nord-Est range: 48% Sardegna – 91% Valle d'Aosta). Solo le Regioni del Sud non raggiungono ancora lo standard di adesione accettabile pari al 65% (Grafico 2.4.3).

GRAF. 2.4.3 Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)



Fonte: Pool PASSI 2008

Per il Pap-test, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la quota stimata di copertura da adesione spontanea è del 37% (cfr. Grafico 2.3.4), con un evidente gradiente territoriale (40% Nord-Est; range: 6% Campania – 66% Liguria).

In Provincia di Trento sono diagnosticati in media ogni anno 6,6 nuovi casi di *tumore al collo dell'utero*/100.000 donne. L'incidenza in provincia di Trento è inferiore rispetto al dato rilevato dagli altri registri limitrofi ed al dato medio nazionale. Complessivamente sono diagnosticati 17 casi/anno di tumore al collo dell'utero dei quali 12 casi/anno in donne in età di screening. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è attorno al 60%.

Lo screening – basato sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-65 anni – si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. In Trentino:

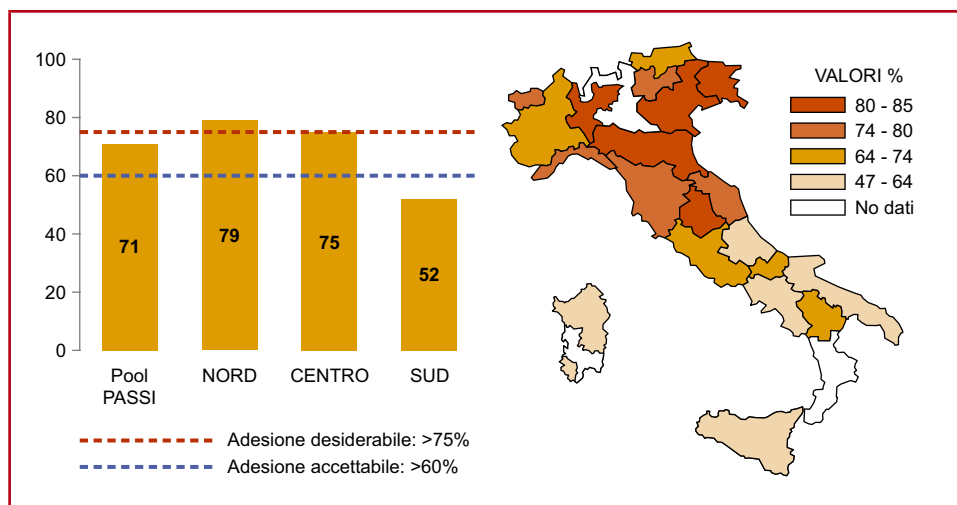
- ▶ circa l'80% delle donne 25-65enni intervistate ha riferito di aver fatto un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni (il 41% all'interno dei programmi di screening organizzati e il 38% come screening spontaneo);
- ▶ circa un quinto delle donne non è "coperto" rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo (20%);
- ▶ la percentuale delle donne che riferisce di aver fatto un Pap-test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio;
- ▶ la copertura totale (80%) comprende, oltre le donne 25-65 anni che hanno fatto l'esame all'interno del programma di screening provinciale, anche quelle che lo hanno effettuato privatamente;
- ▶ risulta elevata anche la percentuale di donne che ha fatto almeno un Pap-test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni);
- ▶ il 41% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%; il 20% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap-test, probabilmente perché ha fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma provinciale di screening (tre anni).

Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma provinciale di screening, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti (con particolare attenzione alle donne straniere). I risultati del 2008 sono sovrapponibili a quelli dell'anno precedente.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 71% delle donne 50-69enni ha riferito di aver effettuato una MAMMOGRAFIA "preventiva" negli ultimi 2 anni (83% Nord-Est range: 47% Puglia – 85% Friuli-Venezia Giulia), con un evidente gradiente territoriale. Solo le Regioni del Sud non raggiungono ancora lo standard di adesione accettabile pari al 60% (Grafico 2.4.5).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la quota stimata al di fuori dei programmi organizzati è del 18% (pari al 25% dell'adesione

GRAF. 2.4.4 Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni (%)



Fonte: Pool PASSI 2008

complessiva), con un evidente gradiente territoriale (16% Nord-Est range: 4% Basilicata – 32% Liguria).

Come nelle altre parti d'Italia anche in Trentino il *cancro alla mammella* è la neoplasia più frequente rappresentando circa un quarto dei casi totali nelle donne. Nel periodo 2003-04 i nuovi casi di tumore della mammella registrati in provincia di Trento sono stati 718 (359 casi/anno). La sopravvivenza a 5 anni, nei casi incidenti archiviati dal Registro Tumori di popolazione di Trento, è dell'80% circa, valore che non si discosta significativamente dal dato medio dei registri di tumore italiani.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre significativamente la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni.

Nello screening mammografico la quota d'adesione spontanea al di fuori dei programmi organizzati è sensibilmente inferiore rispetto a quella osservata nello screening cervicale.

Tra tutte le donne in età da 50 a 69 anni si stima che il 66% delle donne ha fatto l'esame all'interno del programma di screening ed il 11% al di fuori di esso. In Trentino:

- ▶ l'88% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'APSS;
- ▶ l'85% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
- ▶ il 57% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia;
- ▶ la percentuale di donne che riferisce di aver fatto una mammografia a scopo preventivo è abbastanza alta grazie alla presenza di un programma di screening

ormai consolidato sul territorio. E' elevata la percentuale di donne (78%) che ha effettuato una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni;

- ▶ il 66% delle donne campionate della fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno del programma provinciale di screening (nessun pagamento) seguendo la periodicità consigliata, mentre una parte relativamente piccola sembra effettuare l'esame al di fuori del programma (11% di donne che dichiarano di aver pagato il ticket);
- ▶ l'età media alla prima mammografia "preventiva" è di 44 anni, in anticipo quindi rispetto all'età di 50 anni indicata dalle linee guida internazionali dei programmi degli screening organizzati.

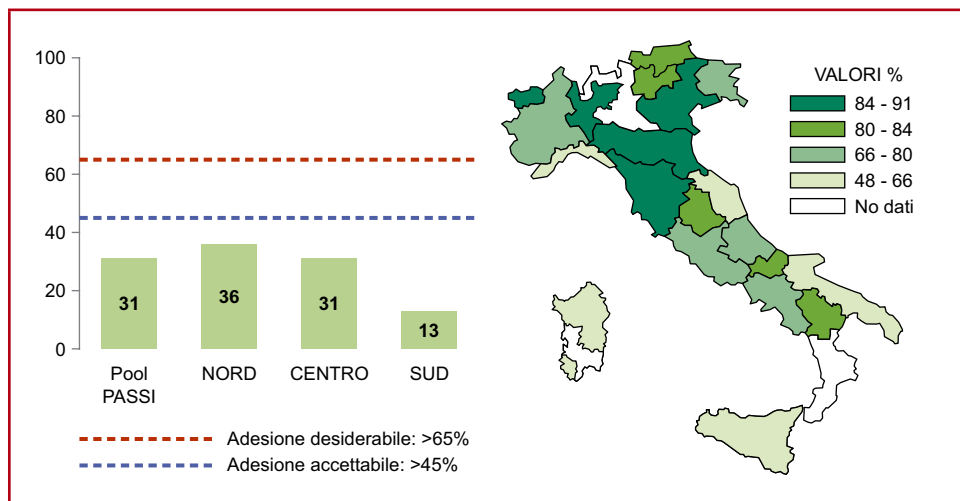
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale solo il 32% dei 50-69enni ha effettuato la RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI, con la presenza di un evidente gradiente territoriale Nord-Sud (range: 4% Sicilia – 56% Emilia-Romagna); il 9% ha effettuato una *colonscopia preventiva* (range: 3% Basilicata – 18% prov. aut. Bolzano).

Nel 2007 si sono registrati 168 decessi per *neoplasie del colon retto* di persone residenti in provincia di Trento. Il tasso standardizzato di mortalità raggiunge i 3,2 decessi per 10.000. Nel 2007 i decessi per tumore del colon-retto rappresentavano il 4% circa di tutte le cause di morte.

Per quanto riguarda l'incidenza del tumore del colon-retto, nel periodo 2003-2004, i nuovi casi registrati in provincia di Trento sono stati 627 (313 casi/anno).

In Trentino il 25% delle persone intervistate riferisce di avere fatto un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida (sangue

GRAF. 2.4.5 Persone di 50-69 anni che hanno eseguito lo screening coloretale negli ultimi 2 anni (%)



Fonte: Pool PASSI 2008

occulto o colonscopia); l'11% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato. Non si osservano differenze significative sul piano statistico per classi di età, livello d'istruzione e difficoltà economiche. Il 15% riferisce aver di fatto la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

In Trentino il programma di screening è stato avviato nel dicembre del 2007 (distretto Giudicarie e Rendena) e a maggio 2008 (Alta e Bassa Valsugana e Primiero): prevede la ricerca del sangue occulto come primo livello e la colonscopia in caso di positività del test. Durante il 2008 il programma è stato esteso anche al distretto Vallagarina e, entro il 2010 coprirà l'intero territorio provinciale.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; la lettera di invito e il consiglio sanitario associati si confermano gli strumenti più efficaci. La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori; per alcuni è forse possibile intervenire con un'azione comunicativa attenta e mirata.

2.4.3 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

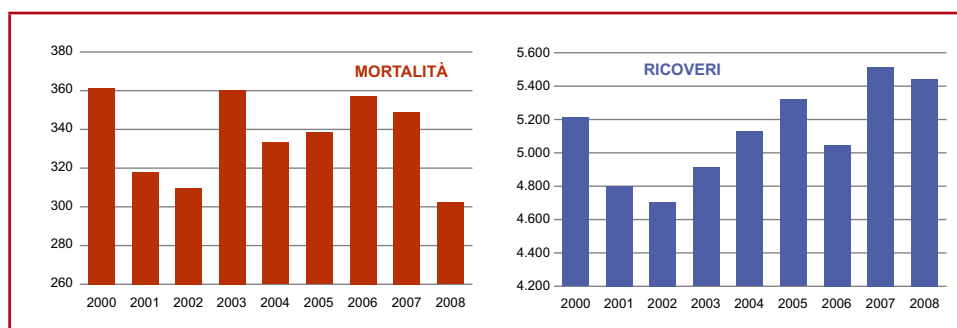
A questo gruppo è attribuibile il 6,6% (nel 2007=7,6 - nel 2006=7,6 - nel 2005=8,2) dei decessi totali che si sono registrati nel 2008 (302 - di cui 152 maschi e 150 femmine); il dato italiano disponibile (riferito al 2007) è pari a 6,6%. Dei 302 decessi per questa causa, 261 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 2.4.6 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Si registra una lieve diminuzione, sia per i maschi che per le femmine, in ordine alla mortalità; l'andamento dei ricoveri, resta sul valore dell'anno precedente.

2.4.4 MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

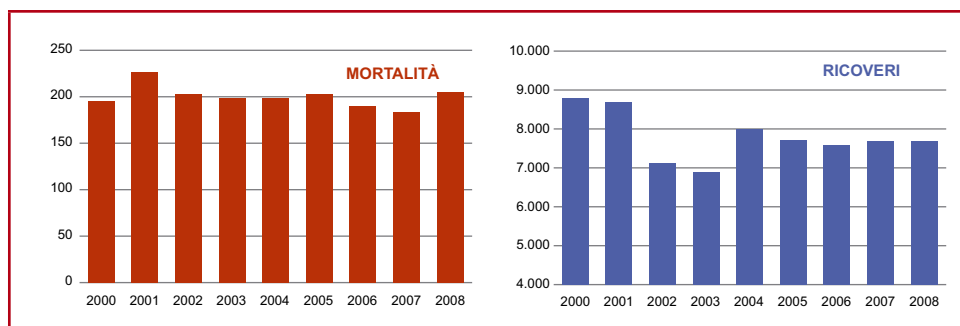
A questo gruppo di malattie è attribuibile il 4,4% (nel 2007=4,0 - nel 2006=4,0 - nel 2005=4,6) dei decessi totali che si sono avuti nel 2008 (204 casi - di cui

GRAF. 2.4.6 Malattie dell'apparato respiratorio - Andamento 2000-2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

GRAF. 2.4.7 Malattie dell'apparato digerente – Andamento 2000-2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

105 maschi e 99 femmine). Dei 204 decessi per questa causa, 130 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 2.4.7 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Si registra un lieve aumento in ordine alla mortalità, mentre l'andamento dei ricoveri ospedalieri dovuti a questa patologia conferma il dato dell'anno precedente (7.730 ricoveri nel 2008 verso i 7.749 registrati nel 2007).

2.4.5 TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 4,1% (nel 2007=4,0 – nel 2006=4,4 – nel 2005=3,8) dei decessi totali che si sono registrati nel 2008, attribuibili in prevalenza al genere maschile (127 su 187 casi complessivi); il dato italiano disponibile (riferito al 2007) è pari a 4,2%. Dei 187 decessi per questa causa, 81 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni. I ricoveri ospedalieri nel 2008, per questa causa, sono stati 7.282 verso i 7.035 del 2007.

2.4.6 SALUTE MENTALE

Si stima che poco più del 20% della popolazione (europea e italiana) soffra in varia misura di situazioni di disagio psichico e/o di disturbi mentali di diversa natura ed entità: l'1,25% di queste persone è in trattamento presso i servizi sanitari competenti.

Come si vede dalla Tabella 2.4.1 il numero degli utenti dei Centri di salute mentale dislocati sul territorio provinciale sono, negli anni, in continuo aumento.

TAB. 2.4.1 Centri di salute mentale, Trentino anni 2000-2008

ANNI	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
UTENTI	5.388	5.476	5.659	6.037	6.339	6.604	6.771	n.d.	n.d.

Fonte: APSS – Servizio Osservatorio Epidemiologico

Nel corso del 2007 è stato avviato il nuovo sistema informativo per la gestione dell'attività territoriale (SIT) e, per motivi tecnici non sono ancora disponibili i dati riguardanti il "modulo salute mentale": per detto motivo sono qui riportati i valori relativi al periodo 2000-2006. Prendendo come riferimento il 2006, si rileva un aumento, rispetto al 2005, dei nuovi utenti dell'U.O. di neuropsichiatria (+4,0%) e del Centro per i Disturbi Alimentari (+23,6%), mentre si riducono quelli del Centro di salute mentale (5,1%) e dell'U.O. di Psicologia Clinica (-1,2%).

La prevalenza annuale di utenti in carico ai Servizi di Salute Mentale è pari al 13,6/1.000 circa per l'area di Psichiatria, 8,2/1.000 circa per l'area di Psicologia clinica, 9,0/1.000 circa per l'area di Neuropsichiatria Infantile e 0,4/1000 per l'area dei Disturbi Alimentari. In termini complessivi le prevalenze, aumentano più delle incidenze, a conferma di un incremento della durata del mantenimento in carico dei vecchi utenti rispetto alla presa in carico di nuovi pazienti.

La modalità di risposta prevalente in tutte le aree della Salute Mentale è il contatto ambulatoriale, ma sono erogate anche numerose attività riabilitative (Psichiatria e Neuropsichiatria infantile), domiciliari (Psichiatria), residenziali e semiresidenziali (Psichiatria), attività di rete e integrazione con altri Enti e Servizi del territorio (Psichiatria, Neuropsichiatria infantile, Psicologia).

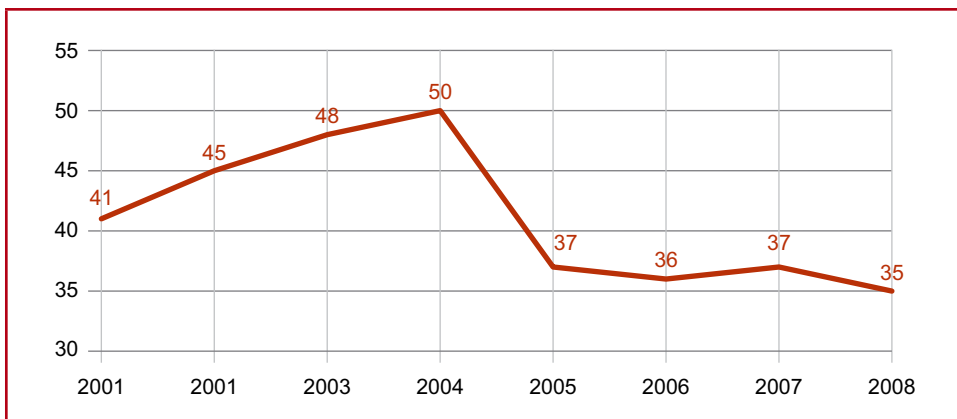
Nell'anno 2006 gli utenti dei Centri di salute mentale sono stati complessivamente 6.771 di cui 1.770 sono nuovi utenti (nel 2006=1.779, nel 2005=1.861). L'andamento degli utenti, nel periodo 2002-2006, registra un incremento del 23,6% (+4,1% annuo in media). La classe d'età 35-49 anni è quella più rappresentata nella distribuzione degli utenti e la distribuzione per categoria nosologica non presenta, negli anni, modificazioni significative.

I *trattamenti sanitari obbligatori* (TSO), stimati attraverso le Schede nosologiche ospedaliere, nel 2008 sono stati 52 (nel 2007=48 – nel 2006=71 – nel 2005=75 – nel 2004=80 – nel 2003=74), di cui 30 femmine e 22 maschi; 48 (92,3%) sono relativi a residenti in provincia di Trento.

I *ricoveri* dei residenti in SPDC sono stati 719, (328 maschi e 391 femmine), con un aumento lieve rispetto al 2007 (+1,4%); il numero di pazienti è stabile (+3 rispetto al 2007; 0,6%); il numero di ricoveri in SPDC è distribuito in modo omogeneo nelle quattro sedi disponibili (Ospedale di Arco, Ospedale di Borgo, Ospedale S.Chiera di Trento e Ospedale di Mezzolombardo); il 51,7% dei ricoveri riguarda la fascia d'età 35-54 anni; le forme psicotiche nel loro complesso rappresentano il 69,4% della casistica (nel 2007=68,1%). Nel 2008 si sono registrati 1.888 ricoveri per patologie psichiatriche negli istituti di cura del Servizio sanitario provinciale, (di questi 251 riguardano non residenti); i ricoveri per patologie psichiatriche presso strutture extraprovinciali, (regione Veneto nel 75% dei casi), sono stati nel 2008, 474 (nel 2007=489).

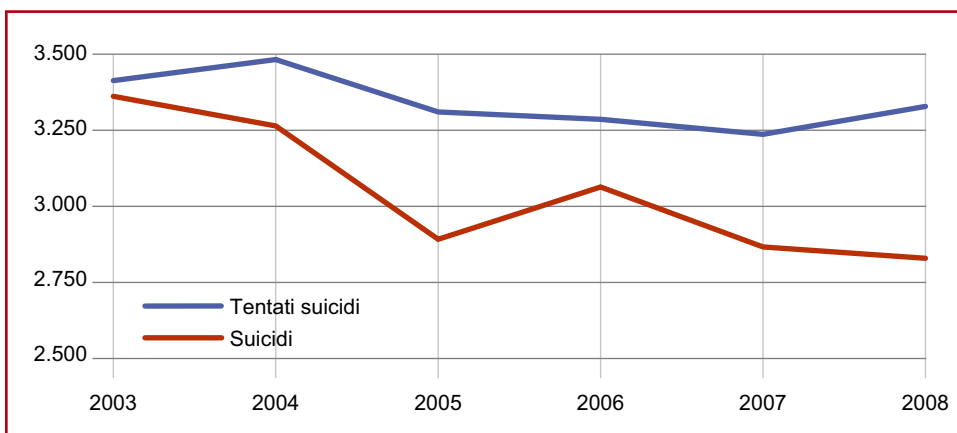
Il numero totale di *morti per suicidio* (Grafico 2.4.8) è stabile rispetto all'anno precedente, ma la distribuzione per classe d'età (Tabella 2.4.2) evidenzia un aumento di casi nella classe 45-64 anni (31,4% vs. 18,9% del 2007) con speculare diminuzione di casi nella classe di età maggiore di 65 anni.

GRAF. 2.4.8 Numero suicidi per anno in Trentino – Anni 2001–2008



Fonte: APSS – Servizio Osservatorio Epidemiologico

GRAF. 2.4.9 Italia: Suicidi e tentati suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri – Anni 2003–2008



Fonte: ISTAT

TAB. 2.4.2 Suicidi per classe di età in Trentino – Anni 2007 e 2008

Classe di età	2007		2008	
	Frequenza	%	Frequenza	%
da 14 a 24 anni	2	5,4	2	5,7
da 25 a 44 anni	13	35,1	11	31,4
da 45 a 65 anni	7	18,9	11	31,4
oltre i 65 anni	15	40,5	11	31,4
Totale	37	100	35	100

Fonte: APSS – Servizio Osservatorio Epidemiologico

2.4.7 DISABILITÀ

La necessità di innovare gli approcci culturali, metodologici e legislativi integrando le politiche destinate alla parità e all'inserimento delle persone disabili ha consentito l'adozione da parte dell'OMS della nuova *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF)*¹² che propone un nuovo approccio concettuale basato sul "modo di funzionare della persona in interazione con il proprio contesto ambientale" valutabile mediante l'incrocio di tre dimensioni – le *funzioni corporee*, le *attività*, la *partecipazione sociale* – la cui interazione consente una valutazione adeguata delle condizioni di vita della persona e del relativo stato di salute.

La portata innovativa dell'approccio sta nel formulare, accanto ai valori di incidenza delle malattie, valutazioni specifiche in ordine alla disabilità indotta dalle malattie medesime in considerazione del fatto che la valutazione della disabilità non è cosa diversa dalla valutazione della salute¹³ e dovrebbe accompagnare ogni malattia specifica.

In Italia, si stima che il 4,8% della popolazione oltre i 6 anni d'età che vive in famiglia (circa 2.800.000 persone) è affetto da disabilità grave, e non in grado di svolgere almeno una delle funzioni della vita quotidiana; se si considerano anche le persone che sono in grado di svolgere con molta difficoltà le funzioni abituali quotidiane, si sale al 13% della popolazione oltre i 6 anni d'età che vive in famiglia (quasi 7.000.000).

Il 59% dei disabili (d'età maggiore ai 6 anni) che vivono in famiglia ha difficoltà nelle funzioni quotidiane, il 46% nel movimento, il 4% è in confinamento individuale (a letto, in casa), il 23% ha difficoltà sensoriali.

Il 46% dei disabili (d'età maggiore ai 6 anni) percepisce *male* o *molto male* il proprio stato di salute, contro il 5% delle persone non disabili.

Le persone con disabilità fanno un maggiore (quasi doppio) uso dei servizi sanitari (visite mediche e accertamenti diagnostici).

In provincia di Trento è disponibile una *Anagrafe dell'handicap* costituita nel 2002 (creata su preciso indirizzo della Giunta provinciale (deliberazione n. 102/2004) e integrata con l'archivio delle certificazioni che individuano l'alunno come persona handicappata.

Questa anagrafe ha notificato, nell'arco temporale 1992-2008, 8.657 persone come descritto nella Tabella 2.4.3, che hanno presentato 10.715 domande finalizzate a usufruire dei benefici previsti dalla legge quadro in materia di handicap.

¹² *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF)*, Edizioni Erickson, Trento, 2001

¹³ Non appare razionale separare artificialmente quello che nell'esperienza esistenziale risulta unitario.

TAB. 2.4.3 Anagrafe handicap: soggetti notificati 1992-2008

Classe di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-17	710	18,67	569	11,72	1.279	14,77
18-64	1.610	42,35	1.705	35,12	3.335	38,29
65 e oltre	1.482	38,98	2.581	53,16	4.063	46,93
Totale	3.802	100,0	4.885	100,0	8.657	100,0

Fonte: APSS – Anagrafe handicap

TAB. 2.4.4 Anagrafe handicap: soggetti minorenni notificati 1992-2008

Classe di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-5	333	46,90	283	49,74	616	48,16
6-17	337	53,10	286	50,26	663	51,84
Totale	710	100,0	569	100,0	1.279	100,0

Fonte: APSS – Anagrafe handicap

TAB. 2.4.5 Anagrafe handicap: Tipologia handicap soggetti notificati 1992-2008

Tipologia di handicap	Maschi		Femmine		Totale	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Permanente (comma 1, art. 3, L. 104/1992)	721	25,8	922	25,3	1.643	25,5
Temporaneo	22	0,8	34	0,9	56	0,8
Permanente con grado invalidità > 2/3 (L. 648/1950) (art. 21, L. 104/1992)	31	1,1	55	1,5	86	1,3
Permanente con connotazione di gravità	1.596	57,1	2.237	61,3	3.833	59,5
Permanente con connotazione temporanea di gravità (comma 3, art. 3, L. 104/1992)	425	15,2	403	11,0	828	12,8
Totale	2.795	100	3.651	100	6.446	100
di cui Non handicap					316	4,6

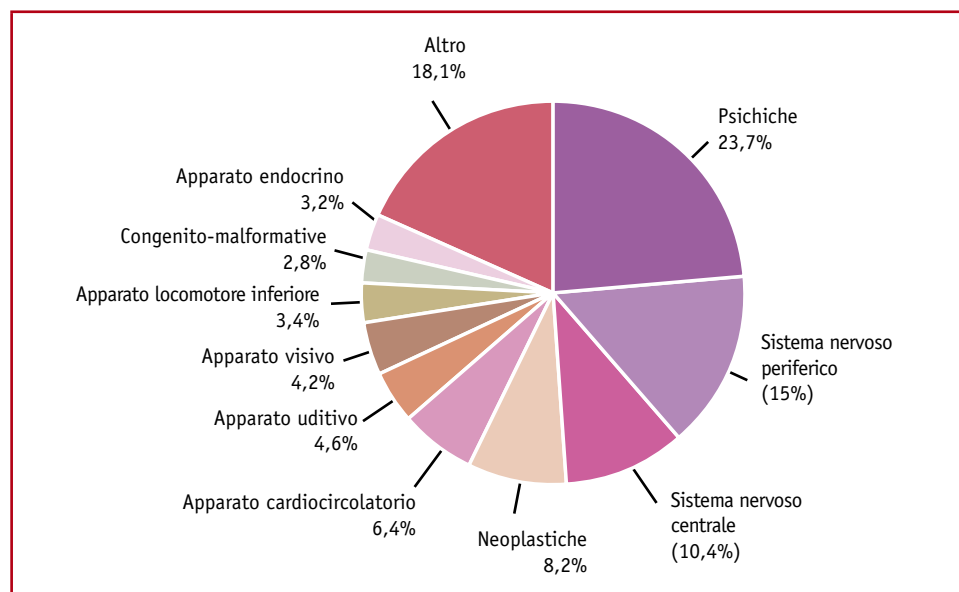
Fonte: APSS – Anagrafe handicap

Nel periodo in esame, 616 (il 48,1% dell'intero gruppo dei minori) sono stati i bambini in età pre-scolare registrati (Tabella 2.4.4).

Delle 8.657 persone notificate nel periodo 1992-2008, 6.446 sono "in vita" e 2.211 decedute (25,5%).

I tassi standardizzati annuali di riconoscimento dei soggetti in situazione di handicap mostrano un andamento crescente, passando dal 16,5/1.000 nel 2005,

GRAF. 2.4.10 Anagrafe handicap: Malattie all'origine dell'handicap nei soggetti notificati 1992-2008



Fonte: APSS – Anagrafe handicap

GTAB. 2.4.6 Anagrafe handicap: Benefici ai disabili residenti al 31.12.2008

Tipologia Disabili/Benefici	N.	%
HANDICAP PERMANENTE	1.106	
fornitura straordinaria e riparazione apparecchi, atrezzi, presidi e ausili	397	36
servizi alternativi di trasporto collettivo o individuale	193	17
diritto a spazi riservati per veicoli	136	12
HANDICAP PERMANENTE CON CONNOTAZIONE DI GRAVITÀ	6.057	
Permesso retribuito per genitore o parente convivente	3.004	50
Agevolazioni fiscali	984	16

al 19,4/1.000 nel 2006 e al 27,3/1.000 nel 2008. Nel Grafico 2.4.10 è rappresentata la distribuzione percentuale delle malattie all'origine dell'handicap (settore nosologico). La Tabella 2.4.6 presenta i benefici (agevolazioni di assistenza) riconosciuti al 31.12.2008.

2.4.8 TOSSICODIPENDENZE

In generale, il consumo di sostanze psicoattive nella popolazione complessiva residente in provincia di Trento riflette il dato nazionale.

Tra le sostanze illegali, la più diffusa è la cannabis (14%); l'utilizzo di cocaina è più diffuso in Trentino che nel territorio nazionale (2,5% vs 2,2%). La sostanza

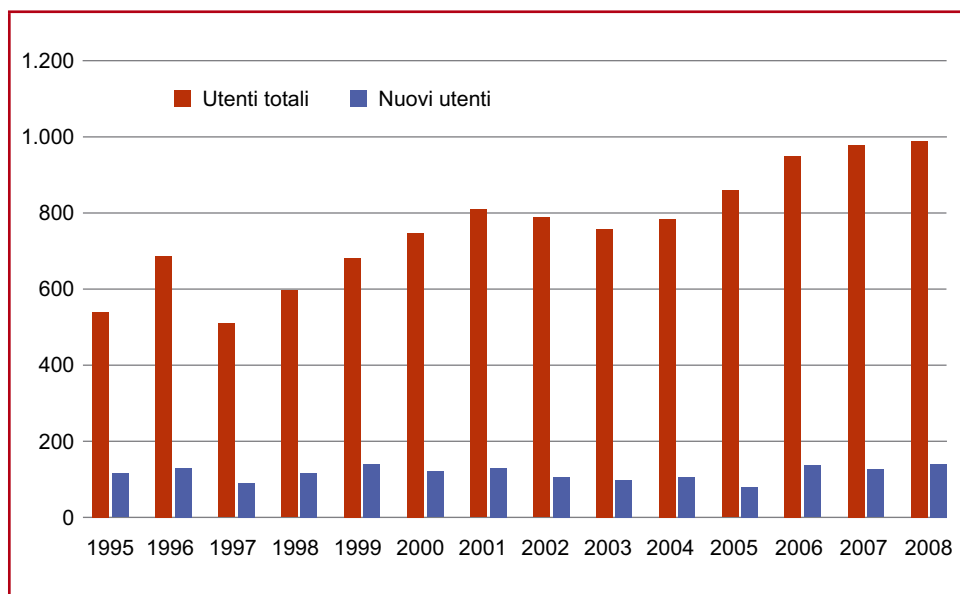
psicotropa meno diffusa è l'eroina, per la quale si stima che siano lo 0,3% i soggetti residenti che l'hanno assunta nell'ultimo anno. Per ognuna delle sostanze considerate, il consumo è maggiore nei maschi rispetto alle femmine e caratterizza le fasce d'età più giovani¹⁴.

Complessivamente per l'anno 2008 si stimano circa 1.900 (+5,6% rispetto al 2007) *utilizzatori problematici*¹⁵ di sostanze residenti nel territorio della Provincia di Trento, corrispondenti a una prevalenza di circa 5,6 soggetti ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Tale valore è inferiore al dato medio nazionale stimato in 8,2 soggetti ogni 1.000 residenti d'età a rischio.

I soggetti che nel 2008 sono stati in trattamento presso i Ser.T della provincia di Trento per problematiche d'abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti sono stati 1.063 (nel 2007=1.078): di questi 989 risultano totalmente in carico e 74 (6,9%) in appoggio presso altri Servizi del territorio nazionale.

Gli *utenti già in carico* sono stati 989 (86%) (791 maschi e 198 femmine): valore quasi invariato (+1%) rispetto al 2007 (979), dopo una costante crescita dal 2003; l'80% è rappresentato da maschi. I *nuovi utenti* sono stati 139 (114 maschi e 25 femmine) (nel 2007=127), con età media pari a 30 anni: tale proporzione risulta

GRAF. 2.4.11 Utenti in carico al Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T) – Andamento 1995-20088



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

¹⁴ Per i confronti provinciali/nazionali e per le analisi dei trend, va tenuto conto dei limiti intrinseci delle rilevazioni IPSAD-Italia 2007/2008 ed ESPAD-Italia 2008.

¹⁵ Per *uso problematico* è da intendersi "il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine".

leggermente diversa rispetto a quella osservata a livello nazionale che evidenzia una maggiore prevalenza dei maschi sia nell'utenza complessiva che nei nuovi ingressi (86%).

Il 91% dell'utenza complessiva è in carico per problemi derivanti dall'uso primario di oppioidi, il 5% utilizza primariamente cocaina, il 4% cannabis.

Il 69% degli utenti che fa per la prima volta una domanda di trattamento, si rivolge al Ser.T per scelta volontaria, il 10% è inviato da strutture socio-sanitarie, il 15% dalle Prefetture e dall'Autorità Giudiziaria e la restante parte attraverso altri canali (soprattutto familiari o amici).

Il tasso di afferenza al Ser.T nel 2008 è risultato pari a 47,8/10.000, in leggero aumento rispetto al 2007 (46,5/10.000).

Gli ambiti territoriali già noti per un'afferenza maggiore rispetto al valore medio provinciale sono l'Alto Garda e Ledro e la Valle dell'Adige.

Tra gli interventi erogati (farmacologico, psicologico, sociale; anche in associazione tra loro) l'intervento a cui si ricorre più spesso è farmacologico, che risulta erogato da solo, senza integrazioni con altre terapie, al 35% degli utenti; il 21% dell'utenza riceve cure farmacologiche associate con trattamento sociale; l'11% dell'utenza riceve cure farmacologiche associate con trattamento psicologico; il 23% dell'utenza riceve cure farmacologiche associate con trattamento psicologico e sociale.

Nel 2008 si sono registrati complessivamente 97 ricoveri (-16,3% rispetto al 2007) dei quali l'80,4% riguarda persone residenti con età media di 45 anni.

Nel 2008 in Trentino si è registrato 1 solo decesso "droga correlato" (overdose), determinando una notevole diminuzione del tasso di decessi droga correlati, che passa da 0,9/100.000 del 2007 a 0,3 del 2008.

2.4.9 ALCOLISMO

Secondo quanto riportato nel *WHO-Global Status Report on Alcohol 2004* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno, sarebbero attribuibili, direttamente o indirettamente, al consumo d'alcol: il 10% di tutte le malattie; il 10% di tutti i tumori; il 63% delle cirrosi epatiche; il 41% degli omicidi; il 45% di tutti gli incidenti; il 9% delle invalidità e delle malattie croniche; il 7% di tutte le disabilità.

Complessivamente, circa il 10% dei ricoveri e l'8% dei decessi è attribuibile all'alcol; quest'ultimo aspetto appare rilevante oltre che per la cirrosi epatica, anche per gli incidenti stradali, dove l'alcol sembra costituire concausa potenziale in almeno il 50% dei casi fatali.

Per la stima della mortalità alcolcorrelata sono state considerate le cause di morte indicate dalla letteratura scientifica e sono state applicate, categoria per categoria, le frazioni attribuibili all'alcol secondo la "formula di Perrin" e la formula cosiddetta "italiana".

Con la "stima Perrin" i decessi attribuibili all'alcol nel 2008 sono 166, pari a 3,6% dei decessi totali; applicando la "formula italiana" i decessi sono 112, pari al 2,4%.

L'alcolismo è un fenomeno particolarmente rilevante nella realtà trentina, come in altre situazioni regionali caratterizzate da elementi culturali, territoriali e produttivi simili a quelli trentini.

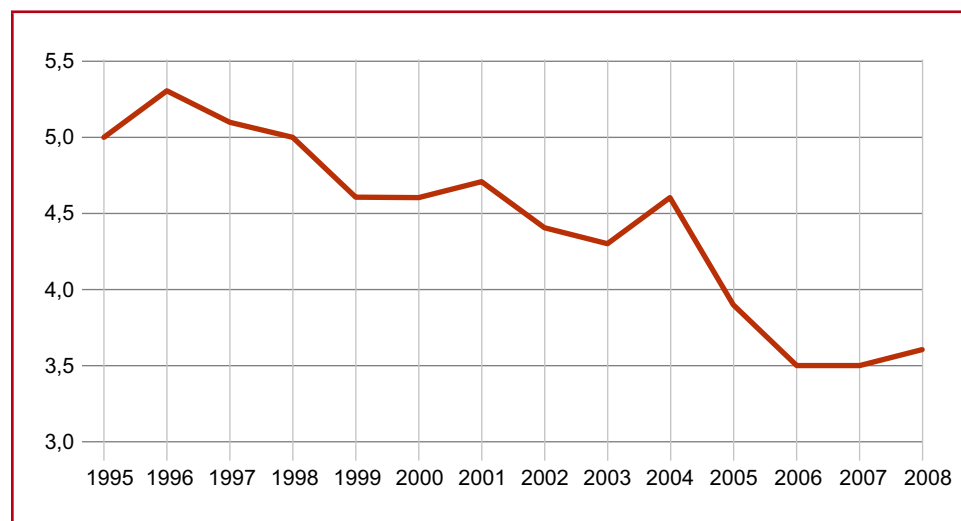
I dati disponibili indicano che il consumo di alcol è trasversale a tutte le generazioni ed è in aumento nella popolazione femminile: quest'ultimo dato indica la necessità di interventi di prevenzione e promozione della salute da destinare specificamente alle donne (in funzione anche delle particolari funzioni/eventi

TAB. 2.4.7 Provincia di Trento. Stima della mortalità alcol attribuibile – Anni 2000-2008

	Totale decessi per tutte le cause	Decessi attribuibili all'alcol		% dei decessi attribuibile all'alcol	
		Stima Perrin	Formula italiana	Stima Perrin	Formula italiana
2000	4.489	205	123	4,6	2,7
2001	4.446	211	132	4,7	3,0
2002	4.350	191	128	4,4	2,9
2003	4.600	200	131	4,3	2,8
2004	4.360	202	129	4,6	3,0
2005	4.424	171	103	3,9	2,3
2006	4.494	157	103	3,5	2,3
2007	4.567	161	105	3,5	2,3
2008	4.609	166	112	3,6	2,4

Fonte: APSS – Servizio Osservatorio epidemiologico

GRAF. 2.4.12 Percentuale di mortalità attribuibile al consumo di alcol (Stima Perrin) – Trend 1995-2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT su dati Servizio Osservatorio epidemiologico

che ne caratterizzano l'esistenza: gravidanza, allattamento, menopausa, vecchiaia prolungata).

I consumi di alcol, valutati in termini di variabili socio-anagrafiche, confermano una maggiore prevalenza di consumatori tra gli uomini (83%), con una differenza statisticamente significativa rispetto alle donne (53%) e l'aumento del consumo di alcol all'aumentare del titolo di studio (licenza elementare=53,5% – laureati=77%).

Negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo modelli di consumo di alcol tipici dei Paesi del Nord Europa. Cresce in particolare tra i giovani, il consumo di alcol fuori pasto e gli episodi di ubriacatura (*binge drinking*)¹⁶.

In Italia circa il 7,3% delle persone di 11 anni e più ha dichiarato di aver consumato almeno una volta "binge" negli ultimi 12 mesi; questa modalità di consumo di alcol risulta più diffusa tra i maschi (13,1%) che nelle femmine (3,1%). In Trentino, il comportamento "binge" è più diffuso rispetto alla media nazionale (11,3% vs. 7,3%) (maschi=19,5% vs. 12,1% – femmine=3,6% vs. 2,8%).

In provincia di Trento l'abuso d'alcol rappresenta un importante problema socio-sanitario, sia per la sua diffusione sia per la gravità degli esiti:

- ▶ nell'anno 2008 sono stati registrati complessivamente 758 accessi (552 maschi e 206 femmine; età media 43 anni; 17 casi di minori di 15 anni) per problemi alcol-correlati (sottostimati, per problemi di codifica, di estrazione del dato e di accertamento diagnostico) presso i servizi di Pronto Soccorso della provincia di Trento (nel 2007=796 – nel 2006=857 – nel 2005=710 – nel 2004=702 – nel 2003=743) che sono mediamente più gravi rispetto alla totalità degli accessi come confermato dal fatto che nel 15% (nel 2007=22%) dei casi a tale accesso segue il ricovero del paziente;
- ▶ i ricoveri per problemi alcolcorrelati (dato sottostimato se riferito a diagnosi individuate dai codici ICD-IX CM che non sono esaustive dell'impatto sulle strutture ospedaliere) sono stati, nel 2008, 1.278 (77% maschi), di cui 1.089 di residenti, (nel 2007=1.319 – nel 2006= 1.432 – nel 2005=1.452 – nel 2004=1.511 – nel 2003=1.621) con una degenza media di 14 giorni e un consumo di 18.220 giornate di degenza ospedaliera.

2.4.10 INCIDENTI DOMESTICI

Gli incidenti domestici¹⁷ rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. Si stima che, a livello italiano e nell'arco di 12 mesi, il fenomeno coinvolga quasi 3 milioni di persone, vale a dire 48 individui ogni mille.

Nel 2007, la provincia di Trento, col tasso del 15,6/1.000 si colloca sopra la media nazionale pari a 11,9/1.000.

¹⁶ *Consumatore binge*: soggetto che ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione.

¹⁷ Compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, accidentalità dell'evento verificatosi in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

Riguardo a questo fenomeno, il legislatore ha approvato la legge n.493/1999 recante "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici" che dispone:

- ▶ la raccolta, a livello locale, di dati sul fenomeno (tramite gli Osservatori Epidemiologici regionali);
- ▶ la promozione di iniziative di prevenzione (attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie);
- ▶ l'istituzione di una forma assicurativa contro il rischio infortunistico derivante dal lavoro svolto in ambito domestico.

Ai fini della raccolta dati è stato istituito il *Sistema SINIACA* (Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambito di Civile Abitazione), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. I dati d'accesso ai Servizi di Pronto Soccorso per incidente domestico, ai sensi anche delle raccomandazioni del SINIACA, rappresentano il parametro di riferimento per un monitoraggio epidemiologico del fenomeno a livello di popolazione. La completezza e la qualità della registrazione di dati in tali sedi sono ancora lontane da uno standard accettabile.

In provincia di Trento, peraltro, sono stati operati nel tempo specifici interventi di sensibilizzazione e nel corso dell'anno 2007 si è avviata, per ogni caso d'incidente domestico accertato, la registrazione presso i punti di Pronto Soccorso, di tre specifiche variabili previste dal SINIACA: luogo di accadimento, attività espletata al momento dell'accadimento, dinamica dell'incidente. Tale circostanza permette da una parte un'analisi dettagliata su dinamica e luogo dell'evento e dall'altra la possibilità di impostare campagne mirate di prevenzione.

Nell'anno 2008 si registrano 8.031 *accessi ai Pronto Soccorso* dovuti a incidente domestico (il 3,6% del totale degli accessi) (nel 2007=2,6 – nel 2006=2,3%).

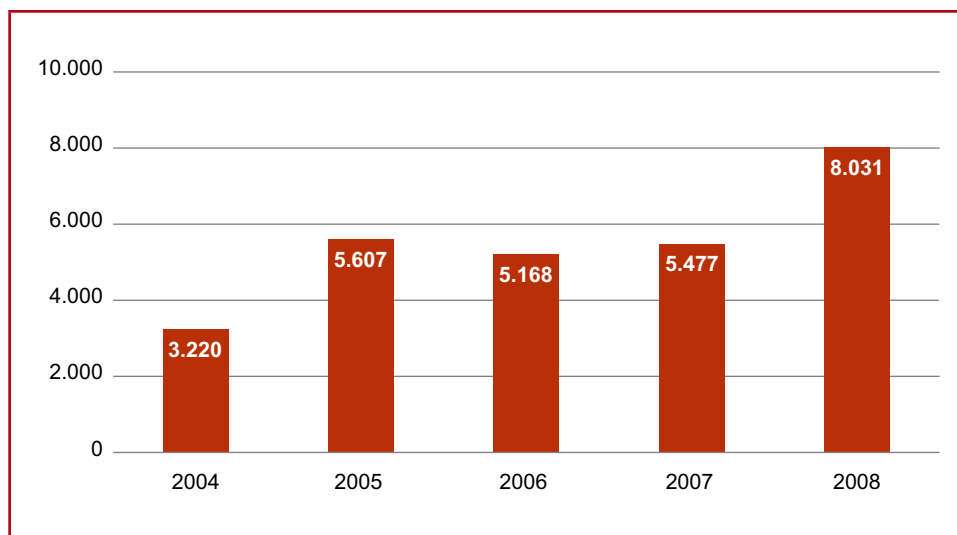
Il dato del 2008 registra un incremento del 46,6% rispetto al 2007, molto probabilmente attribuibile a un miglioramento della registrazione dell'evento "incidente domestico" all'accesso in Pronto Soccorso.

Presso il punto di Pronto Soccorso di Borgo Valsugana si registra, nel 2008, il 21,7% (nel 2007=36%) di tutti gli accessi per incidente domestico dei Pronto Soccorso della provincia. Il 48% del totale degli accessi riguarda le donne (nel 2007=50%); nel 93% dei casi riguarda soggetti di cittadinanza italiana e nel 91,1% dei casi residenti in provincia di Trento.

In riferimento al citato "minimum dataset", si registra una notevole riduzione dei record non compilati, a riprova di un notevole miglioramento della qualità del dato: la voce prevalente del campo inerente la *dinamica* dell'incidente è "caduta, inciampamento, sdruciolamento" (45,6% del totale); *l'attività svolta* nel momento in cui è occorso l'incidente è nel 30,9% dei casi "l'attività domestica"; *il luogo* dell'incidente più frequente è rappresentato da "altri locali della casa", corrispondenti agli ambienti domestici all'interno dell'abitazione (25,3% del totale).

Il Grafico 2.4.13 illustra l'andamento degli accessi per incidente domestico ai servizi di Pronto Soccorso del Trentino negli ultimi 5 anni.

GRAF. 2.4.13 Accessi per incidente domestico ai Servizi di Pronto Soccorso – Anni 2003-2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

Con riferimento ai ricoveri ospedalieri attribuibili a incidente domestico (634) si registra, nel 2008, un aumento del 33,2% degli stessi rispetto al 2007¹⁸; (anno 2007=476; anno 2006=422; anno 2005=423; anno 2004=374).

Il 92,3% dei ricoveri riguarda residenti in provincia di Trento. Il 70% dei ricoveri riguarda il sesso femminile con un rapporto f/m che appare sostanzialmente stabile nel tempo. L'età media è di 69 anni, e la degenza media è di 12 giorni. Il 74,4% dei casi riguarda soggetti sopra i 65 anni di età (nel 2007=68 – nel 2006=70).

Nel 2008, sono stati registrati 40 *decessi per evento infortunistico in casa*, 18 in più rispetto al 2007 (22); di questi, 18 riguardano soggetti maschi; 10 hanno sono accaduti nell'abitazione stessa (nel 2007=7), 21 in un istituto di cura pubblico (nel 2007=15), 3 in un istituto di cura privato, 2 in RSA e 1 in altro luogo.

2.4.11 INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali – che causano, ogni anno nel mondo, oltre 1,2 milioni di morti e tra i 20 e i 50 milioni di feriti – rappresentano la 9^a causa globale di morte., Pur interessando tutte le età, gli incidenti stradali rappresentano una delle tre principali cause di morte nella fascia 5-44 anni e la 1^a causa tra i 15-29 anni¹⁹.

¹⁸ In larga parte, quest'incremento può essere imputato al miglioramento dei criteri di registrazione del dato.

¹⁹ *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008. *World health statistics 2008*, Geneva, World Health Organization, 2008.

Sulla base dei dati ISTAT²⁰ riferiti al 2008, ogni giorno in Italia si verificano in media 598 incidenti stradali, che provocano la morte di 13 persone e il ferimento di altre 849: nel complesso, nell'anno 2008 sono stati rilevati 218.963 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 4.731 persone e lesioni di diversa gravità per 310.739 persone. Nel 2008, rispetto al 2007, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-5,2%) e dei feriti (-4,6%) e un calo più consistente del numero dei morti (-7,8%).

L'analisi dell'incidentalità nel lungo termine mostra, sempre a livello nazionale, una costante riduzione della gravità degli incidenti: l'indice di mortalità – numero di morti ogni 100 incidenti – si attesta nel 2008 al 2,2% contro il 2,8% del 2000 e l'indice di gravità – numero di morti sul totale dei morti e dei feriti ogni 100 incidenti – passa da 1,9 del 2000 a 1,5 nel 2008.

Il fenomeno degli incidenti stradali, rappresenta un evento sentinella e deriva dal concorso di complessi fattori causali di diversa natura che possono essere suddivisi in quattro grossi ambiti: il comportamento del conducente, le condizioni della strada e la qualità della viabilità, l'efficienza e la sicurezza del veicolo, la tipologia della condizioni atmosferiche. *Il comportamento e lo stato psico-fisico del conducente restano i principale fattori condizionanti*, mentre gli altri fungono di norma come condizioni collaterali, anche se in molti casi questo ruolo può risultare determinante.

Va segnalato che in Trentino è stato attivato il Centro Integrato di Monitoraggio del traffico della Provincia Autonoma di Trento (che copre dal 2006 tutta la provincia) nel quale è inserito il sistema MITRIS, infrastruttura informatica che raccoglie in modo accurato, tempestivo e completo i dati dei rilievi d'incidente (CCT/INC) da parte delle Forze dell'Ordine (Carabinieri, Polizie Municipali, e Polizia Stradale) collegandoli al Sistema Informativo Sanitario e georeferenziandoli sul territorio.

La rilevazione ISTAT-ACI, che rappresenta la fonte ufficiale delle statistiche di incidentalità stradale, presenta allo stato una buona corrispondenza con i dati locali del Sistema MITRIS.

Facendo riferimento al citato "Sistema MITRIS", l'andamento degli *incidenti con feriti*, occorsi nel periodo 2003-2008, registra 11.510 eventi complessivi: 2.139 nel 2003, 1.870 nel 2004, 1.895 nel 2005, 1.887 nel 2006, 1.908 nel 2007 e 1.811 nel 2008. I feriti sono stati 2.508 nel 2004, 2.543 nel 2005, 2.520 nel 2006, 2.625 nel 2007 e 2.481 nel 2008.

Nel 2008, rispetto al 2004, (copertura del sistema MITRIS e patente a punti), in provincia di Trento il numero degli incidenti si riduce del 15,3 e il numero di morti si riduce del 40,0%; nel quinquennio considerato, il 61% dei feriti è di sesso maschile, il 68% dei feriti registrati appartiene alla categoria dei conducenti, il 25% ai trasportati e il 7% è un pedone. Il *numero dei morti* è in calo continuativo passando dai 58 casi del 2004, ai 52 del 2005, ai 48 del 2006, ai 33 casi registrati nel 2007 e ai 33 casi del 2008; i morti sono per lo più di sesso maschile.

²⁰ Statistica degli incidenti stradali. Anno 2008, ISTAT/ACI, 2009

Nel 2008, la *natura dell'incidente* (sui 1.810 incidenti stradali nei quali è stata codificata la tipologia) è nel 67,5% degli eventi (1.221) uno scontro tra veicoli in movimento, e per il 32,5 (589) incidenti tra veicolo in movimento e ostacolo.

Gli *accessi al Pronto Soccorso* registrati per incidente stradale nel 2008 sono 7.828 (3,6% del totale degli accessi al PS) con una diminuzione del 13% sull'anno precedente (nel 2007=8.990 – nel 2006=8.932; nel 2005=9.332) e in 388 casi è seguito il ricovero (5%).

I *ricoveri ospedalieri* attribuibili a detta causa 629 (nel 2007=766 – nel 2006=733 – nel 2005=819 – nel 2004=875).

Secondo le rilevazioni ISTAT-ACI l'entità della variazione dell'incidentalità stradale, in provincia di Trento nel 2008, appare migliore rispetto al quadro nazionale, sia per quanto riguarda il *numero di incidenti* che diminuiscono del 10,1% (-5,2% in Italia) sia per il *numero dei feriti*, che diminuiscono del 12,6% (-4,6% in Italia), sia per quanto riguarda il *numero dei morti*, che nel 2008 si riduce del 9,1% (-7,8 in Italia).

TAB. 2.4.8 Incidenti e persone infortunate per conseguenza. Confronto Trentino-Italia – Anno 2008

Ambito	Totale incidenti			Di cui incidenti mortali		
	Numero	Personi infortunate Morte	Ferite	Numero	Personi infortunate Morte	Ferite
Trento	1.701	30	2.288	28	30	22
Italia	218.9631	4.731	310.739	4.364	4.731	3.374

Fonte: *Statistica degli incidenti stradali. Anno 2008*, ISTAT/ACI, 2009

La *proporzione di incidenti mortali* è nel 2008 pari a 1,6 (Italia=2,0); il rapporto di mortalità stradale è nel 2008 pari a 17,6/1.000 incidenti (Italia=21,6/1.000); l'indice di gravità è nel 2008 pari a 12,9 (Italia=13,8). Il confronto con la situazione italiana nel lungo periodo – in riferimento all'andamento complessivo dei principali indici del fenomeno – è rappresentato nella Tabella 2.4.9.

TAB. 2.4.9 Indicatori di Incidentalità: confronto Trentino-Italia – Anni 1990-2008

	% INCIDENTI MORTALI		RAPPORTO DI MORTALITÀ STRADALE		RAPPORTO DI LESIVITÀ STRADALE		INDICE DI GRAVITÀ	
	Trentino	Italia	Trentino	Italia	Trentino	Italia	Trentino	Italia
1990	3,4	3,6	37,5	40,9	1.292,5	1.366,2	28,2	29,1
1995	3,9	3,2	45,4	35,6	1.372,1	1.420,3	32,0	24,5
2000	2,0	2,7	20,4	30,2	1.360,7	1.422,8	14,8	20,8
2002	2,3	2,6	24,5	28,3	1.387,3	1.420,8	17,3	19,5
2004	3,2	2,3	35,4	25,0	1.349,8	1.410,0	25,5	17,4
2006	2,4	2,2	25,0	24,0	1.350,0	1.398,2	18,2	16,7
2008	1,6	2,0	17,6	21,6	1.345,1	1.419,1	12,9	13,8

2.4.12 INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Al di là della tipologia, della gravità e del valore numerico di questi eventi, la loro importanza come eventi sentinella travalica l'ambito prettamente sanitario, ponendosi come indicatori anche delle condizioni civili e sociali di una comunità.

Va segnalato che l'andamento degli infortuni risente in modo rilevante delle modificazioni del numero degli occupati (in tendenziale crescita in alcuni settori e in riduzione in altri, es. agricoltura) e dell'allargamento della base assicurata (estensione dell'assicurazione ad alcune categorie precedentemente non soggette: es. parasubordinati, casalinghe).

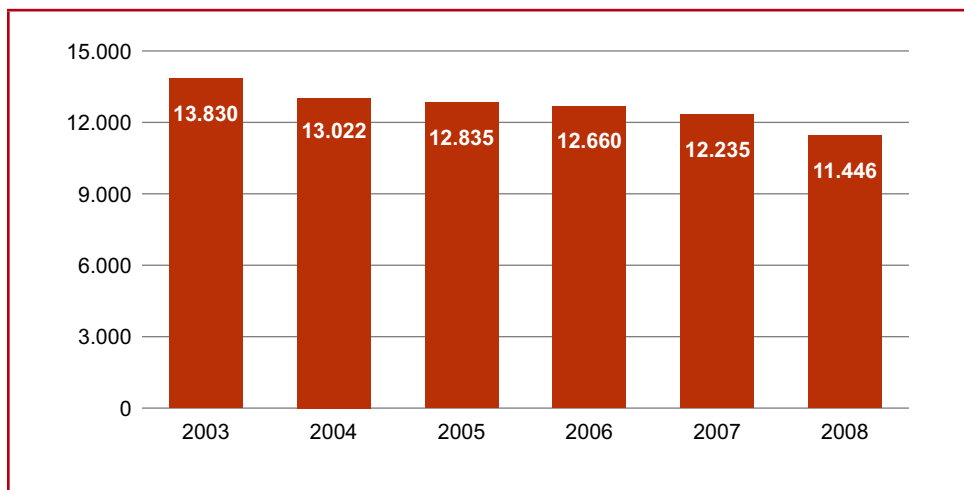
Il Grafico 2.4.14 descrive l'andamento degli infortuni denunciati all'INAIL nel periodo 2003-2008.

Il numero degli infortuni denunciati è in continua descrecita: dal 2003 al 2008 si riduce del 17%; in Agricoltura si riduce del 18,2%, nell'Industria del 12,8%, mentre nei Servizi si registra un aumento del 7% (legato all'aumento occupazionale di settore nel periodo considerato).

La frequenza di infortunio per 1000 addetti in Trentino nel settore industria, commercio e servizi risulta più elevata della media nazionale (35,8 vs. 29,5), mentre il rapporto di gravità è sovrapponibile al dato nazionale (3,0). La frequenza d'infortunio si è ridotta del 18% dal 2000 al 2006, mentre il rapporto di gravità mostra nell'ultimo periodo un lieve aumento. L'andamento di entrambi gli indicatori è in linea con il dato medio nazionale.

Nel periodo 1998-2008 sono stati registrati dall'Osservatorio 121 infortuni mortali sul lavoro, con una media di circa 11 infortuni/anno: nel primo quinquennio gli infortuni sono stati 68 (media 13,6/anno), nei restanti anni 44 (media 8,8); prima del 2003 non si era mai scesi sotto gli 11 casi/anno (media 13,7) mentre

GRAF. 2.4.14 Provincia di Trento. Infortuni denunciati – Trend 2003-2008



negli ultimi anni si sono registrati stabilmente 8 infortuni mortali all'anno con il picco del 2006 (14 infortuni, doppio rispetto al 2005). Nel 2008 gli infortuni mortali sono stati 9 (7 nel 2007).

Il settore in cui si è osservato il maggior numero d'infortuni mortali è quello delle costruzioni, seguito dall'agricoltura, dal settore meccanico e metallurgico e da quello dei trasporti e dei lavori forestali.

Tra le *modalità di accadimento*, quelle dovute a caduta dall'alto e quelle legate ad automezzi, macchine operatrici o trattori agricoli determinano più della metà dei casi registrati nel decennio. Gli infortuni mortali per caduta dall'alto sono il 38% in edilizia e il 24% in agricoltura. In agricoltura 4 volte su 10 è coinvolto un trattore o altro mezzo agricolo. Gli infortuni sul lavoro da incidente stradale sono il 16%. In 29 casi l'infortunato è stato colpito o schiacciato da materiale o attrezzature.

Rilevare i casi e le tipologie delle *malattie professionali* più gravi e mortali – che, pur riguardando pochi casi conosciuti (ma sicuramente sottostimati, in considerazione che è proprio e soprattutto in questi casi che è complesso determinarne l'origine professionale) danno informazioni in merito sull'evoluzione avvenuta nel tempo nella tutela della salute sui luoghi di lavoro e possono anche consentire ipotesi predittive sulla manifestazione di ulteriori casi – è importante al fine di predisporre un'adeguata assistenza e/o possibili misure di prevenzione.

Nel quadro normativo esistente, *sono computate come malattie professionali solo le malattie denunciate come tali* (la denuncia, da parte del medico, delle stesse è diventata obbligatoria a partire dal 1996 e questo ha quanto meno migliorato l'accuratezza della rilevazione): va ricordato che esistono diverse proposte normative che intendono aggiornare l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia da parte del medico, nelle quali si classificano le patologie in questione sulla base di diversi gradi di probabilità della loro genesi lavorativa.

La Tabella 2.4.10 descrive l'andamento delle notifiche di malattia professionale nel periodo 2004-2008: il dato INAIL non coincide con quello dell'UOPSAL in quanto i criteri di segnalazione sono differenti e rispondono a esigenze diverse

TAB. 2.4.10 Provincia di Trento. Andamento notifiche malattie professionali – Anni 2004-2008

Notifiche di malattia professionale	2004	2005	2006	2007	2008
all'INAIL	223	202	209	239	240
all'UOPSAL	243	187	252	194	236

L'analisi degli aspetti relativi all'assistenza sanitaria relativi agli eventi infortunistici consente di delineare solo un quadro descrittivo e non permette di arrivare a conclusioni, stanti anche gli attuali problemi di completezza e accuratezza della rilevazione, riguardanti soprattutto la compilazione delle schede di dimissione ospedaliera

Le ipoacusie/sordità da rumore e le malattie delle articolazioni si confermano condizioni patologiche prevalenti ²¹.

TAB. 2.4.11 Provincia di Trento. Segnalazioni di malattia professionale all'UOPSAL. Prime 10 tipologie per frequenza – Periodo 2004-2008

Patologie	2004	2005	2006	2007	2008	2004-2008	%
Ipoacusia	131	126	122	89	75	543	48,7
M. da traumi cumulativi	69	27	57	47	82	282	25,3
Dermatite	16	9	11	3	7	46	4,1
Neoplasie	13	7	17	14	14	65	5,8
Asma	0	2	0	1	1	4	0,4
Silicosi/pneumoconiosi	4	2	5	7	4	22	2,0
M. da vibranti	1	0	0	0	0	1	0,1
Asbestosi	1	0	1	1	1	4	0,4
Altre forme allergiche	0	1	0	1	0	2	0,2
Patologia del rachide	3	10	26	21	44	104	9,3
Altro	4	6	13	10	8	41	3,7
Totale Malattie professionali	242	190	252	194	236	1.114	100,0

²¹ Con molta probabilità il dato riportato è sottostimato, in quanto le denunce provenienti dal settore sanitario rispondono a criteri diversi rispetto a quelli dell'ente assicurativo e pertanto presentano più casi che spesso non vengono ritenuti da indennizzare, anche se negli ultimi anni si sta verificando un allineamento tra i due settori nelle denunce.

2.5 L'approccio "salute – stagioni della vita"

Nel presentare ora lo stato di salute della popolazione della provincia di Trento, piuttosto che seguire esclusivamente il tradizionale approccio tematico per malattie oppure per problemi sanitari e di salute, si intende centrare prioritariamente il discorso sulla prospettiva nota come "stagioni del ciclo biologico di vita". Questa, infatti, permette di mantenere una costante attenzione sulle persone e si collega meglio, anche sul piano concettuale, al generale approccio di promozione della salute oggi consolidato.

La salute dei trentini è quindi valutata con riferimento a differenti gruppi di popolazione che vengono costituiti rispetto all'età e al genere.

Parallelamente, anche la fruizione dei servizi sanitari è ricondotta ai medesimi gruppi della comunità, ottenendo così un'analisi specifica e mirata all'insieme delle persone che presentano, potenzialmente o in essere, problematiche caratteristiche di una determinata fascia d'età.

Per ciascuna di queste fasce d'età sono quindi presentati, prima in scala generale e poi nel dettaglio – con riferimento all'anno 2008 – le cause e l'entità rispettivamente della mortalità e dei ricoveri ospedalieri.

Successivamente i ricoveri ospedalieri sono analizzati secondo la prospettiva dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG's – Diagnosis Related Groups) che, comprendendo anche altri aspetti oltre la specifica diagnosi relativa al problema di salute, tiene conto anche della risposta sanitaria erogata.

Seguendo l'approccio così definito, punto preliminare e centrale è scegliere quanti e quali periodi della vita prendere a riferimento: infatti, per ogni specifico intervallo d'età, le cause e gli effetti che incidono sullo stato di salute trovano, in una certa misura, origine e conseguenze nei periodi che precedono e che seguono.

In questa direzione, la popolazione trentina è articolata in sette gruppi:

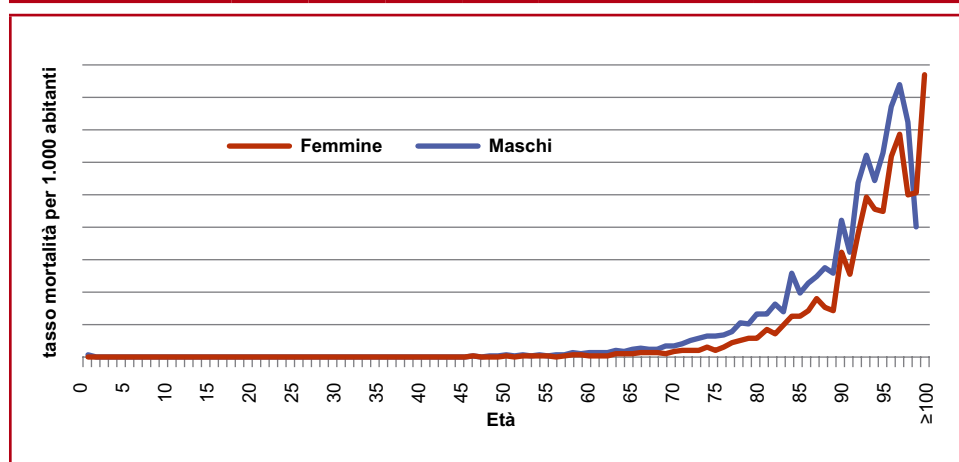
- ▶ primo anno di vita;
- ▶ infanzia e adolescenza – da 1 a 14 anni;
- ▶ giovani – da 15 a 24 anni;
- ▶ giovani adulti – da 25 a 49 anni;
- ▶ adulti – da 50 a 64 anni;
- ▶ anziani – da 65 a 74 anni;
- ▶ grandi anziani – 75 anni e oltre.

A quella che è spesso definita terza età sono dedicati due periodi – anziani e grandi anziani – distinguibili per le diverse implicazioni sia di salute che sociali: ciò al fine di sottolineare che l'invecchiamento della popolazione comporta oggi nel sistema socio-sanitario variazioni di contesto – non contingenti ma strutturali – che sono all'attenzione attraverso numerose iniziative tendenti ad attivare le potenziali risorse di cui gli anziani dispongono, nella convinzione di far loro esprimere un "differenziale di salute" che comporti anche una diversa interazione con il sistema sanitario e sociale.

Eseguita l'analisi di dettaglio dei 7 gruppi di popolazione identificati, si propone un riepilogo e un confronto dei medesimi rispetto ai parametri più indicativi: la Tabella 2.5.1 e il Grafico 2.5.1 rappresentano l'andamento del *tasso di mortalità ogni 1.000 residenti* ed evidenziano – in funzione dell'età e del genere – le peculiarità attese per classe di età sia con riguardo alla frequenza dei decessi che in ordine alla principale causa di morte.

TAB. 2.5.1 / GRAF. 2.5.1 Riepilogo e confronto dei 7 gruppi di popolazione. MORTALITÀ – Anno 2008

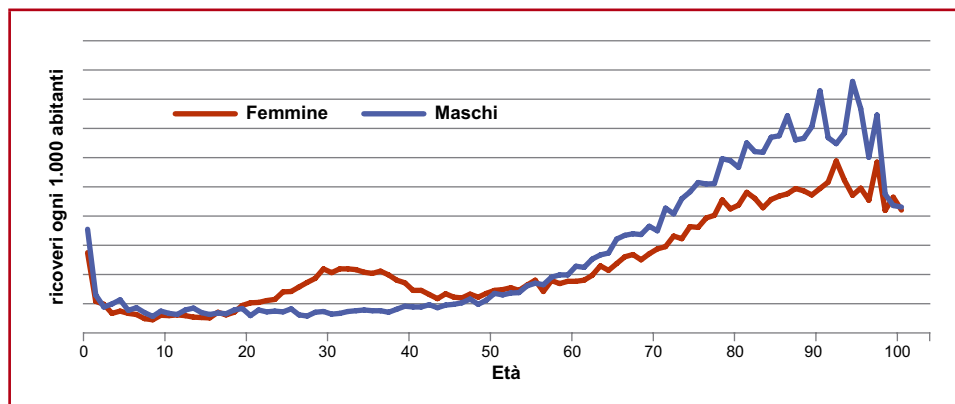
STAGIONI DI VITA	NUMERI DECESSI		TASSO SPECIFICO PER 1.000 abit.		CAUSA SPECIFICA DI MORTE PIÙ FREQUENTE 2008	
	2007	2008	2007	2008	Maschi	Femmine
Primo anno di vita	5	12	1,00	2,27	Enterocolite e Altre cause diverse	
Infanzia e adolescenza 1-14 anni	5	8	0,07	0,13	Cause diverse	
Giovani 15-24 anni	14	17	0,27	0,33	Traumatismi multipli non specificati	
Giovani adulti 25-49 anni	145	143	0,76	0,75	Fratture e Traumatismi vari	Tumori maligni della mammella
Adulti 50-64 anni	410	409	4,32	4,21	Tumore maligno dei bronchi e del polmone	
Anziani 65-74 anni	658	688	13,43	13,71	Infarto miocardico acuto e Tumore maligno dei bronchi e del polmone	Infarto miocardico acuto e Cardiopatia ischemica cronica
Grandi anziani 75 anni e oltre	3.330	3.332	67,96	67,09		
Totale	4.567	4.609	8,90	8,87		



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria PAT

TAB. 2.5.2 / GRAF. 2.5.2 Riepilogo e confronto dei 7 gruppi di popolazione. RICOVERI – Anno 2008

STAGIONI DI VITA	NUMERI RICOVERI		TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 abit.		DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE PIÙ FREQUENTE 2008	
	2007	2008	2007	2008	Maschi	Femmine
Primo anno di vita	1.509	1.657	297,1	313,1	Disturbi relativi a gestazione breve	
Infanzia e adolescenza 1-14 anni	5.387	5.283	73,4	71,0	Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi	
Giovani 15-24 anni	3.918	4.023	77,5	78,4	Lesioni interne del ginocchio	Parto completamente normale
Giovani adulti 25-49 anni	23.616	23.409	123,7	122,1		
Adulti 50-64 anni	17.576	17.158	184,2	176,5	Chemioterapia e altri trattamenti non specificati	
Anziani 65-74 anni	16.230	16.295	329,9	324,8	Cataratta	
Grandi anziani 75 anni e oltre	24.654	24.822	505,2	499,8		
Totale	92.890	92.647	180,9	178,2		



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria PAT

La Tabella 2.5.2 e il Grafico 2.5.2 rappresentano l'andamento del tasso di ospedalizzazione ogni 1.000 residenti²² ed evidenziano – in funzione dell'età e del genere – le peculiarità in termini di ricorso all'ospedalizzazione in determinati periodi della vita e, in particolare:

- un'elevata e crescente ospedalizzazione nel primo anno di vita per entrambi i generi che si ritiene attribuibile, da un lato all'aumento della complessità

²² Dal calcolo sono esclusi i neonati sani la cui presenza in ospedale evidentemente non rappresenta un evento di ricovero per patologia.

clinica legata alla presa in carico dei casi di gestazione breve e, d'altro lato, al ricorso all'ospedale anche a fronte di patologie che potrebbero essere affrontate dal pediatra di libera scelta o a livello ambulatoriale;

- ▶ una sostanziale stabilità nei ricoveri nei maschi dai 7 ai 50 anni;
- ▶ tassi di ospedalizzazione maschili sempre più elevati rispetto a quelli femminili, eccettuata – come atteso – la fascia di età che corrisponde alla fecondità femminile;
- ▶ un ricorso al ricovero ospedaliero a partire dai 50 anni di età, elevato ma stabilizzato.

Prendendo in considerazione – in funzione dell'età e del genere – il periodo 2004-2008 con riferimento all'ospedalizzazione (diagnosi alla dimissione più frequente) e alla mortalità (causa specifica di morte più frequente) non si registrano variazioni epidemiologicamente significative.

TAB. 2.5.3 Riepilogo e confronto dei parametri più significativi dei sette gruppi di popolazione. Numero dei Ricoveri e Tasso di ospedalizzazione – Anni 2004-2008

STAGIONI DI VITA	NUMERO DEI RICOVERI					TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE / 1.000 ABITANTI					DIAGNOSI DIMISSIONE PIÙ FREQUENTE	
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	Maschi	Femmine
Primo anno di vita	1.161	1.197	1.176	1.509	1.657	219,8	238,9	230,6	297,1	313,1	Disturbi relativi a gestazione breve	
Infanzia e adolescenza 1-14 anni	5.332	5.211	5.142	5.387	5.283	75,5	72,6	70,8	73,4	71,0	Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi	
Giovani 15-24 anni	3.874	3.714	3.848	3.918	4.023	79,9	76,0	77,8	77,5	78,4	Lesioni interne ginocchio	Parto completamente normale
Giovani adulti 25-49 anni	23.845	23.202	23.392	23.616	23.409	126,0	122,3	123,2	123,7	122,1		
Adulti 50-64 anni	17.662	17.338	17.138	17.576	17.158	192,2	187,0	182,6	184,2	176,5	Chemioterapia e altri non specificati trattamenti	
Anziani 65-74 anni	15.921	15.813	15.994	16.230	16.295	341,4	334,4	331,9	329,9	324,8	Cataratta	
Grandi anziani 75 anni e oltre	23.157	23.503	24.010	24.654	24.822	509,3	500,8	500,7	505,2	499,8		
TOTALE	90.952	89.978	90.700	92.890	92.647	182,8	179,1	177,5	180,94	178,2		

Parte II
Gestione ed efficienza
dei servizi sanitari

3

Il Servizio Sanitario Provinciale: struttura, organizzazione e spesa

3.1 L'assetto istituzionale e organizzativo del settore sanitario provinciale

La Provincia Autonoma di Trento è dotata di una speciale autonomia legislativa e amministrativa che la differenzia dalle altre regioni a statuto ordinario e che le garantisce la possibilità di gestire in modo autonomo anche il Servizio sanitario provinciale.

La riforma istituzione introdotta con la legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 ha conferito al Servizio sanitario provinciale l'assetto rappresentato nel Grafico 3.1.1.

Il Dipartimento politiche sanitarie assicura - attraverso le attività esercitate dai Servizi e uffici in esso incardinati - supporto alla Giunta provinciale per l'esercizio delle funzioni di *indirizzo, programmazione, finanziamento e controllo* assegnatele dalla legge.

GRAF. 3.1.1 Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale



La responsabilità di assicurare l'espletamento delle attività e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale proprie del Servizio sanitario provinciale è assegnata a un'unica Azienda sanitaria (Azienda provinciale per i servizi sanitari - APSS)¹.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari si articola in 13 distretti (Grafico 3.1.2), i cui ambiti territoriali coincidono con la suddivisione amministrativa degli 11 Comprensori, a eccezione di quello della "Valle dell'Adige", che è stato suddiviso in tre distretti sanitari denominati, rispettivamente, "Trento e Valle dei Laghi", "Valle di Cembra" e "Rotaliana-Paganella". I distretti sanitari comprendono un numero variabile di Comuni, che va dai 7 del distretto Ladino di Fassa ai 40 del distretto delle Giudicarie, nonché bacini demografici diversificati che vanno dai 9.630 abitanti del distretto di Fassa ai 172.894 abitanti del distretto Trento e Valle dei Laghi.

Da sempre il rapporto tra la Provincia e l'APSS è improntato a una piena e completa collaborazione nel rispetto delle reciproche competenze di indirizzo, programmazione, verifica e finanziamento in capo all'Assessorato competente e, rispettivamente, di gestione operativa riservata all'APSS: per la gestione dei rapporti è stato definito, negli anni, un articolato sistema di programmazione, valutazione e rendicontazione.

I servizi sanitari sul territorio provinciale sono erogati dalle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari per il 96%; il restante 4% dei servizi è assicurato da strutture esterne, pubbliche e private, accreditate².

¹ Nel momento storico di trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie, il legislatore nazionale ha scelto di introdurre il concetto di "azienda" per rimarcare la necessità che la programmazione, l'organizzazione e la gestione del servizio sanitario di dotassero di strumenti tipici delle aziende (piani strategici, contabilità economico-patrimoniale, controllo di gestione, valutazioni e modelli per la qualità): le indicazioni della Provincia autonoma di Trento nei confronti dell'APSS sono indirizzate a questo orientamento.

² L'approccio seguito nella stipula degli accordi contrattuali da parte dell'Azienda sanitaria è quello di negoziare con le strutture la fornitura all'utenza di prestazioni integrative di quelle che il servizio pubblico non riesce a produrre, in una logica di servizio in "rete".

STRUTTURE ACCREDITATE PER TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ	N.
Attività ospedaliera di degenza	7
Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA	52
Residenze Sanitarie Assistenziali - a sede Ospedaliera	3
Attività specialistica	12
Istituti o centri di riabilitazione	6
Attività termale	7
Strutture per tossicodipendenti	3
Strutture per anoressia e bulimia	1
Totale	93

Per favorire la visione unitaria dell'offerta di prestazioni a disposizione dei pazienti, tutte le agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture accreditate per conto dell'APSS sono inserite nel sistema aziendale di prenotazione (CUP). Sul versante dell'accesso alle prestazioni

GRAF. 3.1.2 APSS: i Distretti sanitari



Tramite l'accreditamento di strutture già autorizzate all'esercizio, la Provincia ammette le strutture con determinati standard di qualità a operare per conto del Servizio sanitario provinciale e, con le stesse, l'Azienda intrattiene specifici rapporti contrattuali³ (definendo le tipologie qualitative e quantitative del servizio) improntando la propria relazione con dette strutture alla cooperazione e non alla competizione rendendo possibile, in questo modo, lo sviluppo integrato - dei processi d'assistenza e tecnico-amministrativi - necessario alla sostenibilità e al potenziamento del Servizio sanitario provinciale.

ospedaliera particolare attenzione è stata posta al tema dell'appropriatezza delle prestazioni richiedendo alle strutture accreditate, coerentemente con lo sforzo fatto dalle strutture aziendali, di ridurre ulteriormente i ricoveri relativi ai DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" compresi nell'elenco allegato al decreto sui LEA; sono stati stabiliti specifici protocolli riabilitativi per "governare" i percorsi assistenziali effettuati dai pazienti tra le diverse strutture sanitarie e sono proseguiti i controlli sulla appropriatezza e regolarità delle prestazioni fatturate.

³ Cfr. specifico paragrafo nella Parte III della presente Relazione.

3.2 I livelli di assistenza sanitaria

Sulla base dell'esigenza di contrastare l'espansione della domanda di prestazioni improprie e per contenere la spesa entro limiti sostenibili, i sistemi sanitari pubblici europei hanno dedicato, negli anni più recenti, crescente attenzione agli aspetti inerenti l'efficacia delle prestazioni e l'appropriatezza clinica, organizzativa e relazionale.

Nell'ambito della sanità italiana, la più recente normativa - nel prevedere maggiori deleghe alle Regioni a livello programmatico e finanziario - ha sollecitato l'identificazione dei *Livelli essenziali di assistenza* (LEA) come ambiti di attività ritenuti essenziali per i cittadini e che, per questa ragione, devono essere garantiti a tutti senza distinzioni, costituendo *l'ambito delle garanzie che il Servizio sanitario nazionale si impegna ad assicurare a tutta la popolazione* in condizioni di uniformità e, quindi, in ogni regione e in ogni azienda sanitaria, indipendentemente dalle scelte operate sull'organizzazione dei servizi.

I LEA danno corpo al "diritto alla salute" per tutti i cittadini e possono anche essere definiti come gli *ambiti di attività sanitaria* (ospedaliera, specialistica, farmaceutica, socio-sanitaria, ecc.) *che una società*, in relazione al proprio livello socio-economico e culturale, *intende garantire alla popolazione di riferimento*; detti livelli essenziali di assistenza vanno altresì modificati in relazione alle nuove esigenze della società e all'evoluzione scientifica e tecnologica.

Il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, modificando il Decreto legislativo n. 502/1992, ha ripreso i contenuti del Piano sanitario nazionale 1998-2000⁴ e ha sancito alcuni importanti principi:

- ▶ il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge n. 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità di accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- ▶ l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate

⁴ Approvato con D.P.R. 23 luglio 1998, ha previsto tre macro livelli di assistenza:

- assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (riguarda le attività di prevenzione anche con programmi intersettoriali di intervento, le attività di screening, l'educazione sanitaria, le attività volte a promuovere comportamenti e stili di vita per la salute);
- assistenza distrettuale (raggruppa tutte le prestazioni sanitarie che vengono erogate sul territorio: prestazioni domiciliari, ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali);
- assistenza ospedaliera (riguarda le attività erogate dagli ospedali sia in ricovero ordinario che in day hospital o in day surgery).

al Servizio sanitario. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;

- ▶ sono posti a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate;
- ▶ sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi prestati e le prestazioni sanitarie che:
 - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale;
 - non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
 - non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001⁵, con cui è stata approvata la "Definizione dei livelli essenziali di assistenza":

- ▶ esclude totalmente o parzialmente dai livelli essenziali di assistenza una parte di prestazioni in quanto:
 - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del servizio sanitario nazionale (art. 1, comma 2, decreto legislativo n. 502/1992);
 - non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili ovvero la loro utilizzazione è rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
 - in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza.

⁵ Pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002 a seguito dell'Accordo di definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito in data 22 novembre 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

- ▶ classifica i livelli essenziali di assistenza in macro aree;
- ▶ effettua una ricognizione della normativa vigente indicando le prestazioni erogabili;
- ▶ descrive per le prestazioni erogabili dell'area di integrazione socio-sanitaria la percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale;
- ▶ individua le prestazioni totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza;
- ▶ descrive le prestazioni erogabili secondo precise indicazioni cliniche e pertanto parzialmente escluse dai livelli essenziali di assistenza e alcune prestazioni che possono presentare un profilo organizzativo inappropriato;
- ▶ fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli, presenta una serie di indicatori e alcune linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di livelli essenziali di assistenza.

In questo quadro generale di riferimento, la Giunta provinciale ha provveduto, con propria deliberazione n. 3276 di data 23 dicembre 2002, a definire i livelli d'assistenza sanitaria individuando, in particolare:

- ▶ i *livelli essenziali di assistenza*, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, recependo - con specifiche eccezioni e precisazioni contenute in apposite linee guida - i livelli individuati dal D.P.C.M. 29 novembre 2001;
- ▶ i *livelli aggiuntivi di assistenza*, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti in provincia di Trento, come stabiliti dalla normativa provinciale, dai provvedimenti amministrativi adottati in esecuzione della stessa e dagli atti di programmazione sanitaria provinciale generali e specifici.

In quest'operazione di riesame e nuova determinazione degli ambiti della tutela sanitaria, la Giunta provinciale ha inoltre stabilito:

- ▶ di rinviare a successivi provvedimenti ogni altra determinazione che si rendesse necessaria in relazione alla dinamicità sottesa al concetto stesso di "livelli essenziali di assistenza";
- ▶ di continuare secondo le modalità in essere le prestazioni relative ad alcuni specifici ambiti assistenziali, inserendo esplicitamente tra questi l'area della prevenzione, l'attività consultoriale, l'assistenza odontoiatrica, l'handicap e il trasporto infermi e rinviando a successivi provvedimenti, per la necessità di ulteriori e specifici approfondimenti e analisi, la revisione organica di detti settori e la conseguente determinazione dei relativi livelli di assistenza.

Specifici approfondimenti sono stati realizzati con riferimento alla ridefinizione dell'attività dei consultori (singolo, coppia e famiglia) al fine di meglio orientarli a beneficio delle nuove e complesse esigenze d'assistenza delle specifiche categorie d'utenti. Anche l'ambito della psicologia clinica è stato recentemente oggetto d'analisi e ridefinizione dei LEA specifici.

Con riguardo all'ambito dell'assistenza odontoiatrica va segnalato che:

- ▶ la *Giunta provinciale*:
 - ha definito i relativi livelli di assistenza essenziali e aggiuntivi, attraverso la deliberazione n. 1788 di data 6 agosto 2004, successivamente modificata con deliberazione n. 436/2006;
 - ha regolamentato ulteriormente il settore, sulla base delle criticità rilevate in fase di implementazione del nuovo sistema di erogazione, tramite la deliberazione n. 1059/2007 che - oltre ad apportare le modifiche di carattere tecnico-sanitario volte a chiarire e semplificare le modalità di individuazione dei soggetti aventi diritto alle prestazioni - ha disposto l'estensione, valutata opportuna e fattibile sul piano organizzativo e finanziario, alla popolazione di età compresa tra i 18 e i 69 anni, dell'erogazione delle prestazioni diagnostiche curative già previste per la prevenzione secondaria dei soggetti in età evolutiva nonché l'assistenza igienico/profilattica, individuando il riferimento reddituale come criterio d'accesso all'assistenza odontoiatrica e considerando quale discriminante per la fruizione delle prestazioni in parola l'appartenenza del soggetto beneficiario della prestazione a un nucleo familiare con un indice ICEF inferiore a 0,020 secondo le modalità approvate con la deliberazione della Giunta provinciale n. 1060/2007;
- ▶ il *Consiglio provinciale*
 - su iniziativa della Giunta, ha approvato la *legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 - "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento"*: il Dipartimento Politiche sanitarie (Servizio Economia e programmazione sanitaria) - in collaborazione con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e con le Rappresentanze dell'Ordine dei medici e chirurghi della Provincia di Trento (Commissione CAO), degli Odontoiatri, degli Odontotecnici, degli Igienisti dentali e degli Studi privati convenzionati con il Servizio sanitario provinciale - ha curato l'istruttoria tecnica per la valutazione e la determinazione degli elementi richiesti per l'attuazione della legge provinciale n. 22/2007 provvedendo a definire le *Direttive attuative della legge provinciale n. 22/2007 per l'anno 2008* (deliberazione della Giunta provinciale n. 1886/2008) e *per l'anno 2009* (deliberazione della Giunta provinciale n. 1585/2009); sulla base delle evidenze del periodo sperimentale, saranno individuate le modalità atte a migliorare la sinergia pubblico/privato - per l'effettiva attuazione del livello di assistenza odontoiatrica pubblica in provincia di Trento - e definite le *Direttive applicative della legge provinciale n. 22/2007 per l'anno 2010* che dovranno costituire la base sulla quale sarà valutata l'efficacia dell'assetto organizzativo complessivamente predisposto per l'attuazione della legge provinciale n. 22/2007, anche al fine di proporre eventuali modificazioni e/o integrazioni.

Va, peraltro segnalato che, nella realtà provinciale, accanto ai livelli d'assistenza sopra riportati, risultano erogate ulteriori prestazioni sanitarie aggiuntive⁶ ai sensi di quanto disposto all'articolo 68 della legge provinciale 11 settembre 1998, n. 10 in base al quale la Giunta provinciale, annualmente, disciplina condizioni, limiti e modalità di accesso, nonché l'eventuale compartecipazione degli assistiti alla spesa, per la serie di prestazioni minori relative a:

► *Concorsi nelle spese:*

- per l'acquisto di prodotti dietetici, integratori alimentari e agenti chelanti
- per l'effettuazione di cure fitobalneoterapiche
- per l'effettuazione del trattamento riabilitativo secondo il metodo "Doman"
- per prestazioni rese ai soggetti affetti da "miopatia metabolica"
- per l'effettuazione del "parto a domicilio"
- per l'effettuazione della "ossigenoterapia domiciliare a lungo termine"
- per percorsi riabilitativi a favore di soggetti affetti da "autismo, psicosi infantile o paralisi cerebrale infantile"
- per l'effettuazione di prestazioni a carattere fisioterapico al domicilio dei soggetti affetti da "fibrosi cistica o da displasia ectodermica"
- per le prestazioni di controllo e programmazione dei "pace-maker"
- a invalidi in occasione di cure termali, per l'effettuazione di cure climatiche, per l'effettuazione di soggiorni terapeutici.

► *Forniture:*

- di prodotti galenici magistrali e galenici magistrali con significato terapeutico essenziale
- di prodotti per interventi riabilitativi degli ustionati
- di prodotti di medicazione e dispositivi medici per la cura e riabilitazione a domicilio di soggetti affetti da gravi patologie
- di protesi, presidi e ausili sanitari non previsti dal vigente nomenclatore tariffario delle protesi ed eventuale riparazione
- di vaccini iposensibilizzanti
- servizio di alimentazione artificiale a domicilio e fornitura dei relativi prodotti e attrezzature.

Va ancora rilevato che i livelli d'assistenza richiedono di essere modificati riguardo a nuove esigenze della collettività e dei singoli, nonché all'evoluzione scientifica e tecnologica, e che, pertanto, si dovrà proseguire nel processo di "monitoraggio" e, conseguentemente di "manutenzione"⁷ dei livelli stessi nell'ottica di rispondere

⁶ Cfr. specifico paragrafo nella Parte III della presente Relazione.

⁷ Dal luglio 2004 è attiva, presso il Ministero della Salute, la "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza" che, oltre a garantire una rappresentanza istituzionale, è composta in modo da assicurare la presenza di competenze ed esperienze specifiche, per lo più tecniche (medici, epidemiologi, ingegneri, economisti sanitari) nei diversi settori dell'assistenza sanitaria. La legge istitutiva assegna a detta Commissione il mandato di "valutare

in maniera continuativa ai principi di efficacia e appropriatezza delle prestazioni e di sostenibilità del sistema.

i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei LEA in relazione alle risorse definite". La Commissione ha definito un "percorso metodologico" – che si concretizza in una successione di domande - sulla base dei criteri indicati dal decreto legislativo n. 229/1999 (necessità assistenziale, efficacia, appropriatezza clinica, uso efficiente delle risorse) ma esaminando anche diversi altri aspetti, relativi a questioni di grande complessità, proponendo una riflessione sul loro significato e sulle loro implicazioni prima di assumere decisioni influenti sulla vita e sulla salute delle persone e sugli equilibri economico-finanziari del sistema.

Il percorso metodologico adottato dalla Commissione intende esplicitare una logica della valutazione – rendendo trasparenti i motivi sottostanti le decisioni assunte - individuando le Domande Fondamentali che è necessario porsi quando si formulano proposte di inclusione e/o di esclusione di prestazioni nei LEA:

1. È una prestazione sanitaria PERTINENTE con i fini del SSN e volta ad influire sulle condizioni di salute dei cittadini?
2. È una prestazione che si pone in evidente contrasto con i fondamentali PRINCIPI ETICI della nostra società?
3. Esistono prove di documentata EFFICACIA della prestazione?
4. Esistono prove di INEFFICACIA della prestazione?
5. Vi è una forte DOMANDA da parte DEI CITTADINI per l'inserimento nei LEA della prestazione?
6. Esiste una DOMANDA professionalmente qualificata e motivata da parte DEGLI OPERATORI per l'inserimento nei LEA della prestazione?
7. La prestazione arreca un SIGNIFICATIVO BENEFICIO in termini di miglioramento della salute?
8. L'inserimento della prestazione è essenziale per garantire EQUITÀ o per ridurre importanti disuguaglianze tra i cittadini?
9. Il COSTO della prestazione è talmente modesto da risultare facilmente sostenibile dalla generalità o stragrande maggioranza della popolazione?
10. L'inserimento della prestazione nei LEA determina una SPESA RILEVANTE rispetto alle attuali disponibilità finanziarie del SSN?
11. I benefici prodotti dalla prestazione compensano i costi che il sistema deve sostenere?
12. L'utilità complessiva che può derivare dall'inserimento della prestazione è superiore all'utilità di tutte le prestazioni inserite attualmente nei LEA?

Per dare risposta alle domande formulate, la Commissione indica come strada maestra quella della LETTERATURA SCIENTIFICA; nei casi in cui la stessa non fornisca evidenze sufficienti, si devono attivare INDAGINI AD HOC e, soprattutto in considerazione del fattore tempo, la collaborazione con ORGANISMI, ISTITUTI OD ENTI ISTITUZIONALMENTE COMPETENTI in ambiti specifici nonché le audizioni di ESPERTI di settore.

3.3 L'offerta sanitaria

Le attività e le prestazioni che il Servizio sanitario provinciale garantisce – attraverso un'interazione funzionale di strutture, risorse e professionisti – possono essere ricondotte ai seguenti tre livelli:

- ▶ 1° LIVELLO – *Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro*, che comprende:
 - promozione e educazione alla salute
 - profilassi delle malattie infettive e parassitarie
 - attività di prevenzione rivolte alla persona – vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate), programmi di diagnosi precoce (screening)
 - tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
 - tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
 - sanità pubblica veterinaria
 - tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
 - attività di valutazione e di certificazione medico-legale.
- ▶ 2° LIVELLO – *Assistenza distrettuale*, che comprende:
 - assistenza sanitaria di base
 - attività di emergenza sanitaria territoriale
 - assistenza farmaceutica erogata dalle farmacie territoriali
 - assistenza specialistica ambulatoriale
 - assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
 - assistenza integrativa
 - assistenza protesica
 - assistenza termale.
- ▶ 3° LIVELLO – *Assistenza ospedaliera*, che comprende:
 - assistenza per acuti, in regime di degenza ordinaria e diurna
 - attività di pronto soccorso (emergenza e urgenza)
 - riabilitazione
 - lungodegenza
 - servizio trasfusionale
 - attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti.

3.3.1 PRIMO LIVELLO: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

Questo livello d'assistenza riguarda *tutte le attività di assistenza collettiva a favore dei cittadini* – svolte dalla Direzione Igiene e Sanità Pubblica tramite le Unità operative direttamente afferenti alla Direzione attraverso i singoli settori

igiene afferenti alle unità operative distrettuali (U.O.A.P.) – e, in particolare, *le attività di prevenzione (collettiva e dei singoli) delle malattie e delle disabilità e di generale miglioramento della qualità della salute e della vita*, attraverso la rimozione delle cause e dei fattori di rischio per la salute umana presenti nei vari contesti ambientali in cui si svolge la vita del singolo e della comunità.

L'attività di igiene e sanità pubblica – la cui azione è diretta all'individuazione e alla rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale – si esplica in una serie di attività eterogenee, svolte prevalentemente a livello territoriale ed è collocabile nei settori funzionali di seguito descritti per ciascuno dei quali viene riportata l'attività più significativa e caratteristica realizzata nel corso del 2008:

► *Igiene e Sanità Pubblica*

Nel 2008, sono stati fatti 161.219 *interventi vaccinali*⁸: la copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti d'età ≥ 65 anni è aumentata di oltre 3 punti percentuali (dal 50,8% del 2001, al 57,8 del 2003, al 58,8 del 2004, al 68,2 del 2005, al 67,5 del 2006, al 64,5 del 2007 e al 67,8 del 2008⁹); la copertura dell'antimorbillosa a 24 mesi di vita è aumentata di 1 punto percentuale (dal 70,0% del 2001, al 80,3 del 2004, al 81,3 del 2005, al 85,9 del 2006, al 87,7 del 2007 e al 88,8 del 2008) anche se con differenze fra ambiti territoriali; la copertura dell'*antihaemophilus influenzae* a 24 mesi di

TAB. 3.3.1 Igiene e Sanità Pubblica. Attività – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Vaccinazioni	108.614	106.402	102.104	257.665	264.181	265.846	161.219
Attività certificativa	72.485	49.455	49.868	49.954	48.225	47.121	42.832
Medicina necroscopica	5.091	4.957	4.453	4.264	4.388	4.171	3.729
Edilizia	9.945	10.146	9.914	4.690	2.649	3.020	2.693
Alimenti e bevande	10.730	8.944	6.288	5.989	5.560	4.066	8.181

⁸ Va segnalato che, col 2005, la rilevazione ha disaggregato le dosi del singolo vaccino, anche se la somministrazione avveniva tramite vaccino polivalente (in altri termini, in precedenza 1 fiala contenente più vaccini veniva conteggiata come unica vaccinazione). La riduzione del numero di dosi di vaccino somministrato nel 2008 è dovuta al cambiamento nelle modalità di conteggio delle singole componenti (Difterite/Tetano/Pertosse DTP=1 dose, e non 3 dosi come conteggiato negli anni precedenti).

Gli indicatori di copertura per le vaccinazioni dell'infanzia esprimono il tasso percentuale di bambini che hanno completato il ciclo vaccinale previsto entro il compimento dei 24 mesi nell'anno di riferimento (2007). La copertura vaccinale nei confronti dell'*Haemophilus Influenzae*; essa è piuttosto omogenea nell'ambito del territorio provinciale.

⁹ Si ritiene che il calo del 2007 sia dipeso dal venir meno della problematica "influenza aviaria" che aveva favorito la sensibilizzazione anche nei confronti della vaccinazione antinfluenzale; la copertura è abbastanza omogenea nell'ambito del territorio provinciale.

vita è lievemente diminuita (dal 76,6% del 2001, al 92,8 del 2003, al 94,0 del 2004, al 93,6 del 2005, al 94,7 del 2006, al 95,3 del 2007 e al 94,6 del 2008). L'attività certificativa ha prodotto 42.832 atti, la medicina necroscopica 3.729 interventi e l'attività di igiene edilizia¹⁰ 2.693 interventi: tutte e tre queste dimensioni sono in diminuzione rispetto al 2007; gli interventi per l'igiene degli alimenti e delle bevande¹¹ sono stati 8.181, quasi il doppio dell'anno 2007 (4.066);

► *Prevenzione ambientale*

Nel 2008 sono stati fatti 1.226 campionamenti delle acque potabili¹², 709 sono stati i campionamenti delle acque di balneazione¹³ e 806 le azioni di disinfezione-disinfestazione;

► *Prevenzione infortuni, Sicurezza e Medicina del lavoro*

Nel 2008 sono state fatte 2.404 verifiche periodiche da competenze ex ENPI¹⁴ ed ex ANCC, 254 inchieste infortuni su delega delle procure della repubblica, 998 sopralluoghi di vigilanza su cantieri edili¹⁵, 1.844 sopralluoghi a carattere

¹⁰ I volumi d'attività nel settore dell'igiene edilizia sembrano essersi stabilizzati nel corso del 2007 dopo la netta diminuzione verificatasi negli anni precedenti conseguentemente alla modifica normativa che non richiede più l'obbligatorietà del parere igienico-sanitario per ogni autorizzazione alla costruzione, ma solo in taluni casi. I valori rilevati dovrebbero costituire pertanto il consolidamento dei volumi di attività che le leggi vigenti richiedono in questo settore.

¹¹ Nel 2006 ha preso avvio l'applicazione dei "Regolamenti Comunitari", il cosiddetto "Pacchetto igiene", che ha modificato considerevolmente lo scenario della legislazione inerente la produzione e la commercializzazione degli alimenti e delle bevande. La conseguente ritaratura delle attività di vigilanza nel corso dell'esercizio 2006 e soprattutto del 2007, ha comportato un approccio al controllo delle imprese alimentari basato sulla "analisi del rischio" (controlli e verifiche sia ispettive sia di campionamento indirizzati verso aree, settori o alimenti che possono costituire i pericoli maggiori per la salute del consumatore); le attività sono state più mirate e svolte con criteri e modalità diverse rispetto al passato: maggiore coinvolgimento, collaborazione e responsabilizzazione degli alimentaristi; controllo della filiera piuttosto che solo di alcune fasi; maggiore spazio alle attività formative, ecc.. Tale approccio ha comportato un numero di controlli leggermente inferiore rispetto al passato, ma più impegnativi (perché qualitativamente più completi) e con enfasi nettamente accentuata sugli aspetti formativi e di assistenza agli alimentaristi. Anche nel 2007, in attesa dell'approvazione da parte della Giunta provinciale del Piano provinciale per la Sicurezza alimentare, la Direzione Igiene e Sanità Pubblica ha predisposto un Piano annuale per la sicurezza alimentare, frutto della collaborazione di tutte le Unità Operative interessate, che ha consentito di svolgere le attività in modo efficace secondo priorità e criteri chiari ed espliciti.

¹² Le sensibili differenze dipendono dalla messa a regime, a cura degli enti gestori degli acquedotti, dell'attività di "autocontrollo" per la sicurezza delle acque potabili loro assegnata dal Dlgs n. 31/2001; i dati provenienti dall'autocontrollo da parte degli enti gestori degli acquedotti hanno consentito di diminuire il numero complessivo dei controlli sulle acque potabili da parte dell'APSS e di concentrare l'attenzione laddove i dati avessero evidenziato possibili problematicità e/o criticità.

¹³ Il controllo delle acque di balneazione è stato assicurato in maniera completa e puntuale anche se i dati di attività evidenziano una diminuzione dei campionamenti rispetto al 2006.

¹⁴ La diminuzione delle verifiche è dovuta sia alla dismissione di gran parte dei controlli degli ascensori (ora verificabili da enti privati) sia alla maggiore attività dei tecnici nelle inchieste infortuni e nella vigilanza sui cantieri edili.

¹⁵ Questo indicatore evidenzia valori maggiori rispetto al 2007 nonostante le nuove e più approfondite

TAB. 3.3.2 Prevenzione ambientale. Attività – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Campionamenti acque potabili	2.909	2.343	1.307	2.610	1.706	1.274	1.226
Campionamenti acque balneazione	1.071	1.241	1.254	1.950	1.124	846	709
Disinfezione e disinfezzazione	595	771	745	710	754	846	806

TAB. 3.3.3 Prevenzione infortuni, sicurezza e medicina del lavoro. Attività – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Verifiche periodiche da competenze ex ENPI ed ex ANCC	3.787	4.152	4.389	3.795	3.558	2.979	2.404
Inchieste infortuni su delega delle procure della repubblica	179	182	232	234	217	238	254
Sopralluoghi di vigilanza su cantieri edili	1.064	864	737	407	490	617	998
Sopralluoghi a carattere ispettivo in ambienti di lavoro	1.585	1.505	2.083	1.509	1.610	1.566	1.844
Inchieste per malattie professionali	329	389	304	179	159	257	264
Iniziative di informazione	115	135	255	200	637	377	400
Corsi di formazione	35	19	33	26	45	30	66

ispettivo in ambienti di lavoro, 264 inchieste per malattie professionali¹⁶, 400 iniziative di informazione e 66 corsi di formazione¹⁷;

► *Igiene e sanità pubblica veterinaria*

Nell'anno 2008¹⁸, sono stati controllati con prove ufficiali per brucellosi bovina 34.571 capi; sono stati controllati 1.455 registri di carico/scarico; sono state sottoposte a ispezione post-mortem 81.268 carcasse¹⁹; sono stati prelevati

metodologie d'ispezione basate sul controllo di 12 fattori prioritari nell'accadimento degli infortuni gravi o mortali nei cantieri mobili o temporanei.

¹⁶ Riferito unicamente a richieste esterne (polizia giudiziaria).

¹⁷ Il numero di "corsi di formazione" appare notevolmente aumentato rispetto al 2006, in quanto gli aspetti formativi (unitamente a quelli informativi) hanno una collocazione prioritaria fra le attività della struttura. Il dato va interpretato in modo positivo come indice di perseguimento degli obiettivi strategici aziendali, che tendono alla maggiore valorizzazione della promozione della salute e della prevenzione primaria, tramite la formazione, l'informazione, l'assistenza alle imprese, i controlli ispettivi mirati ed accurati, ecc., piuttosto che alla effettuazione di attività che si limitino esclusivamente a rincorrere gli eventi negativi tramite azioni di repressione.

¹⁸ Cfr. nota 11.

¹⁹ Il forte aumento degli esami dei capi macellati è legato all'entrata in attività, dal 2007, di una nuova impresa nell'area della Valsugana.

1.012 campioni di midollo per test rapido BSE²⁰; sono state sottoposte ad audit rispetto al piano di autogestione igienico-sanitaria ai sensi del REG. CE 882/2004, 165 aziende/strutture²¹;

► *Laboratorio d'igiene, epidemiologia e sanità pubblica (L.I.E.S.P.)*²²

Nel 2008 sono state fatte 44.908 determinazioni di tossicologia umana²³, 3.723 determinazioni analitiche su alimenti ufficiali, 138 determinazioni analitiche di tossicologia ambientale, 974 determinazioni analitiche relative ad acque superficiali, 1.542 determinazioni analitiche relative ad acque di balneazione e 3.298 determinazioni analitiche relative ad acque potabili;

► *Medicina legale*²⁴

Nel 2008, gli accertamenti medico-legali delle minorazioni dipendenti da cause civili sono stati 9.965, gli accertamenti medico-legali in capo alla Commissione medico-legale per le patenti di guida sono stati 6.990 e gli altri accertamenti di varia natura, incluse le consulenze, 1.245.

Va altresì segnalato che, seguendo l'approccio EFQM, con riferimento all'erogazione del *LEA assistenza collettiva* sono state realizzate, nel 2008, numerose

²⁰ Si è verificato un decremento del numero di soggetti per i quali la norma prevede l'effettuazione del test per la diagnosi di BSE (previsto sugli animali morti nell'allevamento), in quanto le nuove norme relative al benessere animale vietano il trasporto di animali bovini in decubito e questo induce alla macellazione preventiva rispetto alla probabile morte in azienda dell'animale.

²¹ Con l'entrata in vigore del Reg 853/2004, in uno stesso stabilimento diverse attività hanno un unico "approval number" con conseguente accorpamento.

²² La fluttuazione dei dati di consuntivo deve essere ricondotta alla funzione del Laboratorio che rappresenta una struttura che fornisce servizi e la cui programmazione - delle quantità (e quindi l'output) delle attività da svolgere - non può essere autonoma, ma è ricondotta nella più generale programmazione delle attività delle Strutture afferenti (nella fattispecie le Unità Operative della Direzione Igiene e Sanità Pubblica, il Servizio Tossicodipendenze, i Distretti, nonché l'Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente); le variazioni considerarsi "fisiologiche" e dipendenti dalle richieste che pervengono al L.I.E.S.P. Rispetto a quanto avveniva in precedenza, a partire dall'esercizio 2007, i dati sono stati ripuliti da tutte quelle indagini analitiche effettuate per i controlli di qualità, per i controlli interni, per le ripetizioni per i quali è stata creata una nuova voce nel Sistema Informativo.

²³ Le "determinazioni di tossicologia umana (sostanze d'abuso)" presentano negli ultimi anni un trend in costante crescita, dovuto essenzialmente all'aumento delle richieste da parte del Ser.T. e dell'Unità operativa di Medicina Legale.

²⁴ Le attività relative "agli accertamenti medico-legali delle minorazioni dipendenti da cause civili" ed agli "accertamenti medico-legali in capo alla Commissione Medica Locale per le patenti di guida" sono svolte per la gran parte dall'U.O. Medicina Legale ed in parte minore dai medici igienisti delle Unità Operative di Assistenza Primaria dei distretti. I dati d'attività evidenziano un trend in costante aumento in quanto riflettono un aumento della domanda da parte dell'utenza. Tali prestazioni sono attività istituzionali che devono essere fatte obbligatoriamente e che, a norma di legge, devono essere erogate entro periodi di tempo prestabiliti non consentendo, pertanto, un "governo della domanda" da parte delle strutture coinvolte. Il lavoro svolto dall'U.O. supportato anche dallo sforzo da parte dell'Amministrazione di dotarla di un numero ottimale di personale idoneo, ha consentito, nel corso degli ultimi anni, di abbassare i tempi di attesa al di sotto di quelli stabiliti per legge, nonostante il costante aumento della domanda.

TAB. 3.3.4 Igiene e Sanità Pubblica veterinaria. Attività – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prove ufficiali per brucellosi bovina	40.350	40.533	36.335	34.788	34.012	34.242	34.571
Registri di carico/scarico	1.726	1.660	1.586	1.567	1.471	1.494	1.455
Ispezione post-mortem carcasse	29.381	31.856	37.681	38.093	45.148	66.199	81.268
Campioni di midollo per test rapido BSE	2.445	2.638	2.742	2.080	2.071	1.072	1.012
Audit aziende su piano di autogestione igienico-sanitaria (REG. CE 882/2004)	302	234	223	272	220	214	165

TAB. 3.3.5 Laboratorio d'igiene, epidemiologia e sanità pubblica. Attività – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ: Determinazioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tossicologia umana	32.942	35.119	37.837	38.268	38.689	44.077	44.908
Analitiche su alimenti ufficiali	2.628	2.590	3.807	3.206	2.754	2.941	3.723
Analitiche tossicologia ambientale	511	1.034	1.299	853	362	262	138
Analitiche acque superficiali		1.374	1.601	1.457	1.386	1.153	974
Analitiche acque balneazione		2.497	2.783	2.124	1.998	2.000	1.542
Analitiche acque potabili		7.586	4.453	4.960	3.535	2.979	3.298

TAB. 3.3.6 Medicina Legale. Attività – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ: Accertamenti medico-legali	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Minorazioni dipendenti da cause civili	n.d.	2003	8.072	7.848	8.161	7.988	9.965
Commissione medico-legale patenti guida	4.442	5.453	5.992	6.514	6.779	7.178	6.990
Varia natura, incluse le consulenze	1.041	919	917	1.119	1.091	999	1.245

attività per la profilassi delle malattie infettive e parassitarie e della tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali.

La partecipazione alle azioni di miglioramento delle Unità Operative interfacciate con il Laboratorio di Sanità Pubblica (U.O. Igiene Pubblica e U.O. Prevenzione Ambientale) ha permesso di intraprendere un percorso di miglioramento della qualità dei processi lavorativi analizzati e di migliorare la definizione di alcuni aspetti del documento *“Politiche della Direzione Igiene e Sanità Pubblica”* nell’ambito del Piano aziendale di sviluppo strategico 2005-2009 (sono state meglio definite e proceduralizzate le attività formative e quelle di comunicazione delle strutture afferenti).

Il livello assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ha assorbito nel corso dell'anno 2008 una spesa di 33.724.000 euro (nel 2007=32.838.000 – nel 2006 =32.387.000 – nel 2005 =33.173.000 – nel 2004=30.701.000 – nel 2003 =29.480.000 – nel 2002=31.451.000 – nel 2001=25.567.000).

La spesa assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 3,09% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008 (nel 2007=3,12- nel 2006=3,23 – nel 2005=3,47 – nel 2004= 3,37 – nel 2003=3,3 – nel 2002=3,7 – nel 2001=3,2).

3.3.2 SECONDO LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE

Questo livello d'assistenza gestisce in modo integrato *tutte le attività di assistenza sanitaria territoriale* a favore dei cittadini

I 396 *medici di medicina generale* (nel 2007= 399 – nel 2006=391 – nel 2005=395 – 2004=390 – 2003=378 – 2002=374 – 2001=365) e gli 80 *pediatri di libera scelta* (nel 2007=79 – nel 2006=81 – nel 2005=81 – 2004=78 – 2003=77 – 2002=72 – 2001=69) operanti in ambito provinciale coprono in modo uniforme il territorio della provincia. Ciascun medico di medicina generale operante in provincia di Trento, ha in carico, mediamente, 1.111 assistiti in età ≥ 14 anni (nel 2007=1.089 – nel 2006=1.117 – nel 2005=1.080 – 2004=1.095 – 2003=1.097 – 2002=1.109 – 2001=1.123). Ciascun pediatra di libera scelta operante in provincia di Trento ha mediamente in carico 919 assistiti in età < 14 anni (nel 2007=919 – nel 2006=878 – nel 2005=769 – 2004=910 – 2003=904 – 2002=951 – 2001=975). Ciascuno dei 32 *punti di guardia medica* attivi in provincia di Trento ha mediamente un bacino d'utenza di 3.312 residenti (nel 2007=3.114 – nel 2006=3.115 – nel 2005=3.129 – 2004=3.034 – 2003=3.068). Il *Servizio di continuità assistenziale* (163 medici, di cui 63 medici titolari e 100 sostituti) ha prodotto l'attività descritta nel Grafico 3.3.1.

Il *Servizio di guardia turistica* (erogato da medici incaricati e da medici di assistenza primaria che hanno dato la loro disponibilità) si è caratterizzato per 1.430 giornate di apertura del servizio (estate 779, inverno 651), 2.621 visite domiciliari (estate 1.612, inverno 1.009), 9.071 visite ambulatoriali (estate 6.362, inverno 2.709).

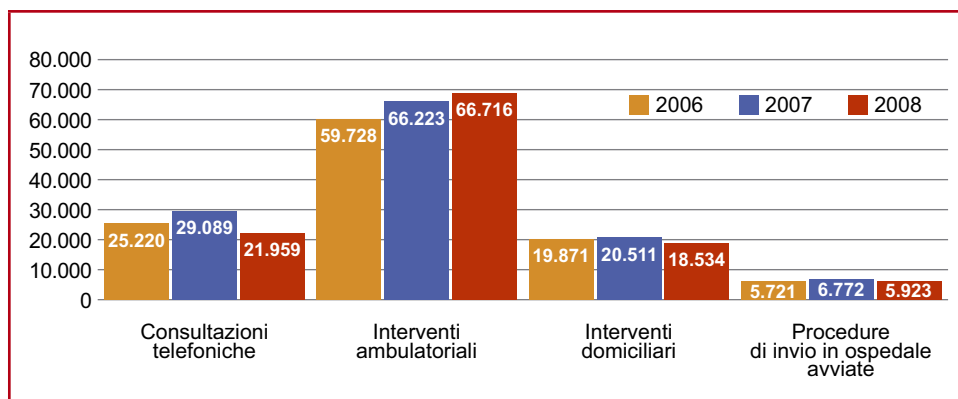
L'assistenza sanitaria di base rappresenta il 9,0% della spesa complessiva del Servizio sanitario provinciale.

► *Attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale*

Costituiscono competenza esclusiva del Servizio sanitario provinciale, sono organizzate in provincia di Trento – coerentemente con i contenuti del D.P.R. 27/03/1992 – nella seguente articolazione:

- *Sistema di allarme sanitario*, costituito da Trentino Emergenza 118 che comprende la Centrale Operativa Provinciale, il Servizio Trasporto Infermi e l'Elisoccorso);
- *Sistema accettazione ed emergenza*, che assicura la funzione di pronto soccorso nelle sedi ospedaliere e nei punti di primo intervento territoriale.

GRAF. 3.3.1 Attività del Servizio Continuità Assistenziale – Anni 2006-2008



L'impianto organizzativo della rete dei servizi d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale – che opera da più di dieci anni con un modello organizzativo integrato – si dimostra sostanzialmente rispondente ai requisiti previsti dalla specifica normativa di settore ed è costituito da:

- Centrale Operativa 118
- Postazioni di trasporto infermi pubbliche (aziendali) (12)
- Postazioni di trasporto infermi convenzionate (43)
- Ambulanze di proprietà dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (56)
- Mezzi di proprietà delle associazioni di volontariato (145)
- Elicotteri (3).
- Sedi di Pronto soccorso ospedaliero nei presidi pubblici (10): Trento (adulti, pediatrico e traumatologico), Mezzolombardo, Rovereto, Borgo, Cavalese, Cles, Tione e Alto Garda.

La *Centrale Operativa Provinciale* garantisce la gestione delle *emergenze sanitarie extraospedaliere*²⁵.

²⁵ Le richieste che giungono alla Centrale Operativa-118 sono classificate e registrate nel sistema informativo secondo categorie standard (Soccorso Primario, Trasporto Secondario, Taxi Urgente, Trasporto Programmato, Consulenza, Guardia Medica, Informazioni, Altro.) e altre specificazioni (motivo della chiamata e suo dettaglio) utili per l'analisi mirata di aspetti peculiari dell'attività di emergenza.

L'operatore della centrale operativa (I.P. dedicato e addestrato), durante l'intervista telefonica valuta la criticità dell'evento (ponendo alcune domande semplici al chiamante), localizza l'evento (tramite un software gestionale dedicato dotato di modulo cartografico - sistema informativo geografico), attribuisce all'emergenza una priorità di intervento (assegnando un codice), invia i mezzi di soccorso idonei all'emergenza e al suo livello di priorità (ambulanza, auto sanitaria, auto medica, elicottero). Se le circostanze lo richiedono, la Centrale Operativa 118 trasmette l'allarme alle altre istituzioni e organizzazioni competenti, quali Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine e Soccorso Alpino.

Dopo l'attivazione dei soccorsi, il compito della Centrale Operativa 118 prosegue nell'assistere telefonicamente gli utenti, se necessario, fino all'arrivo dei soccorritori che, nell'espletare il soccorso, si ricordano ancora con la centrale operativa per concordare l'eventuale appoggio di altre équipe, o

Il *Servizio Trasporto Infermi*, assicura i trasporti urgenti interospedalieri nelle 24 ore (in interazione con Centrale Operativa 118, postazioni di soccorso ed elisoccorso, ospedali di destinazione) e i trasporti sanitari programmati²⁶ (di norma nelle ore diurne dei giorni feriali tranne le richieste di dimissione ospedaliera che sono distribuite nell'arco delle 24 ore di tutti i giorni della settimana). Il Sistema "Trentino emergenza 118":

- assicura le attività di soccorso e trasporto sanitario sul territorio;
- promuove e realizza una costante attività formativa (sia per il personale dell'area dell'emergenza sanitaria, sia per i cosiddetti laici, particolarmente in ambito scolastico e lavorativo).
- funge da interfaccia sanitaria per la Protezione Civile Provinciale, garantendo la stesura di piani specifici e la partecipazione diretta alle operazioni;

La distribuzione capillare sul territorio provinciale delle postazioni di soccorso permette di garantire l'effettuazione d'interventi tempestivi su quasi tutto l'ambito provinciale, con tempi d'arrivo sul luogo dell'evento normalmente inferiori a quelli previsti dalle indicazioni ministeriali: 8 minuti per l'ambito urbano e 20 minuti per quello extraurbano. Nel 2008, il sistema informativo della Centrale Operativa 118 è stato implementato di un modulo amministrativo in previsione della sua estensione alle associazioni di volontariato convenzionate; l'estensione del sistema informativo 118 a tutte le associazioni convenzionate consentirà la piena documentazione di attività come previsto dal NSIS – Nuovo Sistema Informativo, promosso dal Ministero della Salute. Sono stati inoltre sviluppati i *progetti provinciali relativi alla defibrillazione precoce in emergenza* da parte di gruppi di popolazione specifici e la realizzazione del *registro provinciale degli arresti cardiaci*.

Per quanto riguarda l'*attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale*, i 37.063 interventi di *soccorso primario* (nel 2007=35.784 – nel 2006=34.604) sono stati eseguiti per il 96,87% (35.865 – media giornaliera 95 – media oraria 3,9) con *mezzi stradali* e per il 3,2% (1.198 – media giornaliera 3,0) con *elicottero* (nel 2007=1.180 – mg 3,0; nel 2006=1.292 – mg 3,5; nel 2005=1369 – mg 3,8; nel 2004=1.342 – mg 3,7; nel 2003=1.466 – mg 4,0; nel 2002=1.357 – mg 3,7; nel 2001=1.259 – mg 3,2); l'*elisoccorso* ha effettuato anche 316 interventi di *trasporto secondario interospedaliero* (nel 2007=331 – nel 2006=315 – nel 2005=341 – nel 2004=322 – nel 2003=296 – nel 2002=276 – nel 2001=336) per un totale di 1.514 interventi (media giornaliera di 4,0).

una eventuale ospedalizzazione. In aggiunta ai codici di gravità delle condizioni dei pazienti, i soccorritori comunicano alla centrale operativa anche i codici relativi alla patologia del paziente. La corretta definizione della criticità di ciascun evento (secondo criteri oggettivi che riguardano lo stato delle funzioni vitali ed i sintomi che le possano minacciare, le caratteristiche del luogo e le competenze degli eventuali astanti in termini di primo soccorso) è cruciale per evitare un sovra o sottodimensionamento dell'equipe di soccorso inviata.

²⁶ Quali livelli di assistenza definiti dalla vigente normativa provinciale.

TAB. 3.3.7 Attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale, per tipologia – 2008

ATTIVITÀ	Numero	%	Media giornaliera	Media oraria
Trasporti programmati *	59.477	39,1	163	6,8
Soccorsi primari **	37.063	24,4	101	4,2
Richieste di informazioni	23.651	15,6	65	2,7
Trasporti secondari ***	7.702	5,1	27	0,9
Servizio di Guardia medica	5.549	3,7	15	0,6

* Trasporto sanitario richiesto dal medico curante - di medicina generale o del pronto soccorso - per condizioni del paziente in circostanze che non rivestono carattere di urgenza e cioè in dimissione o per visite/accertamenti programmati in altra sede.

** Per incidenti in montagna, per valanghe o ricerca dispersi, per incidenti sul lavoro, stradali, sciistici, domestici, per emergenza sanitaria dovuta ad infarti o malori.

*** Per ulteriori accertamenti/trattamenti che non vengono erogati nell'ospedale che ha preso in carico il paziente nel soccorso primario.

Soccorsi primari: l'andamento settimanale dei soccorsi primari mostra un picco nei giorni di domenica e lunedì, mentre i trasporti programmati si concentrano nei giorni feriali (91% – mg 206). *L'andamento mensile* evidenzia una distribuzione stagionale del soccorso primario; nei periodi dicembre-marzo e luglio-agosto le richieste aumentano in maniera rilevante in dipendenza del flusso turistico invernale/estivo.

Gli interventi di *soccorso primario con la classificazione della criticità*²⁷ sono stati il 91%, così distribuiti:

- CODICE ROSSO 7.419 interventi (22,0%; nel 2007=7.614 – 23,1%)
- CODICE GIALLO 21.096 (60,5%; nel 2007=9.937 – 60,5%)
- CODICE VERDE 5.144 (15,3%; nel 2007=5.281 – 16,1%)
- CODICE BIANCO 72 (0,2%; nel 2007=105 – 0,3%).

Con riferimento alla *patologia*, gli interventi di soccorso primario sono stati i seguenti: traumatica (36,4% delle cause d'intervento), altra (30,4%), cardiocircolatoria (15,0%), respiratoria (5,5%), neurologica (4,3%), psichiatrica

²⁷ Sulla base di queste informazioni l'operatore della centrale è in grado di regola di formulare un giudizio sulla criticità dell'evento sufficientemente congruo, attribuendogli un codice appropriato. I CODICI DI CRITICITÀ DI INVIO DEL MEZZO DI SOCCORSO sono rappresentati in maniera cromatica:

ROSSO (R)	Situazione molto critica. Una o più funzioni vitali direttamente compromesse. Il soggetto è in imminente pericolo di vita. L'intervento è di emergenza, massima emergenza assoluta. INTERVENTO PRIORITARIO.
GIALLO (G)	Situazione mediamente critica. Funzioni vitali mantenute ma con rischio di rapida compromissione. INTERVENTO NON DIFFERIBILE.
VERDE (V)	Situazione poco critica. L'intervento deve essere espletato nei tempi brevi, ma può essere differito, poiché il soggetto è stato giudicato non a rischio di rapida compromissione delle funzioni vitali.
BIANCO (B)	Situazione per nulla critica. L'intervento non va espletato in tempi brevi, può essere programmato nel tempo per assenza di pericoli imminenti per il paziente.

(1,9%), etilismo (2,1%), non identificata (1,9%), intossicazione (1,3%), neoplastica (1,2%).

Rispetto al *luogo* dell'evento/intervento del 118, la casa rappresenta il 44,5% dei casi di soccorso primario, la strada il 21,0% -10% vs 2007), gli uffici-esercizi pubblici l'10,4%. Gli interventi del 118 presso impianti lavorativi non sono frequenti (1,0%), ma in questo ambito si registra un grande numero di assegnazioni di codici rossi (37,8%) a conferma della gravità spesso drammatica degli incidenti sul lavoro; analogo comportamento si osserva anche per gli interventi sulla strada, legati nella maggior parte dei casi a incidenti stradali. Riguardo al *genere* si registra una frequenza sovrapponibile di eventi, ma la distribuzione per criticità dell'evento evidenzia una maggiore gravità degli interventi nei maschi (27% in codice rosso) rispetto alle femmine (19% in codice rosso); per converso le donne registrano un più alta proporzione di codici gialli (62% vs 57% dei maschi).

Trasporto programmato: le 59.477 richieste per trasporto programmato significano una media di 17 interventi/ora nelle ore diurne dal lunedì al venerdì, mentre gli interventi registrati nella giornata di sabato e soprattutto di domenica sono da attribuire alle richieste pervenute alla Centrale Operativa per dimissione ospedaliera.

La distribuzione oraria delle richieste per il trasporto programmato rileva una concentrazione nella fascia oraria 7:00-19:00 e la distribuzione nelle singole ore non assume un andamento lineare e uniforme lasciando un margine di miglioramento nelle fasce orarie 07:00-12:00 e 17:00-19:00.

L'attività del *trasporto infermi*, è sintetizzata nella Tabella 3.3.8 dalla quale emerge che, con riferimento ai km percorsi, l'attività di trasporto infermi sia stata svolta per il 19,9% (nel 2007=20 - nel 2006=23,6 - nel 2005=24,8 - nel 2004=27,0 - nel 2003=27,0) da personale dipendente dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari e per il 80,1% (nel 2007=80 - nel 2006=76,4 - nel 2005=75,2 - nel 2004=73,0 - nel 2003=73,0) da Associazioni di volontariato convenzionate per il soccorso e il trasporto sanitario.

In particolare, il Volontariato ha garantito il 91,0% (nel 2007=91,5 - nel 2006=87,7 - nel 2005=86,8 - nel 2004=84,6 - nel 2003=83,8) dei Km necessari per l'attività programmata, e il 54,4% (nel 2007=53,2 - nel 2006=50,1 - nel 2005=48,7 - nel 2004=45,3 - nel 2003=46,3) dei Km percorsi per interventi urgenti.

► Assistenza farmaceutica

Le *farmacie*, che in totale sono 138 (nel 2007= 138 - nel 2006=137 - nel 2005=135 - 2004=134 - 2003=134 - 2002=132 - 2001=132), sono presenti in tutti i 13 distretti e a queste si aggiungono 27 dispensari farmaceutici.

In provincia di Trento è mediamente disponibile una farmacia ogni 3.701 abitanti (nel 2007=3.701 - nel 2006 =3.690 - nel 2005=3.685 - 2004=3.712 - 2003=3.660).

TAB. 3.3.8 Attività di trasporto infermi – Anni 2004-2008

SERVIZIO TRASPORTO INFERMI	ATTIVITÀ PROGRAMMATA			ATTIVITÀ URGENTE			TOTALE			
	Diretta	Volontari	Totale	Diretta	Volontari	Totale	Diretta	Volontari	Totale	
2004	Km percorsi	349.513	1.915.585	2.265.098	521.930	432.710	954.640	871.443	2.348.295	3.219.738
	Numero di eventi	12.102	41.730	53.832	21.412	10.294	31.706	33.514	52.024	85.538
	Persone trasportate	12.517	53.459	65.976	17.367	10.383	27.750	29.884	63.842	93.726
2005	Km percorsi	312.491	2.057.075	2.369.566	534.630	507.106	1.041.736	847.121	2.564.181	3.411.302
	Numero di eventi	10.204	45.122	55.326	21.847	12.677	34.524	32.051	57.799	89.850
	Persone trasportate	10.776	56.341	67.117	17.808	12.521	30.329	28.584	68.862	97.446
2006	Km percorsi	290.504	2.080.852	2.371.356	516.221	517.932	1.034.153	806.725	2.598.721	3.405.446
	Numero di eventi	9.518	45.703	55.221	21.347	13.235	34.582	30.865	58.938	89.803
	Persone trasportate	10.404	57.968	68.372	16.976	12.766	29.742	27.380	70.734	98.114
2007	Km percorsi	213.925	2.322.922	2.536.847	512.486	584.464	1.096.950	726.411	2.907.386	3.633.797
	Numero di eventi	8.267	47.433	55.700	21.368	15.121	36.489	29.635	62.554	92.189
	Persone trasportate	9.056	60.340	69.396	17.294	13.782	31.076	26.350	74.122	100.472
2008	Km percorsi	231.587	2.367.617	2.599.204	506.505	605.332	1.111.837	738.092	2.972.949	3.711.041
	Numero di eventi	8.120	47.503	55.623	20.870	15.849	36.719	28.990	63.352	92.342
	Persone trasportate	8.577	59.455	68.032	17.170	14.524	31.694	25.747	73.979	99.726

Fonte: APSS

Nel corso dell'anno 2008 sono state compilate 3.712.208 *ricette farmaceutiche* (nel 2007=3.566.814 -nel 2006=3.368.611 – nel 2005=3.149.499 – nel 2004=3.151.509 – nel 2003=32.928.041 – nel 2002=2.949.234 – nel 2001=2.647.986. In media ogni singolo medico e pediatra ha fatto 7.798 prescrizioni, determinando un numero di ricette medio per residente pari a 7,2 (nel 2007=6,9 – nel 2006=6,6 – nel 2005=6,3 – 2004=6,3 – 2003=5,9 – 2002=5,9 – 2001=5,3) e una spesa netta per ricetta pari a 20,7 euro (nel 2007=22,3 – nel 2006=23,9 – nel 2005=23,8 – 2004=24,8 – 2003=24,2).

L'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali concerne:

- *l'assistenza farmaceutica convenzionata* (AFC) per la fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A e farmaci in classe C per gli invalidi di guerra;
- *l'assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale* per la fornitura di specialità medicinali in classe C;
- la *distribuzione diretta per conto APSS* (DPC) per la fornitura di medicinali erogati ai sensi dell'articolo 8 della legge 16 novembre 2001, n. 405;
- la *fornitura di medicinali innovativi* non autorizzati in Italia ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate.

La Tabella 3.3.9 descrive il confronto della composizione della spesa farmaceutica complessiva (spesa territoriale + spesa privata) negli anni 2006-2008.

TAB. 3.3.9 Composizione della Spesa farmaceutica – Anni 2006-2008 (prezzi al pubblico in euro)

		2006	2007	2008	$\Delta\%$ 2007/2006	$\Delta\%$ 2007/2008
1	Classe A acquisto pubblico *	94.186.619	97.064.721	97.912.243	+3,06	+0,87
2	Classe A acquisto privato	6.386.115	7.171.085	7.383.568	+12,29	+2,96
1+2	Totale A	100.572.734	104.235.806	105.295.811	+3,64	+1,02
3	Casse C prescrizione	22.819.649	22.668.255	22.716.657	-0,66	+0,21
4	Classe C automedicazione (OTC e SP)	21.134.577	22.187.541	21.954.325	+4,98	-1,05
2+3+4	Totale spesa privata	50.340.341	52.026.880	52.054.550	+3,35	+0,05
1+2+3+4	Totale spesa farmaceutica	144.526.960	149.091.601	149.966.794	+3,16	+0,59

Fonte: Servizio Farmaceutico APSS

* compresi i medicinali acquistati dall'APSS e distribuiti attraverso le farmacie del territorio o in dimissione (Legge 405/2001). La spesa per questi farmaci è stata calcolata utilizzando il prezzo al pubblico.

► *Assistenza specialistica ambulatoriale*

In merito all'assistenza specialistica ambulatoriale, la Giunta provinciale, a seguito dell'emanazione del "Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa", ha approvato il "Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008"²⁸ che mantiene la centralità dell'approccio per *priorità cliniche attraverso la prescrizione secondo il sistema RAO* e stabilisce i tempi massimi di attesa da assumere a riferimento per l'eogazione delle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero, da garantire al 90% dei pazienti.

²⁸ Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1758/2006.

TAB. 3.3.10 Spesa media lorda pro capite (popolazione pesata). Raffronto decrescente per Regioni e Province autonome – Anni 2006-2008 e confronto 2008-2007

Area	2006	2007	008	Δ % 2007/2008
Puglia	265,3	238,6	248,2	4,0
Molise	221,2	212,1	217,5	2,5
Calabria	284,9	270,3	277,0	2,5
Campania	249,8	235,7	239,8	1,7
Piemonte	195,9	195,0	197,2	1,1
Basilicata	213,2	208,7	210,2	0,7
Liguria	220,3	203,0	203,0	0,0
ITALIA	228,9	215,0	213,4	-0,7
Sardegna	248,0	225,9	223,6	-1,0
Lombardia	203,4	197,5	195,2	-1,2
Toscana	182,5	177,5	175,2	-1,3
Veneto	191,6	188,4	185,4	-1,6
P.A. Bolzano	160,1	151,6	149,1	-1,6
Marche	200,6	198,9	195,2	-1,9
P.A. TRENTO	172,7	168,3	164,1	-2,5
Umbria	194,6	187,8	183,0	-2,6
Sicilia	302,2	272,3	265,0	-2,7
Emilia Romagna	187,6	182,8	177,4	-3,0
Friuli Venezia Giulia	195,2	191,4	185,5	-3,1
Valle d'Aosta	185,8	182,5	176,8	-3,1
Abruzzo	227,7	215,3	200,6	-6,8
Lazio	306,9	259,4	250,9	-3,3

Fonte: "L'uso dei farmaci in Italia". Rapporto nazionale, anno 2008. Ministero della Salute

Le indicazioni del Piano provinciale sono state accolte nel *Programma attuativo aziendale*²⁹ che riporta i tempi massimi d'attesa per 116 prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) e individua, con riferimento alle medesime, le criticità e le conseguenti azioni correttive da intraprendere nell'immediato e nel corso del triennio 2006-2008. Detto Piano è stato aggiornato, nel 2008, con l'individuazione di ulteriori 30 prestazioni da erogare entro 120 giorni, superati i quali il paziente ha la possibilità di ricorrere all'assistenza indiretta.

²⁹ Delibera del Direttore Generale n. 1288 del 22 novembre 2006.

Dal 2007, viene il numero complessivo delle prenotazioni effettuate (volumi di attività) e il numero delle prenotazioni stratificato per fascia temporale di attesa, espresso in valore assoluto, percentuale, percentuale cumulata (valutazione del tempo di attesa del 90% dei pazienti).

Lo sviluppo e la diffusione di *percorsi diagnostico-terapeutici*, comprensivi dei rispettivi tempi di attesa, costituiscono strumento da implementare per garantire ai pazienti percorsi facilitati con tempi di attesa ridotti al minimo necessario.

Si sono assicurate le attività di *gestione operativa* centralizzata e informatizzata del Centro Unificato di Prenotazione (CUP) per la prenotazione delle prestazioni programmate e l'applicazione del modello RAO. (raggruppamenti d'attesa omogenei) secondo lo schema ormai consolidato dei codici di priorità (A – B – C – E – P) che individuano un tempo d'attesa, per l'erogazione della prestazione, ritenuto compatibile per la condizione clinica presentata dal paziente

Il *Centro Unico di Prenotazione* (CUP) consente l'accesso al sistema di prenotazione delle visite specialistiche e delle prestazioni di diagnostica strumentale tramite gli sportelli distrettuali dislocati in tutte le strutture dell'APSS, il call center, il fax e il sistema di prenotazione on-line via internet.

Il sistema di prenotazione informatico consente, in particolare, di consultare in tempo reale la disponibilità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio provinciale, nonché di effettuare, disdire e consultare le prenotazioni.

Nella Tabella 3.3.11 è descritta la rilevazione delle attività di prenotazione – condotta utilizzando il database del CUP – che mostra nel triennio 2005-2008 un progressivo aumento del numero di prestazioni prenotate in regime istituzionale (rispetto a quello in libera professione) delle quali, nell'anno 2008, circa il 10,9% (nel 2007=10) con un codice di priorità (A=0-3 giorni, B=4-10 giorni, C=11-30 giorni). A fronte dell'incremento del numero di prenotazioni, è progressivamente aumentata la percentuale di prestazioni prenotate in regime istituzionale.

TAB. 3.3.11 Attività di prenotazione per Regime – Anni 2005-2008

C.U.P.	2005	2006	2007	2008
Prenotazioni	631.812	754.421	850.960	919.928
di cui in Regime istituzionale	553.195	666.968	762.522	833.252
Rapporto SSN/Lib. Profess.	87,56%	88,41%	89,61%	90,6%
N° Richieste di informazioni	210.453	227.657	249.386	282.589

La Tabella 3.3.12 descrive le prenotazioni per Distretto: l'aumento delle prestazioni richieste ha interessato tutti i Distretti, salvo quello di Fiemme, in lieve flessione rispetto agli anni precedenti.

TAB. 3.3.12 Prenotazioni per Distretto – Anni 2005-2008

Distretto	2005		2006		2007		2008	
	Prenot.	%	Prenot.	%	Prenot.	%	Prenot.	%
Alta Valsugana	39.389	6,23	41.627	5,52	43.511	5,11	45.515	4,95
Bassa Valsugana	31.461	4,98	32.731	4,34	31.981	3,76	35.959	3,91
Primiero	4.742	0,75	4.669	0,62	4.752	0,56	5.465	0,59
Alto Garda e Ledro	58.874	9,32	73.770	9,78	78.995	9,28	89.537	3,91
Fassa	4.143	0,66	4.368	0,58	5.002	0,59	5.573	0,61
Fiemme	30.570	4,84	32.463	4,30	33.100	3,89	31.876	3,47
Trento - Valle dei Laghi	258.060	40,84	333.633	44,22	390.711	45,91	412.446	44,83
Vallagarina	119.067	18,85	134.743	17,86	163.791	19,25	189.758	20,63
Valle di Non	51.246	8,11	60.077	7,96	60.264	7,08	61.601	6,70
Valle di Sole	3.592	0,57	4.785	0,63	5.335	0,63	7.032	0,76
Giudicarie e Rendena	30.668	4,85	31.555	4,18	33.518	3,94	35.166	3,82
Totale	631.812	100,0	754.421	100,0	850.960	100,0	919.928	100,0

Il miglioramento in termini di appropriatezza e di equità nell'accesso alle prestazioni è perseguito attraverso l'utilizzo sistematico delle classi di priorità, con l'obiettivo di garantire le richieste con codice RAO di tipo A entro 3 e, rispettivamente, codice B entro 10 giorni, anche con prenotazioni soprannumerarie (cosiddette forzature).

La Tabella 3.3.13 descrive le prenotazioni per Codice di priorità RAO.

TAB. 3.3.13 Prenotazione per Codice di priorità (RAO) – Anni 2005-2008

Codice RAO	2005	2006	2007	2008
A	8.448 (1,34%)	9.517 (1,26%)	10.618 (1,25%)	12.279 (1,33%)
B	33.123 (5,24%)	43.876 (5,82%)	51.794 (6,09%)	57.116 (6,21%)
C	13.423 (2,12%)	17.421 (2,31%)	24.301 (2,86%)	30.375 (3,30%)
ALTRO	576.818 (91,30%)	683.607 (90,61%)	764.247* (89,81%)	820.158** (89,15%)
Totale	631.812	754.421	850.960	919.928

* di cui: NPR (non codificate)= 712.560, P=14.820, E=36.867

** di cui: NPR (non codificate)= 696.710; P = 18.129; E = 18.643; LP = 86.676

I tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono oggetto di attento monitoraggio periodico utilizzando tre modalità di rilevazione:

- *prospettica* (ex ante): nel 2008 è stata effettuata settimanalmente, attraverso i dati presenti nel Data Ware House e ha riguardato le prestazioni previste nella tabella 1 del Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa. Le criticità rilevate sono segnalate ai responsabili della struttura interessata;
- *retrospettiva* (ex post): effettuata misurando i tempi massimi d'attesa garantiti al 90% dei pazienti; i rapporti trimestrali sono inviati all'attenzione dei Direttori di Articolazione Organizzativa Fondamentale ai quali sono inoltrati semestralmente anche i rapporti relativi alla valutazione della "concordanza RAO" delle prescrizioni dei MMG e Pls del distretto di riferimento, alla mobilità degli utenti all'interno del territorio provinciale ("migrazione"), alle prenotazioni effettuate in sovrannumero (forzature);
- *monitoraggio semestrale*, tramite l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, di alcune prestazioni "traccianti".

TAB. 3.3.14 Prestazioni specialistiche – Anni 2007 e 2008

GESTIONE DIRETTA AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI									
Tipologia prestazioni	per pazienti esterni			per pazienti ricoverati			Totale		
	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %
Laboratorio	5.161.909	5.646.220	8,6	3.136.086	3.033.052	3,4	8.297.995	8.679.272	4,4
Radiologia	287.351	312.666	8,1	82.984	85.156	2,6	370.335	397.822	6,9
Altre prestazioni	2.558.902	2.663.982	3,9	598.735	621.413	3,6	3.157.637	3.285.395	3,9
Totale	8.008.162	8.622.868	7,1	3.817.805	3.739.621	2,1	11.825.967	12.362.489	4,3

STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE									
Tipologia prestazioni	PER PAZIENTI ESTERNI			PER PAZIENTI RICOVERATI			TOTALE		
	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %
Laboratorio	468.660	474.710	1,3	—	—	—	468.660	474.710	1,3
Radiologia	87.611	99.758	13,9	—	—	—	87.611	99.758	13,9
Altre prestazioni	158.305	164.438	3,9	—	—	—	158.305	164.438	3,9
Totale	714.576	738.906	3,4	—	—	—	714.576	738.906	3,4

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE									
Tipologia prestazioni	per pazienti esterni			per pazienti ricoverati			Totale		
	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %
Laboratorio	5.630.569	6.120.930	8,7	3.136.086	3.033.052	3,4	8.766.655	9.153.982	4,4
Radiologia	374.962	412.424	10,0	82.984	85.156	2,6	457.946	497.580	8,7
Altre prestazioni	2.717.207	2.828.420	4,1	598.735	621.413	3,6	3.315.942	3.449.833	4,0
Totale	8.722.738	9.361.774	7,3	3.817.805	3.739.621	2,1	12.540.543	13.101.395	4,5

Fonte: Elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria su dati APSS

I *poliambulatori specialistici*, ospedalieri e territoriali, sono 31 e dislocati in tutti i distretti a eccezione di quello della Valle di Cembra; mediamente ciascun poliambulatorio eroga prestazioni riferibili a 12 discipline e i medici specialisti convenzionati sono 108. L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio. Le strutture private accreditate per fornire prestazioni di specialistica ambulatoriale sono 18.

La Tabella 3.3.14 descrive l'attività specialistica – ambulatoriale, di laboratorio e di radiodiagnostica – distinta in attività a favore dei pazienti esterni e dei pazienti ricoverati, evidenziando anche il soggetto erogatore. Rispetto all'anno 2007, nel 2008 le prestazioni specialistiche sono aumentate nel complesso del 4,5% (nel 2007 sono aumentate dell'1,8% sul 2006): le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono aumentate del 4%, quelle di radiodiagnostica sono aumentate dell' 8,7% e le prestazioni di laboratorio sono aumentate del 4,4%.

► *Assistenza territoriale*

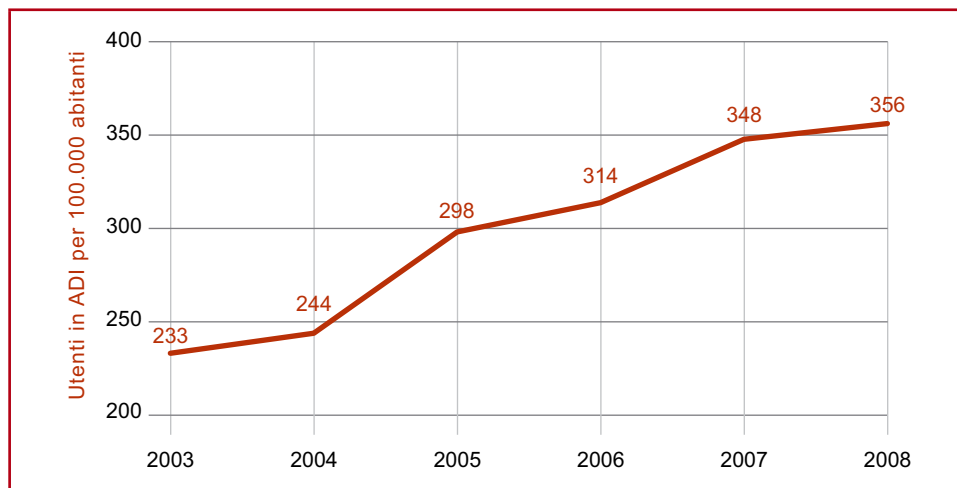
L'assistenza territoriale – svolta in *regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale* – comprende l'assistenza programmata a domicilio (domiciliare integrata e programmata), l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta al singolo, alla coppia e alla famiglia, l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, l'attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, l'attività sanitaria e sociosanitaria destinata alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, alle persone con infezione da HIV, ai pazienti in fase terminale, l'attività sanitaria e sociosanitaria destinata alle persone anziane non autosufficienti. In quest'ambito, l'offerta riguarda:

- le *Cure domiciliari* che sono state erogate a 18.618 utenti (nel 2007=18.960 – nel 2006=17.831 – nel 2005=15.238) dei quali 16.011 in età superiore ai 65 anni, e 112 in età 0-14 anni; l'assistenza territoriale e domiciliare risulta ormai un processo ben strutturato sia per quanto riguarda la disponibilità di documenti sull'attività che per il coinvolgimento dei vari soggetti interessati (stakeholders)³⁰; l'assistenza medica e infermieristica domiciliare si articola su *quattro livelli* di complessità progressiva: assistenza infermieristica occasionale (AIO) che nel 2008 rappresenta il 49,5%, assistenza domiciliare infermieristica (ADInf) che pesa per il 12,8%, assistenza domiciliare programmata (ADP) che rappresenta il 21,0%, assistenza domiciliare integrata (ADI)³¹ che comprende la funzione specialistica Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative (ADI-CP) e rappresenta il 7,9% (ADI=3,4% – ADI-

³⁰ Nel corso dell'esercizio 2008 sono stati ultimati specifici audit e percorsi di valutazione condivisa con le Associazioni di Volontariato riguardo alla Unità di Valutazione Multidimensionale e all'ADI.

³¹ Gli utenti trattati in ADI*100.000 residenti sono stati 233 nel 2003 e 356 nel 2008.

GRAF. 3.3.2 Tasso di utenti assistiti dalle Cure domiciliari con piano ADI ogni 100.000 residenti
– Anni 2003-2008



CP=4,5%). Nel 2008, è stata realizzata l'estensione ai Distretti Alto Garda e Ledro, Valle di Non, Val di Fiemme e Ladino di Fassa della funzione ADICP, assicurando così detta modalità su tutta la provincia. Il tempo d'attesa, nell'erogazione delle cure domiciliari (che rileva il tempo intercorrente tra la richiesta e l'attivazione del piano) è fissato, dalle normative contrattuali e dalle direttive aziendali, in 3 giorni per un piano ADI, 15 giorni per un piano ADP e 5 giorni per il piano ADInf: dai dati raccolti è possibile rilevare che gli standard che l'Azienda sanitaria si è data sono ampiamente rispettati. L'88% dei medici di medicina generale fa assistenza domiciliare (nel 2007=84%) e l'87% degli stessi (nel 2007=85%) l'assistenza domiciliare programmata; gli accessi domiciliari totali dei medici di medicina generale sono stati 90.326 (nel 2007=79.397); gli accessi domiciliari totali del medico palliativista sono stati 4.553 (nel 2007=4.718); gli accessi infermieristici domiciliari totali sono stati 182.953 (nel 2007=156.217); le prestazioni infermieristiche complessive al domicilio sono state 381.504 (nel 2007=326.538); il numero totale degli accessi domiciliari (indipendentemente dal profilo professionale che li ha erogati – medico di medicina generale, medico palliativista e infermiere) è di 278.032 (nel 2007=240.332) e il numero medio di accessi/settimana è pari a 5.347 pari a una media di 62 accessi al giorno. Il 40,8% degli utenti in carico ADI e il 92,5% degli utenti in carico ADICP sono affetti da patologia tumorale. La durata media provinciale dei trattamenti è di 207 giorni in ADI, 44 giorni in ADI-CP, 843 giorni in ADP, 584 giorni in ADInf e di 185 giorni in AIO;

- i *Consultori per il singolo, la coppia, la famiglia* che sono 11 (Trento 2 sedi, Mezzolombardo, Pergine, Borgo, Primiero, Cles, Riva, Rovereto, Cavalese

e Tione); il numero degli utenti che accedono annualmente al servizio nei diversi Distretti della provincia si è attestato intorno alle 13.000 unità negli anni 2005 e 2006, nel 2007 ha raggiunto i 14.000; il dato 2008 non è disponibile a causa della recente introduzione del nuovo sistema informativo territoriale (SIT) – modulo consultori.

TAB. 3.3.15 Utenti per Consultorio familiare, che hanno avuto almeno un contatto con il servizio.
– Anni 2005-2007

Consultorio familiare	2005		2006		2007 (* = primi 9 mesi)	
	Totale utenti	Numero utenti esclusi corsi pre/postparto	Totale utenti	Numero utenti esclusi corsi pre/postparto	Totale utenti	Numero utenti esclusi corsi pre/postparto
Trento*	2.984	2.124	2.939	2.140	1.505	1.136
Cles	1.336	1.126	1.250	1.049	1.082	990
Pergine	1.728	1.596	1.686	1.530	1.776	1.674
Borgo	550	508	617	513	459	410
Riva	1.971	1.827	1.631	1.482	1.219	1.085
Tione	754	636	728	622	567	470
Rovereto*	2.827	2.421	2.635	2.232	1.305	1.170
Fiera	164	161	615	606	634	610
Cavalese	649	632	663	663	471	471
Totale	12.963	11.031	12.764	10.837	9.018	8.016

- i *Centri di salute mentale* che sono 8 (Primiero, Borgo, Pergine, Trento, Cles, Rovereto, Arco, Tione);
- le *strutture residenziali per malati psichiatrici* che – presenti nei distretti Alta Valsugana, Trento e Valle dei Laghi, Valle di Non e Valle di Sole, Alto Garda e Ledro, Vallagarina – offrono un livello d’assistenza differenziato per complessità e gravità degli ospiti e dispongono complessivamente di 115 posti letto con compiti di risposta a queste problematiche;
- le *strutture residenziali per portatori di handicap* che – situate nei distretti dell’Alta Valsugana, di Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina – sono in grado di ospitare complessivamente 285 persone;
- le *strutture per tossicodipendenti a carattere semiresidenziale e residenziale* che – dislocate nei distretti Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina – collaborano con il Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T) attraverso convenzioni stipulate dai rispettivi Enti con l’Azienda sanitaria³²; il Ser.T (con sedi centrali a Trento, Riva, Rovereto e sedi periferiche a Cavalese,

³² Collaborano, per l’attività residenziale, il Centro Antidroga, il Centro Trentino di Solidarietà e Voce amica. Questi enti gestiscono in convenzione 4 strutture residenziali, con una disponibilità complessiva di 70 posti.

Borgo, Cles e Tione) è deputato alla diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti con dipendenze patologiche e dei soggetti con problematiche connesse all'uso e all'uso problematico di sostanze psicoattive; ha avuto in carico, nel 2008 (per attività ambulatoriale e domiciliare) 1.618 utenti (nel 2007=1.579 – nel 2006=1.541 – nel 2005=1.437), dei quali 1.323 residenti in provincia, con un numero di accessi pari a 69.953 (nel 2007=69.091 – nel 2006=69.073 – nel 2005=77.119) e un numero di prestazioni pari a 114.703 (nel 2007=116.817 – nel 2006=115.572 – nel 2005=117.103);

TAB. 3.3.16 Utilizzo Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti convenzionate con l'APSS – Anni 2007 e 2008

Comunità	Posti disponibili		Giornate teoriche		Giornate occupate*		Tasso utilizzo %	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Giano – Accoglienza	15	15	5.495	5.490	3.702	4.002	67,6	72,9
Giano – Evolutiva	15	15	5.495	5.490	2.380	2.562	43,5	46,7
Voce Amica	15	15	5.495	5.490	4.085	4.296	74,6	78,3
Voce Amica – Apprt.	—	—	—	2.196	—	1.318	—	60,0
Camparta	24	24	8.760	8.784	4.076	3.390	46,5	38,6
Totale	69	69	25.185	27.450	14.243	15.568	56,6	56,7

* Le giornate occupate si riferiscono a tutti gli invii compresi quindi anche i pazienti inviati dal servizio di Alcologia e dal CSM. Le giornate occupate dai soli pazienti inviati dal Ser.T nel 2008 sono state complessivamente n. 10.573 giornate (rispettivamente nella comunità Accoglienza Giano 1.464, nella comunità Evolutiva Giano 105, nella comunità Voce Amica 4.296, Voce Amica appartamenti 1.318, nella comunità Camparta 3.390).

TAB. 3.3.17 Motivazioni all'invio di utenti tossicodipendenti in Comunità Terapeutiche fuori PAT – Anni 2007 e 2008

Motivazioni	2007		2008	
	Invii	% sul totale	Invii	% sul totale
Indisponibilità in comunità della P.A.T.	19	16,0	6	7,0
Libera scelta dell'utente	56	47,1	48	55,8
Motivazione clinica	23	19,3	27	31,4
Invio da parte di altro Ente	21	17,6	5	5,8
Totale	119	100,0	86	100,0

- i *Servizi di Alcologia* di Distretto (11) che – coordinati dal Servizio di Riferimento per le Attività Alcologiche dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari – hanno avuto in carico, nel 2008, 2.626 utenti (persone/famiglie) (nel 2007=2.593 – nel 2006=3.327 – nel 2005=3.034), di cui 481 nuovi utenti, e hanno effettuato 2.373 consulenze patenti per guida in stato di ebbrezza (nel 2007=3.009 – nel 2006=2.946 – nel 2005=2.729 – nel

2004=2.651); nelle singole realtà locali esiste una forte collaborazione con il privato sociale: i Club Alcolisti in Trattamento sono 168 (nel 2007=168 – nel 2006=175) e si stima che settimanalmente circa 4.000 persone frequentano questi gruppi di auto-mutuo-aiuto; i gruppi di Alcolisti Anonimi e dei loro familiari sono 9;

- le *Sedi ambulatoriali di neuropsichiatria infantile e di psicologia* (Cavalese, Tonadico, Borgo, Pergine, Trento, Mezzolombardo, Cles, Rovereto, Riva del Garda, Tione); le attività di psichiatria sono assicurate attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione psichiatrica rivolti alle persone con disturbi psichici e alle loro famiglie che sono garantite direttamente dalle Unità operative di Psichiatria in sinergia con una pluralità di altri soggetti pubblici e privati concorrenti (Enti Locali, Forze dell'Ordine, Privato Sociale, Associazioni di Volontariato). Nel percorso di cura degli utenti, in specie di quelli a maggior tasso di complessità e di carico, è sempre più importante presidiare le aree di bisogno primario legate all'abitare e al lavoro:
 - per l'*area residenziale* si sono consolidate 2 tipologie di offerta residenziale (che non esauriscono i bisogni abitativi dell'utenza.) per le situazioni a maggiore impegno riabilitativo psichiatrico (tipo A) e socio-assistenziale multiproblematico (tipo B) con copertura sulle 24 ore: 5 strutture di tipo A afferenti alle Unità operative (1 pl/10.000) e 2 strutture di tipo B afferenti al privato e al privato sociale (1 pl/11.000);
 - per l'*area lavoro* si sono consolidate in alcune Unità operative le "Consulte lavoro", tavoli di concertazione a cui partecipano Agenzia del Lavoro, Enti Locali, Cooperative A e B e alcuni strumenti di inserimento e/o di avvicinamento al mondo del lavoro.

Dal 2008 inoltre è avviato, in alcune Unità operative, il processo di standardizzazione, contrattualizzazione e verifica periodica dell'accesso e del percorso dell'utente e della sua famiglia nelle Unità operative di Psichiatria: sono stati introdotti strumenti innovativi (Percorsi di cura condivisi), collaborazioni strutturate con utenti e familiari esperti (UFE) e iniziative di sensibilizzazione nelle scuole (Gruppo Giù la maschera); nel 2008 l'APSS ha siglato un accordo con l'Istituto universitario di Salute mentale di Pechino e il Centro nazionale cinese di salute mentale per la realizzazione a Pechino di un Centro di Salute Mentale sul modello trentino.

L'*attività psicologica* è assicurata con modalità integrate a livello territoriale e ospedaliero dalle due Unità operative di Psicologia dell'APSS che rispondono in maniera trasversale, a livello aziendale, ai bisogni di promozione, mantenimento e recupero della condizione di salute psicologica della popolazione assicurando l'erogazione delle attività e prestazioni psicologiche.

Dal 2008 si applicano i LEA della Psicologia come definiti (per singola funzione: minore, adolescente, adulto, coppia e famiglia, disabili, affidamenti e adozioni nazionali e internazionali in seguito alla revisione sistematica delle

TAB. 3.3.18 Attività delle UU.OO. di Psichiatria – Anni 2004-2008

Indicatori	2004	2005	2006	2007*	2008
Utenti totali	6.321	6.608	6.771	5.588	I dati 2008 non sono disponibili a causa dell'implementazione del SIT.
Nuovi Utenti	1.833	1.924	1.770	1.004	
Attività ambulatoriale	33.982	35.413	36.743	18.767	
Attività domiciliare	1.2817	13.272	12.719	6.887	
Attività varie	77.192	74.826	74.499	38.606	
Ricoveri SPDC	849	807	764	353	
Ricoveri TSO	85	78	79	24	
Giornate degenza	14.216	13.664	13.432	5.408	

* I dati si riferiscono al primo semestre 2007.

TAB. 3.3.19 UU.OO. di Psicologia: Utenti totali, Nuovi utenti (primo contatto) e Prestazioni erogate – Anni 2007 e 2008

Unità Operativa	2007			2008*		
	Utenti	Nuovi utenti	Prestazioni	Utenti	Nuovi utenti	Prestazioni
U.O. Psicologia 1	3.133	1.251	14.936	3.346	1.376	15.736
U.O. Psicologia 2	1.826	861	8.823	2.008	940	10.015
Totale	4.959	2.112	23.759	5.354	2.316	25.751

* Proiezione su dati primi 9 mesi

TAB. 3.3.20 UU.OO. di Psicologia: utenza per Profili Diagnostici – Anni 2007 e 2008

Profilo diagnostico (I.C.D. – X°)	U.O. n. 1		U.O. n. 2		Utenti	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Diagnosi non pertinente o non riscontrata	20,5	20,5	11,4	16,4	17,9	18,4
Asse cinque (ICDX°) e fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari	21,50	21,5	17,1	19,1	20,2	20,3
Sindromi nevrotiche (Disturbi d'ansia)	16,90	17,9	23,9	23,9	18,9	20,4
Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	13,70	13,7	14,0	14,0	13,8	13,8
Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico	9,30	9,3	3,9	3,9	7,7	7,7
Sindromi affettive	7,0	7,0	10,5	10,5	8,0	8,0
Disturbi della personalità e nel comportamento nell'adulto	4,8	4,8	8,5	5,5	5,9	4,9
Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici	2,7	2,1	2,9	2,3	2,8	2,1
Ritardo mentale	2,4	2,4	5,3	5,3	3,2	3,3
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5
Altro	0,7	0,6	1,9	0,6	1,1	0,6
Totale	100	100	100	100	100	100

attività psicologiche in un'ottica di percorso assistenziale trasversale ai vari contesti di erogazione delle prestazioni e ai bisogni del cittadino/utente attuata su specifico mandato della Giunta provinciale affidato nel 2007.

Sono anche migliorate le modalità di collaborazione tra Unità operative per i percorsi diagnostico, terapeutici e assistenziali di presa in carico dei pazienti con disturbo della sfera depressiva in un'ottica di "stepped-care". L'avvio del Sistema Informativo Territoriale (SIT) ha consentito di creare un DataWareHouse aziendale con sperimentazione d'indicatori d'attività e processo; è proseguito nel 2008 l'adeguamento agli obiettivi strategici aziendali attraverso azioni mirate al miglioramento dell'organizzazione ed erogazione delle prestazioni psicologiche, della valutazione degli esiti e della messa a punto del modulo SIT di riferimento. Si è realizzato il progetto aziendale (Val.E.Te.) e implementato il monitoraggio routinario mediante l'installazione in tutte le sedi del software MoniSer per la valutazione dell'efficacia degli esiti dei trattamenti psicologici.

È stata individuata la sede di Villa S. Pietro, di Arco, quale struttura per l'accoglienza, in forma residenziale e semiresidenziale, di minori che presentano disturbi della sfera psicotica, di personalità, della condotta, sindrome affettiva grave, scompenso psichico e che, per vari motivi, non possono fruire di una sufficiente assistenza in famiglia e/o per i quali sia indicata una temporanea separazione dal nucleo familiare. La struttura accoglie inoltre minori il cui ricovero in ospedale o il trattamento ambulatoriale è risultato inadeguato e insufficiente al recupero psichico;

- le *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)* che in numero di 52, convenzionate con il Servizio sanitario provinciale, sono distribuite capillarmente sull'intero territorio; a queste si aggiungono 3 nuclei di RSA a sede ospedaliera (RSAO) che, ubicate presso le strutture ospedaliere San Camillo di Trento, Solatrix di Rovereto e di Tione, hanno una dotazione complessiva di 67 posti letto e garantiscono 1,35 posti letto ogni 1.000 anziani ultrasettantacinquenni. In termini strutturali, il modello prevalente è inferiore a 80 posti letto (62%) e solo 2 strutture hanno una dotazione che supera i 200 posti letto; vanno anche considerati n. 15 posti letto a disposizione delle UVM, per le urgenze non procrastinabili. A livello provinciale, il rapporto posti letto convenzionati in RSA territoriali/anziani settantacinquenni e oltre, è pari a 8,5%; con valori minimi in Valle di Non (5,2%) e massimi nelle Giudicarie (12,8%). I dati sono illustrati nella Tabella 3.3.21.

Gli enti gestori pubblici (APSP) gestiscono il 87,8% dei posti letto convenzionati con il Servizio sanitario provinciale (Tabella 3.3.22).

La dotazione complessiva di posti letto in R.S.A. (4.293) è aumentata rispetto al precedente esercizio di 83 posti letto.

Alla gestione degli accessi in RSA, è preposta l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che, incardinata nei singoli Distretti sanitari, adotta

TAB. 3.3.21 RSA: Rapporto posti letto e popolazione anziana per Distretto – al 31.12.2008

RSA Territoriali	Posti letto convenzionati	Popolazione ≥75 anni	% Posti letto/ Pop. ≥75 anni
Val di Fiemme	156	1.825	8,5
Primiero	124	1.113	11,1
Bassa Valsugana	334	2.917	11,5
Alta Valsugana	384	4.490	8,6
Valle dell'Adige (escluso Trento)	302	5.010	6,0
Trento	853	11.202	7,6
Valle di Non	207	3.950	5,2
Valle di Sole	142	1.559	9,1
Valle delle Giudicarie	481	3.744	12,8
Alto Garda e Ledro	360	4.451	8,1
Vallagarina (escluso Rovereto)	474	4.810	9,9
Rovereto	369	3.903	9,5
Ladino di Fassa	40	687	5,8
PROVINCIA	4.226	49.661	8,5
Nuclei RSA a sede Ospedaliera	67	49.661	1,35 ‰

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

TAB. 3.3.22 RSA: Tipologia dell'Ente Gestore – al 31.12.2008

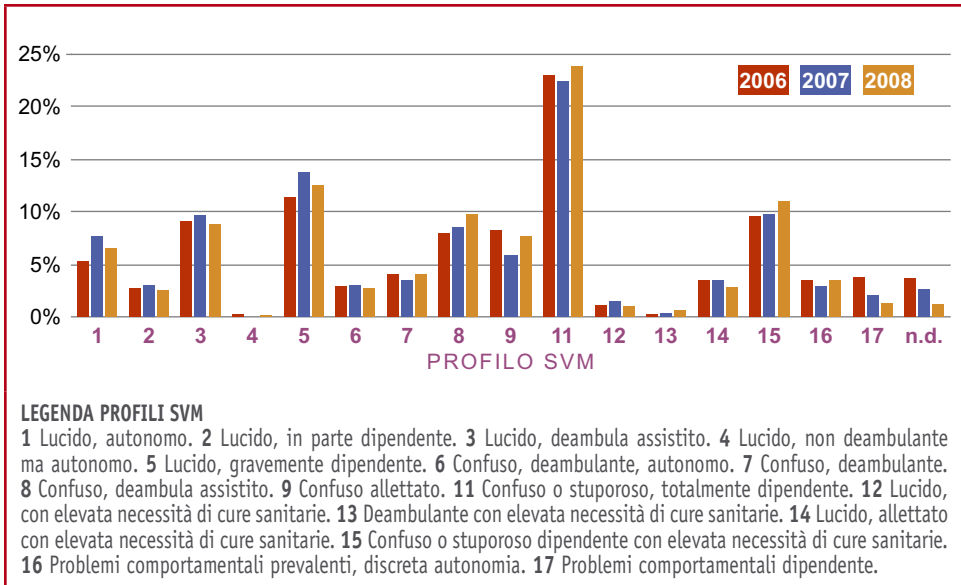
RSA Territoriali	Enti Gestori	Strutture	Posti letto convenzionati	%
APSP	40	45	3.771	87,8
Cooperative sociali	2	6	340	7,9
Enti religiosi	2	3	162	3,8
Ente profit	1	1	20	0,5
Totale	45	55	4.293	100

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

TAB. 3.3.23 RSA: Attività UVM – Anni 2005-2008

ATTIVITÀ	2005	2006	2007	2008
Richieste attivazione UVM	3.239	3.489	3.696	4.105
Utenti valutati UVM	3.082	3.324	3.251	3.822
Esiti della valutazione: (Progetto assistenziale individuato) eleggibilità				
RSA	1.837	2.078	2.129	2.542
ADI/ADICP	962	960	883	1.164
Altro (ADP e Posti letto residenziali)	283	292	239	116
Richieste in attesa di valutazione	—	—	2,7%	—

GRAF. 3.3.3 Valutazioni UVM per Profili di autonomia – Anni 2006-2008



lo strumento valutativo SVM³³ per esaminare il soggetto proposto e per verificare l’appropriatezza della richiesta; le richieste d’attivazione dell’UVM per l’accesso in RSA possono provenire dal medico di base, dal servizio sociale o dall’ospedale. La Tabella 3.3.23 riporta i dati relativi all’attività UVM negli anni 2005-2008. Nei 2008 le richieste di attivazione UVM sono state n. 4.105 con un aumento del 11,1% rispetto al 2007. Il Grafico 3.3.3 illustra i *profili di autonomia* risultanti dalle valutazioni UVM nel periodo 2005-2007, espressi in termini percentuali, mostrando che la maggioranza delle persone valutate appartiene a profili di grave dipendenza nelle attività funzionali di base e nella mobilità (profilo 11; 9; 8) e con elevata necessità di cure sanitarie (profilo 15 e 5). A seguito dell’istituzione, da parte della Giunta provinciale, dei Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale per utenti in *stato vegetativo o a minima responsività* (NAMIR) e di posti letto nei nuclei ad alto fabbisogno sanitario dedicati a *soggetti nefropatici in dialisi peritoneale*, sono stati definiti i percorsi per l’ingresso in detti posti letto al fine di uniformare i comportamenti delle UVM di Distretto.

³³ La *Scheda di Valutazione Multidimensionale dell’autosufficienza* (introdotta con deliberazione provinciale n. 3634/2000) è articolata in tre aree: area sanitaria, area cognitivo e funzionale, rete sociale. Attraverso l’utilizzo di scale di valutazione e test, per ognuna delle tre aree, si perviene all’individuazione del *profilo di autonomia*; consente di distinguere i determinanti della non autosufficienza e di individuare una appropriata risposta assistenziale

È stato diffuso, a tutte le RSA, il documento "Il catetere vescicale in RSA: gestione, prevenzione infezioni, modalità prelievo campioni urina" e la "scheda individuale di gestione del catetere vescicale". Nella scheda utilizzata per la verifica tecnico sanitaria per l'esercizio 2008 sono inseriti gli indicatori relativi alle cadute per il monitoraggio dell'effettiva diffusione del documento predisposto nel 2007.

L'offerta di residenzialità nelle RSA è caratterizzata al suo interno dalle seguenti *tipologie di posti letto*:

- *Base* (90 %)
- *Sollievo* (46 posti letto distribuiti in modo omogeneo in tutti i distretti sanitari, che rispondono a un bisogno temporaneo e programmato di assistenza fissato in un massimo di 60 giorni all'anno per uno stesso ospite, usufruibili, di regola, in due periodi all'anno);
- *Urgenza* (posti letto accreditati non convenzionati presenti in numerose strutture che vengono attivati per situazioni di particolare urgenza non procrastinabili e gestiti direttamente dalla Direzione Cura e riabilitazione dell'APSS; la permanenza è temporanea fino a quando si rende disponibile un posto letto convenzionato;
- *Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale* (315 posti letto pari al 7,3% dell'offerta complessiva) di cui 175 posti letto riservati a demenze gravi e/o importanti disturbi comportamentali, 132 posti letto per soggetti con elevata necessità assistenziale sanitari e 8 posti letto per soggetti in stato vegetativo o a minima responsività;
- *Nucleo in RSAO* (per risposta ai bisogni assistenziali derivanti da situazioni clinico-assistenziali di notevole impegno, anche se stabilizzate, rispetto alle quali emerga la necessità di continuità terapeutica e assistenziale, seppur in forma ridotta, da parte dei servizi sanitari e assistenziali propri della struttura ospedaliera; la durata del ricovero in RSA a sede ospedaliera è a termine (max 180 gg).

Nella Tabella 3.3.24 sono riportate le consistenze dei posti letto convenzionati in RSA per Distretto e per tipologia.

In merito ai parametri assistenziali e finanziari su cui si basa il funzionamento delle RSA, va precisato che le direttive annuali approvate dalla Giunta provinciale definiscono il parametro di personale assistenziale finanziabile, con riferimento al quale, stabilito un costo standard, viene definita una tariffa sanitaria giornaliera che varia a seconda della dimensione della struttura e della tipologia del posto letto. Nella Tabella 3.3.25 sono riportate le tariffe sanitarie anno 2008 definite con deliberazione provinciale n. 2739/07.

La tariffa giornaliera viene riconosciuta per ciascun posto letto indipendentemente dall'effettiva occupazione e ricomprende i costi relativi a:

- personale assistenziale socio sanitarie nei parametri definiti dalle direttive;

- assistenza medico generica e coordinamento sanitario;
- ausili per incontinenza;
- quota parte dei costi generali e amministrativi forfetariamente attribuita alla competenza della Sanità.

TAB. 3.3.24 RSA: Tipologia di posti letto convenzionati per Distretto – Consistenza al 31.12.2008

DISTRETTO	POSTI LETTO CONVENZIONATI PER TIPOLOGIA						Totale
	Base	Sollievo	Nucleo Dementi	Nucleo Sanitario	Nucleo Namir	RSA a sede ospedaliera	
Val di Fiemme	144	2	10	0		0	156
Primiero	123	1	0	0		0	124
Bassa Valsugana	312	2	10	10		0	334
Alta Valsugana	350	4	20	10		0	384
V. Laghi – Rotaliana	273	4	20	5		0	302
Trento	740	14	40	55	4	25	878
Val di Non	183	4	10	10		0	207
Val di Sole	131	1	10	0		0	142
Val Giudicarie	458	3	10	10		22	503
Alto Garda e Ledro	329	4	15	12		0	360
Vallagarina	461	3	10	0		0	474
Rovereto	322	3	20	20	4	20	389
Ladino di Fassa	39	1	0	0		0	40
TOTALE	3.865	46	175	132	8	67	4.293
%	90,03	1,07		7,34		1,56	100

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

TAB. 3.3.25 RSA: Tariffe sanitarie – Anno 2008

DIMENSIONE RSA TERRITORIALE	TARIFFA SANITARIA
Fino a 40 posti letto totali	77,10
Da 41 fino a 50 posti letto totali	70,40
Da 51 fino a 60 posti letto totali	67,80
Da 61 posti letto totali	66,20
Incremento per nucleo demenze	30,30
Incremento per nucleo sanitario	42,10
Incremento Namir	50,10
Tariffa RSA ospedaliera	98,10

Per l'*assistenza farmaceutica*, ogni anno, è assegnato un budget a ciascuna struttura per le forniture dirette da parte dell'Azienda sanitaria: detto budget giornaliero è stato così determinato per l'anno 2008: 1,63 euro a posto letto per le RSA territoriali e 3,7 euro a posto letto per le RSA ospedaliere; materiale sanitario 0,70 euro a posto letto.

L'*assistenza specialistica* è erogata direttamente dall'Azienda sanitaria nel numero massimo di ore per ciascuna RSA indicato nelle Direttive.

Le *risorse destinate alle RSA* nel 2008, rispetto all'anno precedente, sono complessivamente aumentate del 3,58%.

TAB. 3.3.26 Bilancio di esercizio dell'Azienda sanitaria trentina. Spesa per RSA – Anni 2002- 2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAPITOLI DI SPESA DEDICATI							
Convenzioni	77.336.000	85.567.000	92.000.000	93.122.842	98.230.000	106.200.000	110.810.000
Accantonamenti	2.686.000	3.446.000	89.767.000	4.330.000	5.000.000	6.000.000	5.400.000
Totale	80.022.000	4.200.000	95.446.000	97.452.842	103.230.000	112.200.000	116.210.000
QUOTA PARTE							
Ausili	1.667.388	1.717.424	1.745.315	1.835.245	1.875.158		
Spesa medica	2.271.376	2.584.429	2.618.124	2.753.231	2.837.369		
Prodotti sanitari	2.954.099	3.140.443	3.190.220	3.442.738	3.508.417	3.570.039	3.697.870
Accantonamenti specialistica	619.748	620.000	623.432	655.964	665.732	679.047	704.829
Totale	7.512.610	8.062.296	8.177.091	8.687.178	8.886.675	4.249.086	4.402.699
TOTALE COMPLESSIVO	87.534.610	97.829.296	103.623.091	106.140.020	112.116.675	116.449.086	120.612.700
AUMENTO PERCENTUALE	—	11,76	5,92	2,43	5,63	3,86	3,58

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

L'ente gestore di RSA annualmente stabilisce la "retta alberghiera giornaliera"³⁴, la parte a carico dell'ospite; l'importo della retta media ponderata (considerando il numero di posti letto convenzionati, in ogni singola struttura) dell'anno 2008 è pari ad 40,54 euro;

- L'*Hospice*, attivo dal 2006 con sede a Mezzolombardo, è parte integrante della rete di assistenza territoriale delle cure palliative e garantisce la continuità terapeutico-assistenziale in situazioni non gestibili a domicilio evitando in tal modo il ricovero ospedaliero

Nel 2008 i ricoveri complessivi in hospice sono stati 131, con occupazione media 85% e degenza media di 17 giorni; le dimissioni sono avvenute per rientro al domicilio (l'utente è stato ripreso in carico dalle cure domiciliari

³⁴ Non vi sono prescrizioni provinciali circa l'ammontare della quota che, nel caso di soggetti indigenti, è a carico del rispettivo Comune di residenza.

con piano ADICP) nel 30% dei casi, per trasferimento in strutture assistenziali residenziali (RSA) nell'10% dei casi e per decesso nel 60%. Il tempo d'attesa intercorrente tra la segnalazione e il ricovero è stato inferiore a 3 giorni nel 90% dei casi;

TAB. 3.3.27 Hospice di Mezzolombardo. Attività – Anni 2006- 2008

		2006	2007	2008
Pazienti accolti		85	108	115
Ricoveri		91	123	131
Degenza media (giorni)		12	14,8	17
Tasso occupazione (%)		76	84	85
Distretto residenza (%)	<i>Trento</i>	86	90	77
	<i>Altri</i>	14	10	23
Provenienza segnalazione (%)	<i>Domicilio</i>	50	50	50
	<i>Ospedale</i>	50	50	50
	<i>Decesso</i>	60	62	60
Modalità dimissione (%)	<i>Domicilio</i>	32	27	30
	<i>Altro</i>	8	11	10

- il *Centro per i disturbi del comportamento alimentare (CDCA)* che prende in carico i soggetti che presentano una diagnosi di anoressia nervosa, bulimia nervosa o disturbi del comportamento alimentare³⁵ non specificati e la Comunità Terapeutica che, sita presso "Maso Zancanella" in località Campotentino, ha una connotazione socio-sanitaria e fornisce una soluzione residenziale intermedia tra il livello assistenziale ospedaliero e quello ambulatoriale, consentendo, nei casi ritenuti necessari, l'allontanamento degli utenti dai propri luoghi abituali senza rinunciare all'attività scolastica o lavorativa; detta struttura dispone di 10 posti letto; nel 2008 le giornate di presenza effettiva sono state 924 (nel 2007=1.424). Le giornate complessive di permanenza in comunità nel periodo 2002-2008 sono state 11.513.

Al livello di Assistenza distrettuale attengono, come detto, anche:

- ▶ *l'assistenza integrativa* che fornisce prodotti dietetici a categorie particolari di utenti e presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito;
- ▶ *l'assistenza protesica* che assicura la fornitura di protesi e ausili sanitari a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali;

³⁵ Nel 2008 questo livello di assistenza è stato oggetto di specifico obiettivo assegnato dalla Giunta provinciale.

- ▶ *l'assistenza termale* che, erogata attraverso 6 stabilimenti privati accreditati, attiene ai cicli di cure idrotermali e di carattere riabilitativo erogati, dagli stabilimenti provinciali convenzionati con l'Azienda sanitaria, a favore degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale.

Il livello dell'assistenza distrettuale³⁶ ha assorbito nel 2008 una spesa di 549.999.000 euro (nel 2007=523.754.000 – nel 2006=497.455.000 – nel 2005=469.917.000 – nel 2004=449.121.000 – nel 2003=429.618.000 – nel 2002=376.949.000 – nel 2001=357.468.000).

La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 50,4% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008 (nel 2007=49,69 – nel 2006=49,65 – nel 2005=49,04 – nel 2004=49,24 – nel 2003=48,8 – nel 2002=44,5 – nel 2001=45,5).

3.3.3 TERZO LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA

Questo livello concerne tutte le attività d'assistenza ospedaliera svolte a favore dei cittadini e comprende l'attività di *pronto soccorso*, l'attività di *assistenza ospedaliera* (per acuti, riabilitazione, lungodegenza) *in regime di ricovero ordinario e diurno*, l'*attività trasfusionale* e la *attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti*.

▶ *Pronto soccorso*

Riguardo all'attività di pronto soccorso, la struttura d'offerta si articola in:

- 2 unità operative di medicina d'urgenza e pronto soccorso presso gli ospedali di riferimento (Trento e Rovereto);
- 5 strutture semplici, una per ogni ospedale di Distretto;
- 2 ambulatori di primo intervento presso i presidi ospedalieri di Mezzolombardo e di Ala;
- 1 servizio dedicato all'utenza pediatrica con orario 8-20 presso l'ospedale di Trento (presidio S. Chiara);
- 1 ambulatorio per utenza ortopedica presso il presidio ospedaliero Villa Igea.

Nel 2008, si sono registrati 217.964 *accessi ai Pronto soccorso* operanti presso gli ospedali a gestione diretta dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari³⁷, (+1,7% sul 2007), con una media giornaliera di 597 accessi (nel 2007=214.277 – 587; nel 2006=224.610 – 661; nel 2005=249.117 – 682; nel 2004=239.616 – 656).

³⁶ Una risorsa che va segnalata, come straordinario patrimonio in Trentino, è rappresentata dal Volontariato: oltre 250 associazioni si occupano statutariamente di assistenza socio-sanitaria fornendo al sistema un supporto in termini di *partecipazione diretta all'erogazione di servizi* (trasporto infermi e raccolta sangue), *integrazione delle prestazioni erogate dall'APSS* (Lega Tumori, AVULSS,...), *rappresentanza dei cittadini/pazienti*, *controllo partecipato e condiviso* (ADI, UVM,...), *sensibilizzazione*.

³⁷ Presidio S. Chiara (adulti e pediatrico), Villa Igea (traumatologico), Mezzolombardo, Rovereto, Borgo, Cavalese, Cles, Arco, Tione

Il 77,9% degli accessi avviene in orario diurno (nel 2007=77,5 – nel 2006=76,5 – nel 2005=76,0 – 2004=74,9), mentre il 22,1% avviene in orario notturno (nel 2007=22,5 – nel 2005=24,0 – 2004=25,1).

L'85,5% dei pazienti, accede al Pronto soccorso autonomamente (nel 2007=86,5 – nel 2006=87,6 – nel 2005=87,9 – 2004=88,4 – 2003=88,5), il 14% in ambulanza (nel 2007=13 – nel 2006=12,1 – nel 2005=11,8 – 2004=11,2 – 2003=11,0) e lo 0,5% è elitrasmportato (nel 2007=0,5 – nel 2006=0,4 – nel 2005=0,4 – 2004=0,3 – 2003=0,4).

Si registra l'aumento del 4,5% sul 2007 degli accessi in classe di età 0-14.

Il 46,5% degli accessi al pronto soccorso è conseguenza d'incidenti o infortuni (scolastico=1,1% – domestico=3,7% – stradale=3,5%, sul lavoro=4,5% – sportivo=2,3 – causato da animali=0,7% – lesione accidentale=19,1% – violenza altrui=0,8% – autolesionismo=0,1%, intossicazione alimentare o da altre sostanze=0,2%) (nel 2007=42,7 – nel 2006=41,8%), mentre il 53,5% è di tipo non traumatico riguardando problematiche internistiche (nel 2007=57,3 – nel 2006=58,2 – nel 2005=64,4 – 2004=61,5 – 2003=61,0).

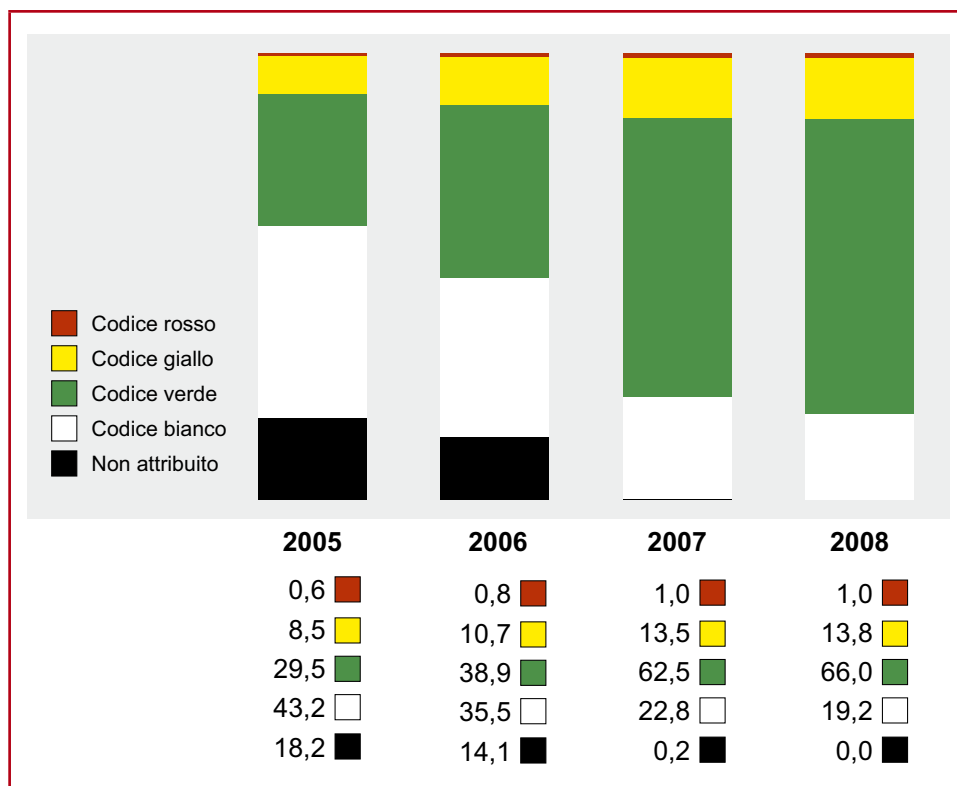
La Tabella 3.3.28 descrive i dati di attività e le modalità di gestione degli accessi/pazienti per il periodo 2005-2007.

TAB. 3.3.28 Attività e Modalità di gestione degli accessi/pazienti – Anni 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
ATTIVITÀ					
Numero ACCESSI	239.616	249.117	224.610	214.277	217.964
% ATTRIBUZIONE TRIAGE	67,5	81,88	85,9	99,8	99,9
<i>CODICI BIANCHI</i>	57,9	43,2	35,5	22,8	19,2
<i>CODICI VERDI</i>	30,9	29,5	38,9	62,5	66,0
<i>CODICI GIALLI</i>	10,4	8,5	10,7	13,5	13,8
<i>CODICI ROSSI</i>	0,8	0,6	0,8	1,0	1,0
MODALITÀ DI GESTIONE					
% Ricoverati	14,9	13,4	12,8	11,3	10,9
% Rinviati a domicilio	80,3	78,2	76,3	73,6	74,6
% Accolti in osservazione breve di PS	—	5,9	4,8	5,3	5,3
% Accolti in osservazione breve di reparto	—	1,4	3,5	4	3,9
% Pazienti visti entro 1 ora dall'accesso	88,6	81,5	86	93,8	79,5
% Pazienti dimessi entro 3 ore dall'accesso	84	84	85	81,2	78,6

Nel periodo esaminato il numero di accessi nelle strutture è complessivamente diminuito fino al 2007 (verso 2005=-14%) e nel 2008 è aumentato, sul 2007, dell'1,7%; per quanto riguarda le modalità di invio al Pronto Soccorso

GRAF. 3.3.4 Percentuale di accessi al Pronto soccorso distinti per Triage – Anni 2005-2008



si segnala che, nell'ultimo biennio, l'85% circa dei pazienti giungono direttamente e senza alcuna richiesta del curante e solo il 6,6% (nel 2006=12 – nel 2007=7%) con richiesta del medico curante; gli invii dalle RSA sono stati meno lo 0,5%.

L'introduzione della classificazione per codice colore (accelerata dall'introduzione della normativa sulla compartecipazione alla spesa) è a regime dal gennaio 2007.

Nel 2008, la distribuzione del codice colore raggiunge il 99,9% dei casi d'accesso: l'andamento è in diminuzione per i codici bianchi (dal 22,8% al 19,2%), in aumento per i codici verdi (dal 62,5% al 66%); sono pressoché stazionari, nell'ultimo biennio, i codici gialli (dal 13,5% al 13,8%) e rossi (1%).

L'azione di filtro delle strutture di pronto soccorso appare incrementare progressivamente, come conferma il trend in riduzione della percentuale di pazienti ricoverati (dal 14,9% del 2004 al 10,9% del 2008).

I pazienti rinviati direttamente a domicilio – dall'attività di osservazione breve di pronto soccorso (5,3%) e dalle osservazioni brevi di reparto (3,9%) che sono state progressivamente attivate a partire dal 2005 e appare significativamente

utilizzata presso gli ospedali di Cavalese, Cles, Tione e Trento – sono stati complessivamente l'83,8% (nel 2007=82,9).

La "velocità" di gestione dei pazienti accolti è in lieve peggioramento dal 2006: il 79,5% dei pazienti accedono alla visita³⁸ entro 1 ora dall'ingresso in PS (nel 2007=81,8 – nel 2006=86% – nel 2005=78,2) e il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico³⁹ entro le 3 ore dall'accesso in PS interessa il 78,6% dei pazienti (nel 2007=81,2 – nel 2006=85 – nel 2005=84).

Va segnalato inoltre, che il privato-accreditato assicura, alle Unità operative di Pronto Soccorso degli ospedali di riferimento, una congrua disponibilità di posti letto per acuti nelle proprie strutture: nel 2008 sono stati accolti in esse 724 pazienti (13,8% dei ricoverati dai Pronto soccorso aziendali).

► *Assistenza ospedaliera in regime di ricovero*

L'assistenza ospedaliera in regime di ricovero è garantita dalla rete provinciale degli istituti di cura (a gestione diretta APSS e privati accreditati)⁴⁰ rappresentata nella Tabella 3.3.29, che evidenzia la disponibilità di posti letto ospedalieri in provincia di Trento, rispetto alla media nazionale: 4,75 per mille abitanti (nel 2007=4,85 – nel 2006=5,02 – nel 2005=5,02 – nel 2004=5,04 – nel 2003=5,10 – nel 2002=5,30 – nel 2001=5,50) di cui 3,48 per acuti e 1,27 per riabilitazione e lungodegenza (0,85 + 0,42), verso il 4,60 nazionale di cui 4,13 per acuti e 0,47 per riabilitazione e lungodegenza.

È opportuno segnalare, in proposito, che i più recenti orientamenti, allo studio in sede nazionale, (Bozza concordata dal Gruppo di lavoro Ministero-Regioni sull'appropriatezza e la programmazione ospedaliera) prevedono, in merito al dimensionamento dell'offerta ospedaliera, la revisione degli standard attualmente definiti normativamente (e corrispondenti a 4,5 posti letto per mille abitanti e tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti) prefigurando un processo di riduzione ulteriore del numero di posti letto per mille abitanti (adeguando la realtà nazionale all'evidenza tecnica e programmatica delle realtà regionali più avanzate) ponendo come obiettivo quello di ridurre a 3 posti letto ordinari per acuti ogni mille abitanti il parametro di riferimento nazionale cui aggiungere un posto letto ogni mille abitanti per l'attività di riabilitazione, postacuzie e neonati sani.

All'interno del parametro così determinato deve essere prevista una dotazione di posti in regime di day hospital pari ad almeno il 10% (con l'obiettivo di raggiungere il 25%).

³⁸ *Accettazione*: tempo intercorrente fra l'accesso e la visita.

³⁹ *Dimissione*: tempo intercorrente fra l'accesso e la dimissione.

⁴⁰ Si aggiungono strutture sanitarie extraprovinciali (attraverso il sistema della mobilità sanitaria interregionale e internazionale) per le esigenze sanitarie legate all'erogazione di prestazioni non disponibili e di alta specializzazione (reti interregionali - centri di riferimento di altri servizi sanitari regionali e ambiente della ricerca universitaria).

TAB. 3.3.29 Istituti di cura a gestione diretta, classificati e privati accreditati: dotazione posti letto e servizi – Anno 2008

OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA APSS

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE POSTI LETTO			LABORAT. ANALISI	RADIOLOGIA	PRONTO SOCCORSO
	Ordinari	SH	Totale	Ordinari	SH	Totale		Ordinari	SH	Totale			
Cavalese	79	6	85					79	6	85	*	*	*
Borgo	78	6	84					78	6	84	*	*	*
Villa Rosa				71	6	77		71	6	77			
S. Chiara	636	85	721					636	85	721	*	*	*
Mezzolombardo	30	8	38		20	20		30	28	58	*	*	*
Cles	115	11	126				4	119	11	130	*	*	*
Tione	74	10	84					74	10	84	*	*	*
Alto Garda	100	15	115	14	8	22	13	127	23	150	*	*	*
Rovereto	297	36	333	37		37		334	36	370	*	*	*
Ala					42	42			42	42			
Totale	1.409	177	1.586	122	76	198	17	1.548	253	1.801	8	8	8

OSPEDALI CLASSIFICATI E PRIVATI ACCREDITATI

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE POSTI LETTO			LABORAT. ANALISI	RADIOLOGIA
	Ordinari	SH	Totale	Ordinari	SH	Totale		Ordinari	SH	Totale		
S. Camillo	104	8	112	6		6	7	117	8	125	*	*
S. Pancrazio				83		83		83		83		
Villa Bianca	39	6	45				12	51	6	57	*	*
Solatrix	65		65	10	5	15	30	105	5	110		*
Villa Regina							130	130		130		
Eremo				140		140		140		140		
S. Famiglia							20	20		20		
Totale	208	14	222	239	5	244	199	646	19	665	2	3

TOTALE POSTI LETTO OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA E OSPEDALI CLASSIFICATI E PRIVATI ACCREDITATI

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE POSTI LETTO		
	Ordinari	SH	Totale	Ordinari	SH	Totale		Ordinari	SH	Totale
Totale	1.617	191	1.808	361	81	442	216	2.194	272	2.466
ogni 1.000 ab.	3,11	0,37	3,48	0,69	0,16	0,85	0,42	4,22	0,52	4,75

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

Tale operazione richiede evidentemente il consolidamento di modelli di assistenza finalizzati a ridurre il ricorso al ricovero per acuti che dovrebbe attestarsi su un valore di 130 ricoveri anno ogni mille abitanti. Un fattore di correzione potrebbe essere inserito con riferimento alla ponderazione degli indicatori sulla base delle differenze regionali in termini di struttura della popolazione. Il dato medio di mobilità (attiva e passiva degli ultimi 3 anni) può consentire la modificazione (in aumento o diminuzione) della dotazione di posti letto ordinari per acuti, ma sempre nel limite massimo del 10%.

L'orizzonte temporale per queste realizzazioni è previsto in 5-10 anni perché vanno create le condizioni strutturali, professionali e culturali, propepetiche a rendere concretamente erogabili, e socialmente accettabili, percorsi diagnostico-terapeutici in regimi assistenziali che non prevedono il ricovero ospedaliero.

Per questo, si ritiene che "misura dell'avvio di politiche rigorose di riordino delle reti ospedaliere possa essere quella di fissare, soprattutto per le Regioni che oggi registrano indici considerevolmente superiori al target fissato, l'obiettivo intermedio di raggiungere, nel periodo 2009-2011, la dotazione di 3,3 + 1 posti letto per mille abitanti e il tasso di ospedalizzazione pari a 145 ricoveri ogni mille abitanti.

TAB. 3.3.30 Posti letto tecnici (non sono conteggiati nel parametro/1.000 abitanti) – Anno 2008

	Dialisi	Medicina d'urgenza	In unità operative	RSA a sede ospedaliera	Totale	Culle
Cavalese	7				7	14
Borgo	11				11	
Trento – S. Chiara	36	8			44	20
Cles	10		10		20	10
Tione	6		9	22	37	9
Alto Garda	9	2			11	10
Rovereto – S. M. del Carmine	12				12	16
S. Camillo				25	25	
Solatrix				20	20	
Totale	91	10	19	67	187	79

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

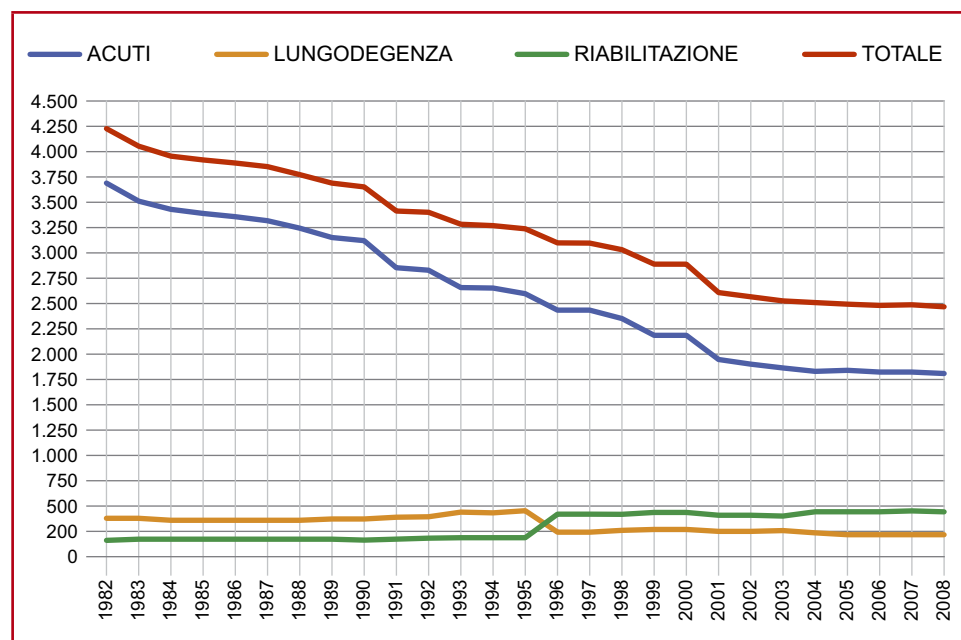
L'articolazione dei posti letto disponibili in Trentino, identificati secondo l'intensità di assistenza, è descritta nella Tabella 3.3.31 e l'evoluzione negli anni della dotazione provinciale di posti letto ospedalieri è rappresentata nel Grafico 3.3.5.

TAB. 3.3.31 Istituti di cura pubblici e privati. Posti letto per tipologia di assistenza – Anno 2008

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	Posti letto ORDINARI	Posti letto DIURNI	TOTALE posti letto	Posti letto PER 1.000 AB.
Specialità di base	1.300	152	1.452	2,79
Specialità a media assistenza	184	32	216	0,42
Specialità a elevata assistenza	91	7	98	0,19
Terapia intensiva e subintensiva	42		42	0,08
Riabilitazione	361	81	442	0,85
Lungodegenza	216		216	0,42
Totale posti letto	2.194	272	2.466	4,75
	P. letto TECNICI ORDINARI	P. letto TECNICI DIURNI	TOTALE P. letto TECNICI	
Dialisi	0	91	91	
Medicina d'urgenza e Pronto soccorso	0	10	10	
In Unità operative	0	19	19	
RSA a sede Ospedaliera	67	0	67	
Totale posti letto tecnici	67	120	187	

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

GRAF. 3.3.5 Dotazione posti letto ospedalieri in provincia di Trento – Anni 1982-2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

La Tabella 3.3.30 descrive, per il quinquennio 2003-2008, l'attività erogata e i principali indicatori di efficienza/efficacia dell'attività ospedaliera del Servizio sanitario provinciale.

TAB. 3.3.32 Servizio sanitario provinciale. Attività erogata – Anni 2003-2008

DEGENZA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO						
ATTIVITÀ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DIMESSI	59.529	58.071	57.847	57.450	57.996	57.986
di cui APSS	53.534	52.315	51.385	51.208	51.337	51.381
di cui PRIVATI ACCREDITATI	5.995	5.756	6.462	6.242	6.659	6.605
DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	16.853	16.695	16.581	16.086	16.871	
DIMESSI CON DRG MEDICO	37.312	35.630	35.684	35.398	35.466	
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	1,71	1,74	1,76	1,77	1,78	1,77
PESO MEDIO DRG MEDICI	1,03	1,04	1,04	1,04	1,03	1,03
NUMERO PARTI	4.792	5.097	4.992	4.928	4.949	5.099
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA	7,23	7,29	7,36	7,42	7,77	7,56
RICOVERI RIPETUTI	4.009	3.940	3.842	4.129	4.215	4.018
DECESSI INTRAOSPEDALIERI		1.712	1.803	1.777	1.806	1.739
% DIMESSI PER DECESSI INTRAOSPED.		2,95	3,12	3,09	3,11	3,0
DIMISSIONI ORDINARIE A DOMICILIO		52.901	51.985	51.044	48.477	47.510
% DIMISSIONI ORDINARIE A DOMICILIO		91,1	89,87	88,85	83,59	81,93
DRG MEDICI CRITICI (rischio inapproprietezza)	9.099	8.577	8.759	9.004	8.469	8.570
% INAPPROPRIATEZZA PRUO DEGENZA		7,8		7,7	7,77	
DEGENZA PER ACUTI IN REGIME DIURNO						
ATTIVITÀ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DIMESSI	22.676	24.008	24.108	24.954	26.047	26.208
di cui APSS	19.979	21.106	20.730	21.001	22.520	22.947
di cui PRIVATI ACCREDITATI	2.697	2.902	3.378	3.953	3.527	3.261
DIMESSI CON DRG CHIRURGICI	16.146	17.482	17.854	18.348	18.725	19.114
DIMESSI CON DRG MEDICI	6.431	6.354	6.097	6.241	6.730	5.929
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	0,78	0,78	0,78	0,78	0,79	0,80
PESO MEDIO DRG MEDICI	0,86	0,86	0,85	0,83	0,81	0,82
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA	2,28	2,33	2,32	2,28	2,28	2,32
% DRG CHIRURGICI IN DH SUL TOTALE DRG CHIRURGICI	48,91	51,12	51,83	53,26	52,60	52,64
% DRG CHIRURGICI IN DH SUL TOTALE DRG CHIRURGICI CRITICI (a rischio inapproprietezza)	79,23	82,06	82,55	85,14	83,83	85,10

continua >

RIABILITAZIONE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO

ATTIVITÀ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DIMESSI	7.073	7.074	7.361	7.373	7.242	7.232
di cui APSS	2.425	2.409	2.280	2.125	2.066	2.131
di cui PRIVATI ACCREDITATI	4.648	4.665	5.081	5.248	5.176	5.101
di cui ORDINARI	5.975	5.932	6.273	6.402	6.316	6.182
di cui DIURNI	1.098	1.142	1.088	971	926	1.050
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA ORDINARI	18,02	18,4	18,91	18,62	17,12	19,23
DEGENZA MEDIA DIURNI	12,51	12,75	12,6	11,56	13,66	12,42
RICOVERI RIPETUTI	724	656	685	669	684	729

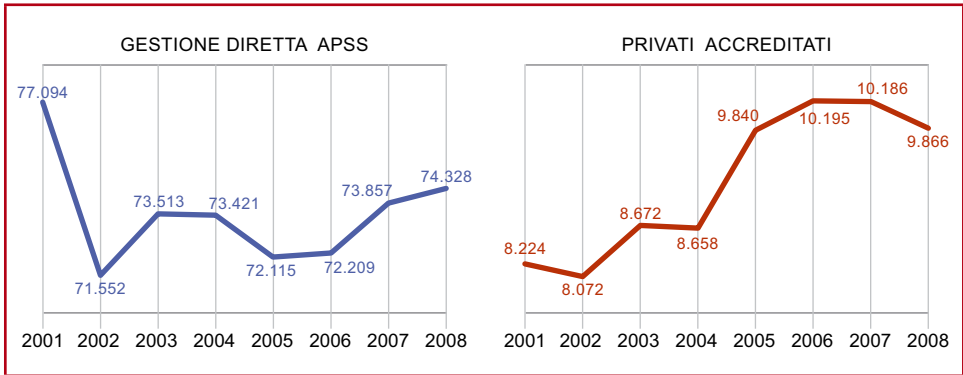
LUNGOGENZA

ATTIVITÀ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DIMESSI	3.480	3.305	3.242	3.136	3.003	2.720
di cui APSS	318	260	198	248	243	286
di cui PRIVATI ACCREDITATI	3.162	3.045	3.044	2.888	2.760	2.434
MODALITÀ DI GESTIONE	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DEGENZA MEDIA	29,98	31,36	31,41	31,4	30,87	34,80
RICOVERI RIPETUTI	85	102	80	91	72	84

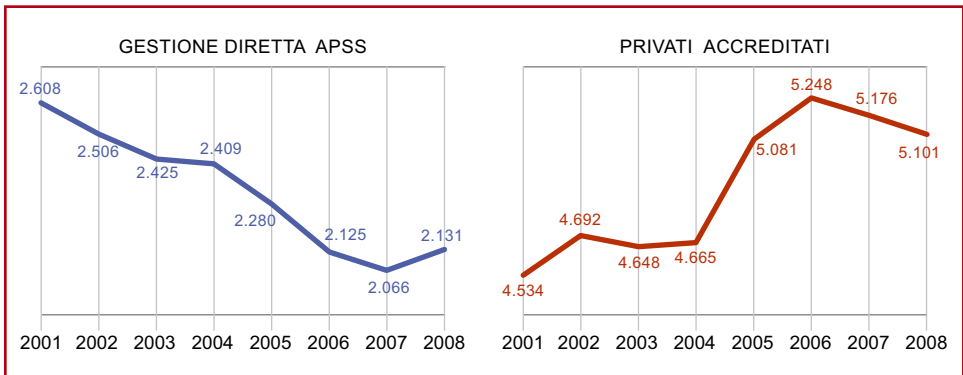
Con riferimento all'attività ospedaliera, va precisato che:

- relativamente all'attività di *degenza per acuti in regime ordinario*, i posti letto disponibili nel periodo 2003-2008, sia negli ospedali a gestione diretta che nelle strutture accreditate, sono sostanzialmente stabili (-20pl) così come i ricoveri che si sono stabilizzati su circa 58.000; il peso medio dei DRG chirurgici ha mostrato un lieve costante incremento, mentre per i DRG medici è rimasto sostanzialmente stabile; la degenza media, lievemente, ma progressivamente aumentata (anche in ragione dell'aumentata complessità della casistica e del progressivo trasferimento in regime di ricovero diurno della casistica meno complessa), si è attestata sul valore di 7,5 giorni; i ricoveri ripetuti sono in live diminuzione mentre i DRG medici a elevata probabilità di inappropriatazza sono stabili così come la mortalità ospedaliera; i pazienti con dimissioni ordinarie a domicilio sono in calo, in relazione al frequente trasferimento in lungodegenza, in istituti riabilitativi e in RSA; il numero dei parti è lievemente incrementato rispetto al valore medio del periodo (5.000/anno);
- in merito all'attività di *degenza per acuti in regime diurno*, l'attività di ricovero in regime diurno si è progressivamente sviluppata nello stesso periodo passando dai 22.676 ricoveri dell'anno 2003 ai 26.208 del 2008; il peso medio dei DRG è rimasto sostanzialmente invariato; l'attività chirurgica svolta in

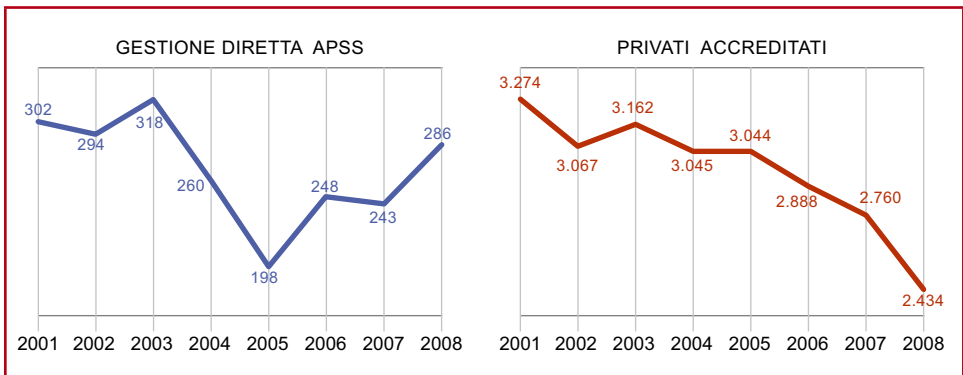
GRAF. 3.3.6 RICOVERI PER ACUTI in ospedali a gestione diretta APSS e in Ospedali privati accreditati - Anni 2001-2008



GRAF. 3.3.7 RICOVERI PER RIABILITAZIONE in ospedali a gestione diretta APSS e in Ospedali privati accreditati - Anni 2001-2008



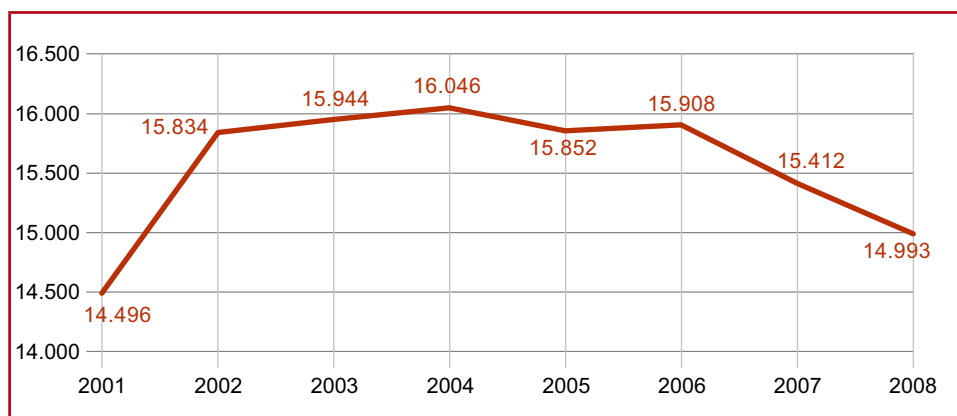
GRAF. 3.3.8 RICOVERI PER LUNGODEGENZA in ospedali a gestione diretta APSS e in Ospedali privati accreditati - Anni 2001-2008



regime diurno è progressivamente cresciuta risultando attualmente pari al 55% dell'attività chirurgica complessiva effettuata nelle strutture provinciali (il dato nazionale, riferito all'anno 2003 si attesta su valori di poco superiori al 30%); per i DRG chirurgici a rischio inappropriatezza il rapporto raggiunge, come disposto con indicazioni della Giunta provinciale in sede di recepimento del decreto sui LEA, valori superiori all'80%;

- per l'attività di ricovero in *lungodegenza* si segnala una sostanziale stabilizzazione della struttura di offerta, dopo la riduzione del numero di posti letto nelle strutture accreditate (-15% nel biennio 2005-2006) in relazione alla "trasformazione" degli stessi in posti letto di riabilitazione; anche l'attività di ricovero è rimasta sostanzialmente invariata, così come la durata media di degenza e il numero di ricoveri ripetuti;
- per l'attività di degenza ordinaria e diurna di *riabilitazione*, la struttura di offerta è aumentata del 10%, nel quinquennio 2002-2006, in relazione alle autorizzazioni rilasciate al privato accreditato nel corso dell'anno 2005; il numero di pazienti trattati è progressivamente aumentato fino al 2006 (parallelamente all'aumento di attività di ricovero ordinaria del privato accreditato) mentre nel 2007 si è registrata una lieve flessione dei dimessi che viene confermata anche nel 2008; la degenza media è lievemente aumentata nel periodo così come il numero di ricoveri ripetuti; si deve sottolineare che l'integrazione funzionale pubblico-privato assicura una congrua disponibilità di posti letto di riabilitazione, presso le strutture private accreditate, alle Unità operative di ortopedia, cardiologia e cardiocirurgia degli ospedali a gestione diretta APSS⁴¹.

GRAF. 3.3.9 Ricoveri di trentini in ospedali fuori provincia (mobilità passiva) – Anni 2001-2008



⁴¹ L'attività del privato accreditato è oggetto di specifica attività di monitoraggio da parte del Dipartimento di Riabilitazione e del Dipartimento Cardiovascolare, che effettuano almeno 2 verifiche sull'attivazione dei piani terapeutici e sul rispetto delle Linee guida aziendali nei settori di competenza.

TAB. 3.3.33 Provincia di Trento. Ricoveri di residenti presso Istituti di cura provinciali e in Mobilità passiva (al netto del DRG 391 *Neonato sano*) – Anno 2008

DISTRETTI	RICOVERI DI RESIDENTI anno 2008			MOBILITÀ PASSIVA %		TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	
	in strutture provinciali	in strutture fuori provincia	Totale ricoveri	2007	2008	Grezzo	Standard- dizzato /1.000
Valle di Fiemme	2.918	785	3.703	19,9	21,2	190,0	189,3
Primiero	274	1.195	1.469	82,6	81,3	149,2	146,5
Bassa Vals. e Tesino	4.303	747	5.050	16,4	14,8	174,7	168,0
Alta Valsugana	7.609	987	8.596	11,1	11,5	167,8	170,7
Valle dell'Adige	25.816	3.861	29.677	12,4	13,0	177,1	175,2
Valle di Non	6.744	1.218	7.962	16,2	15,3	210,8	206,0
Valle di Sole	2.474	484	2.958	15,8	16,4	184,8	182,3
Giudicarie	5.549	1.155	6.704	17,3	17,2	183,9	179,9
Alto Garda e Ledro	6.950	1.358	8.308	16,2	16,3	187,1	185,5
Vallagarina	14.181	2.381	16.562	14,8	14,4	189,6	185,3
Ladino di Fassa	1.115	542	1.657	33,3	32,7	165,8	176,7
PROVINCIA	77.933	14.713	92.646	15,9	15,9	182,1	179,9
				ITALIA (dato 2005)		214,3	212,3

L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1, punto b) ha fissato come obiettivo da raggiungere entro il 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e in regime diurno entro 180/1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (che equivale a un tasso di ospedalizzazione del 36/1000 in regime diurno). Nel 2008, il tasso di ospedalizzazione complessivo è pari a 179,3/1.000 abitanti (nel 2007=182,1/1.000 (tasso standardizzato 176,9/1.000; nel 2007=179,9/1.000) – valore in linea con quanto indicato dalla normativa – e il tasso di ospedalizzazione in regime diurno è pari a 57,1/1.000 e corrisponde al 31,8% del totale dei ricoveri. Da segnalare, in particolare, che nel 2008:

- le strutture del Servizio sanitario provinciale hanno registrato 82.145 dimissioni (+ 0,4 sul 2007) di persone residenti (36.606 maschi e 45.539 femmine);
- il 46% del totale dei ricoveri ospedalieri di residenti in Trentino riguarda persone con età maggiore di 65 anni.

► **Attività trasfusionale**

L'attività trasfusionale comprende la *raccolta*, la *lavorazione* e la *distribuzione* di emocomponenti ed emoderivati ed è assicurata dal Dipartimento di medicina trasfusionale costituito dal Servizio Immunotrasfusionale di Trento, dal

Centro Trasfusionale di Rovereto e dalle Unità di Raccolta di Borgo, Cavalese, Cles, Mezzolombardo, Pergine, Arco e Tione. Per la gestione dell'albumina e delle immunoglobuline il dipartimento si avvale della collaborazione della farmacia ospedaliera di Trento.

L'attività di raccolta documenta un incremento progressivo di sacche di sangue intero nel periodo 2003-2008.

Parimenti in incremento appare la produzione di plasma per emoderivati che assicura la disponibilità di albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione superiore al fabbisogno aziendale.

TAB. 3.3.34 Dipartimento di Medicina Trasfusionale APSS – Attività 2003-2008

ATTIVITÀ DI RACCOLTA	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SANGUE INTERO TOTALE	17.085	17.268	17.192	18.524	19.369	19.779
SIT TRENTO	5.819	5.590	5.150	6.125	6.333	5.951
CT ROVERETO	3.044	2.783	2.793	3.154	3.163	3.126
U.R. BORGO	1.420	1.544	1.374	1.523	1.449	1.592
U.R. CAVALESE	1.217	1.529	1.681	1.609	1.708	1.786
U.R. CLES	1.228	1.427	1.454	1.414	1.605	1.830
U.R. MEZZOLOMBARDO	687	780	741	798	871	896
U.R. PERGINE	1.036	1.056	1.135	1.075	1.259	1.392
U.R. ARCO / RIVA	1.272	1.301	1.465	1.443	1.588	1.713
U.R. TIONE	1.362	1.258	1.399	1.383	1.393	1.493
AFERESI TOTALI	2.658	2.695	2.834	2.673	2.734	3.149
PLASMAFERESI	2.204	2.207	2.176	2.052	2.086	2.385
PLASMAPIASTRINOAFERESI	112	161	137	172	200	155
PIASTRINOAFERESI	119	48	40	38	10	12
PLASMAFERESI (CT ROVERETO)	223	279	481	408	436	596
PIASTRINOAFERESI (CT ROVERETO)				3	2	1

Nel corso del 2008, il Dipartimento ha completato la rete informativa dipartimentale collegando tutte le Unità di Raccolta afferenti al SIT di Trento e al CT di Rovereto⁴² ed è stato implementato il sistema di rilevazione delle "non conformità" nell'ambito dell'identificazione del paziente, della compilazione della richiesta trasfusionale e della trasfusione degli emocomponenti che ha portato a ridefinire ulteriormente le modalità procedurali per l'assegnazione e distribuzione degli emocomponenti.

⁴² Per la corretta gestione del sistema informativo Dipartimentale provinciale sono stati predisposti due eventi formativi, accreditati ECM, per tutto il personale delle Unità di Raccolta.

- **Donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti**
 L'attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti è coordinata, in APSS, da una specifica figura professionale (transplant coordinator) e ha coinvolto numerose strutture per le diverse tipologie di prelievo/donazione, come descritto dalla Tabella 3.3.35.

TAB. 3.3.35 Donazione, prelievo e trapianti di organi e tessuti: tipologia e strutture ospedaliere

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	STRUTTURE OSPEDALIERE				
DONAZIONE MULTIORGANO	TRENTO U.O. Anestesia e Rianimazione				
PRELIEVO CORNEE	TRENTO	ROVERETO	BORGO	CAVALESE	
DONAZIONE CELLULE STAMINALI E PLACENTA	CAVALESE	ARCO	TIONE	TRENTO S. CAMILLO	ROVERETO
DONAZIONE SAFENE DA VIVENTE	CLES	BORGO	ROVERETO		
DONAZIONE OSSO DA VIVENTE	CAVALESE				

Nella Tabella 3.3.36 è descritta l'attività di procurement di organi e tessuti presso le strutture aziendali.

TAB. 3.3.36 Procurement di organi e tessuti presso le strutture APSS – Anni 2002-2008

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	STRUTTURA	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prelievo multiorgano	TRENTO	6	2	3	2	3	8	9
Prelievo multitessuto	TRENTO							2
Donazione di cornee	TRENTO	11	6	9	8	10	11	13
	ROVERETO	23	10	10	4	3	7	4
	BORGO	14	41	28	18	15	15	4
	CAVALESE		13	25	21	22	26	22
	TIONE							2
Donazione staminali	CAVALESE	86	102	63	58	42	35	30
	ARCO				79	27	56	54
	S. CAMILLO				58	31	27	18
	ROVERETO						8	69

continua >

Prelievo di placenta	ARCO					21	34	35
	TIONE					10	18	17
	CAVALESE					3	10	26
Donazione di safene	CLES		3	22	27	12	0	0
	BORGO			6	3	5	0	0
	ROVERETO					8	2	0
	CAVALESE							30
Donazione di osso	CAVALESE			29	32	32	24	8

Il coinvolgimento degli Ospedali di Valle nella donazione di cornea e, più recentemente, nell'attività di donazione di tessuti da vivente è stata ulteriormente sviluppato per aggregare ulteriori centri, in particolare per i prelievi di staminali e cornee (ospedale di Tione) anche attraverso una specifica attività di formazione e sensibilizzazione del personale.

Da segnalare che, per quanto riguarda le donazioni multiorgano, non sono conteggiate nelle statistiche le donazioni effettuate da cittadini trentini ricoverati presso strutture extra-provinciali; qualora venisse considerato anche l'apporto di tale donazione, il valore donatori/popolazione risulterebbe pari ai migliori valori osservati nelle nazioni europee di riferimento (Spagna).

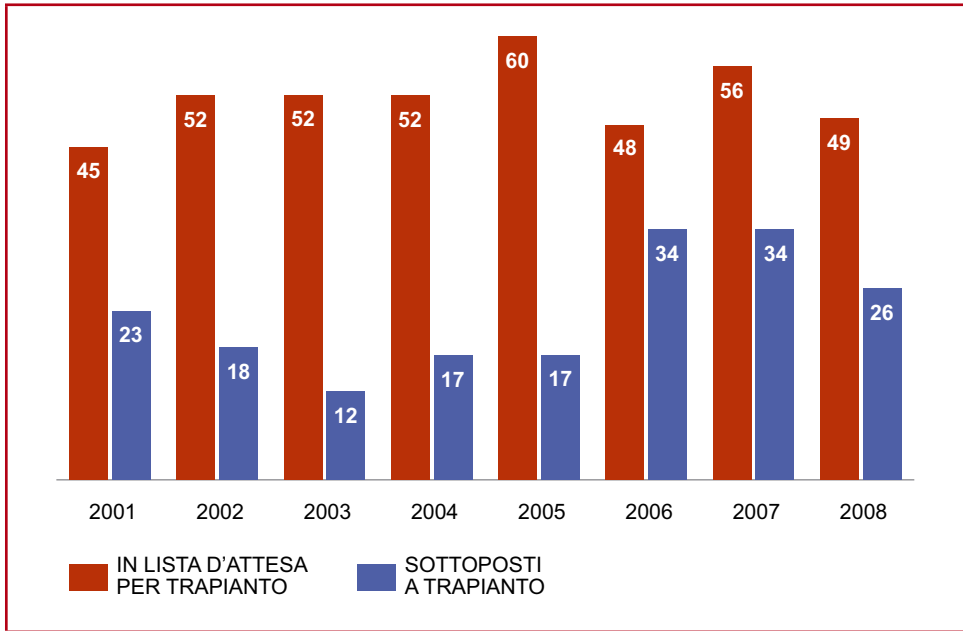
La provincia di Trento mantiene come centro interregionale di riferimento in Italia il NITp (*Nord Italia Transplant program*) e come centro di riferimento estero l'Austria che aderisce all'*Eurotransplant*. La convenzione con il Centro Trapianti di Innsbruck permette ai residenti in provincia di Trento l'iscrizione alle liste di attesa trapianto anche presso il centro del Sud Tirolo.

Il Grafico 3.3.10 descrive l'andamento del numero di residenti trentini sottoposti a trapianto e quello dei residenti trentini in lista di attesa per trapianto.

Il *transplant coordinator* assicura l'alimentazione di specifici flussi informativi con il Centro nazionale trapianti e il Nit, oltre che con le banche di riferimento aziendale (Treviso e Milano).

Ogni anno, d'intesa con l'URP e l'Assessorato competente, è organizzata una settimana di *sensibilizzazione alla donazione* per la popolazione trentina, le scuole e i professionisti, i cui risultati possono essere misurati con la pressoché totale assenza di rifiuto alla donazione osservata presso le nostre strutture. In generale, si conferma la necessità di aumentare la sensibilizzazione e formazione del personale per sviluppare l'attività di prelievo organi e tessuti: l'operatore sanitario spesso omette l'informativa all'utente della possibilità di donare (legge 91/99); a fronte di un buon consenso sociale alla donazione, si registrano ostacoli indotti da carenze organizzative interne agli ospedali.

GRAF. 3.3.10 Trentini residenti in lista d'attesa per trapianto e sottoposti a trapianto -
Anni 2001-2008



Periodicamente sono aggiornate le procedure di raccolta e i protocolli di prelievo dei tessuti.

Dal 2006 è assicurato il ritorno informativo ai Dipartimenti ospedalieri delle complessive attività di procurement di organi e tessuti, secondo modalità tese a promuovere il miglioramento della raccolta e degli aspetti procedurali: in particolare con il Dipartimento di Anestesia e rianimazione per il prelievo multiorgano, il Dipartimento Materno-infantile per staminali e placenta, il Dipartimento di Chirurgia generale per i vasi e il Dipartimento di Ortopedia per l'osso.

Il livello dell'*assistenza ospedaliera* ha assorbito nel 2008 una spesa di 507.512.000 euro (nel 2007=497.391.000 - nel 2006=472.188.000 - nel 2005=455.225.000 - nel 2004=432.250.000 - nel 2003=420.825.000 - nel 2002=439.263.000 - nel 2001=366.393.000). La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 46,51% (nel 2007=47,19 - nel 2006=47,12 - nel 2005=47,50 - nel 2004=47,39 - nel 2003=47,8 - nel 2002=51,8 - nel 2001=51,2).

3.4 Profili di salute: gli indicatori più significativi

A completamento dell'analisi descrittiva dei livelli d'assistenza sanitaria si presentano, di seguito, gli indicatori di salute più significativi per ogni singolo Distretto/Comprensorio della provincia di Trento.

TAB. 3.4.1 Profili di salute per Distretto/Comprensorio – Indicatori 2008

ASPETTI DEMOGRAFICI													
	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA	
Maschi residenti al 31.12.2008	9.657	4.934	13.181	25.720	83.923	19.334	7.695	18.509	22.882	43.796	4.743	254.374	
Femmine residenti al 31.12.2008	9.921	5.150	13.858	26.389	88.971	19.604	7.872	18.873	24.201	45.700	4.887	265.426	
Totale residenti al 31.12.2008	19.578	10.084	27.039	52.109	172.894	38.938	15.567	37.382	47.083	89.496	9.630	519.800	
Indice di vecchiaia maschi e femmine	121,8	145,8	139,2	107,7	126,9	126,8	134,7	127,4	124,6	128,2	94	124,2	
Stranieri residenti (maschi e femmine)	1082	363	1704	3.638	15843	3611	1013	2673	4127	8088	435	42577	
% stranieri residenti/Popolazione residente	5,5	3,6	6,3	7,0	9,2	9,3	6,5	7,2	8,8	9,0	4,5	8,2	

PREVALENZA/1.000 CONDIZIONI PATOLOGICHE CRONICHE SELEZIONATE (esenzione Ticket)													
	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA	
Ipertensione arteriosa	54,2	52,2	116,3	72,0	54,7	38,7	63,5	48,6	49,3	60,1	43,6	58,4	
Ipertensione arteriosa con danno	18,8	19,8	23,2	20,2	20,8	12,2	19,6	13,3	28,9	18,3	9,9	19,6	
Patologie neoplastiche maligne	31,2	33,8	35,1	35,6	42,2	28,0	34,1	35,9	44,4	39,9	26,7	38,4	
Affezioni sistema circolatorio	22,6	31,5	37,1	35,3	37,3	21,6	19,6	25,2	43,8	20,6	21,0	31,2	
Diabete mellito	34,3	23,8	31,7	25,3	29,2	25,0	24,3	28,2	33,2	28,5	23,9	28,6	
Asma	6,6	5,2	6,0	6,4	6,8	4,7	3,6	6,3	10,8	9,7	4,8	7,2	
Insufficienza renale cronica	2,2	3,3	2,2	2,6	3,4	2,3	2,1	2,4	3,0	2,3	2,0	2,8	
Psicosi	2,8	1,1	1,5	2,4	2,1	4,5	5,2	4,1	5,0	2,4	3,0	2,9	
Artrite Reumatoide	3,9	1,8	2,8	2,8	3,1	2,8	1,7	1,9	2,4	2,3	4,1	2,7	
Epilessia	2,2	3,5	2,8	2,5	3,2	2,0	2,2	2,9	2,6	2,7	2,6	2,8	

ASSISTENZA TERRITORIALE

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Totale utenti assistiti nell'anno in Assistenza Domiciliare Programmata dei MMGG	169	23	280	512	1.414	513	110	478	515	784	16	4.814
Totale utenti assistiti nell'anno in Assistenza Domiciliare Integrata dei MMGG	28	26	111	199	460	121	14	41	69	129	29	1227
Rapporto tra N. Utenti in Assistenza Programmata/ N. utenti in Assistenza Integrata-CP	6,0	0,9	2,5	2,6	3,1	4,2	7,9	11,7	7,5	6,1	0,6	3,9
Tasso complessivo di Assistenza domiciliare/1.000 residenti	29,1	51,2	66,2	39,5	34,1	40,8	32,1	58,3	42,5	25,8	24,4	36,4
Tasso complessivo di Assistenza domiciliare nei ≥65enni/1.000 residenti di ≥65 anni	132,0	204,5	267,6	182,3	142,6	173,1	122,9	242,7	183,4	114,0	132,1	161,8
% MMGG che hanno attivato almeno 1 piano ADI/ADICP	100,0	86,0	100,0	95,0	86,0	100,0	83,0	96,0	77,0	81,0	100,0	88,0
% deceduti a domicilio sul totale utenti complessivi delle cure domiciliari	67,0	53,0	46,0	62,0	53,0	78,0	86,0	65,0	53,0	53,0	74,0	58,0
Afferenza ai consultori familiari /1.000 residenti	21,8	58,5	21,0	33,3	14,0	22,1	22,1	18,8	34,3	27,1	21,8	22,8

PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE TERRITORIALI

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Ricette pro capite	7,2	7,5	8,3	7,5	7,6	7,2	7,7	7,4	8,4	7,9	6,8	8,1
DDD/1.000/die per tutti i farmaci	732	679	914	770	786	725	794	763	867	831	679	796
Spesa pro capite (Euro)	167	184	208	182	178	157	173	175	208	192	170	183

ASSISTENZA OSPEDALIERA

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Tasso grezzo complessivo (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizzazione/1.000 al netto del drg 391 - ricoveri ordinari	120,7	108,6	131,5	111,4	114,7	144,3	130,1	125,7	121,9	131,1	115,2	122,3
Tasso standardizzato complessivo (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizzazione/1.000 al netto del drg 391 - ricoveri ordinari	119,6	103,9	126,9	112,9	112,9	139,7	128,0	122,3	120,3	127,6	123,4	120,3
Tasso grezzo complessivo (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizzazione/1.000 al netto del drg 391 - ricoveri in day hospital	69,5	37,0	56,3	55,0	58,1	60,8	60,3	54,3	56,0	55,4	57,7	57,0
Tasso standardizzato complessivo (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizzazione/1.000 al netto del drg 391 - ricoveri in day hospital	69,3	36,8	55,1	55,7	57,7	60,0	59,7	53,4	55,5	54,8	59,6	56,5
Tasso grezzo complessivo (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizzazione/1.000 al netto del drg 391 - tutti i ricoveri	190,2	145,6	187,8	166,4	172,8	205,1	190,4	180,0	177,9	186,4	173,0	179,3
Tasso standardizzato complessivo (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizzazione/1.000 al netto del drg 391 - tutti i ricoveri	188,8	140,8	182,1	168,6	170,6	199,8	187,7	175,7	175,8	182,4	183,0	176,9
Tasso di ospedalizzazione complessivo, compresa mobilità passiva, per età 04 anni/1000, al netto DGR 391	152,8	102,4	112,5	149,2	154,9	174,3	134,8	135,1	119,4	147,7	134,7	145,6
Tasso di ospedalizzazione complessivo, compresa mobilità passiva, per età 75 anni e oltre/1.000	492,9	328,8	455,2	469,6	484,7	547,2	413,0	486,9	477,4	510,0	495,1	485,2

continua >

Proporzione ricoveri in mobilità passiva, al netto DRG 391	21,2	81,3	14,8	11,5	13,0	15,3	16,4	17,2	16,3	14,4	32,7	15,9
Tasso di ospedalizzazione per DRG 59-60 (Adenotonsillectomia)/1.000 in età 0-14	2,3	0,0	3,3	5,5	5,4	4,0	7,0	4,9	7,5	7,5	0,6	5,4
Tasso grezzo di ospedalizzazione per DRG 119 - Stripping di vene /1.000	2,7	0,3	1,9	2,7	2,1	1,4	2,3	1,7	2,9	1,4	2,9	2,0
Tasso grezzo di ospedalizzazione per DRG 127- Scompenso cardiaco /1.000	2,5	0,3	3,6	3,0	3,3	4,5	3,9	2,4	2,7	4,9	3,2	3,4
Tasso grezzo di ospedalizzazione per DRG 161-162 - Erniectomia inguinale/femorale >17 anni /1.000	2,5	0,9	2,2	2,1	2,1	2,5	1,9	2,0	2,0	2,2	1,9	2,1
Tasso grezzo di ospedalizzazione per DRG 164-167 - Appendicectomia /1.000	0,9	0,0	1,7	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	0,9	1,6	0,6	1,2
Tasso grezzo di ospedalizzazione per DRG 195-198, 493-494 - Colecistectomia /1.000	1,7	0,1	1,3	1,3	1,5	1,4	1,5	1,5	1,9	1,8	1,7	1,5

SERVIZI di EMERGENZA e URGENZA

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Afferenza al servizio di continuità assistenziale/1000	195,5	546,0	245,9	134,1	395,4	171,8	169,5	269,1	186,0	217,9	253,4	211,4
Afferenza ai punti di Pronto Soccorso /1.000	314,8	279,8	279,8	357,4	397,9	335,0	335,0	266,7	353,7	359,9	314,8	354,0

VACCINAZIONI - Coperture 24 mesi (coorte 2004)

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Antipolio	95,4	96,3	96,2	96,9	96,5	96,9	94,7	97,2	96,7	96,0	93,4	96,4
Epatite B	95,4	96,3	96,2	96,4	95,6	96,9	94,7	97	96,3	95,6	93,4	95,9
Anti Hib	94,8	96,3	95,7	94,8	94,7	95,6	94,7	96	94,9	94,6	91,5	94,9
Difterite	95,4	96,3	96,2	97,1	96,5	96,9	94,7	97,5	96,9	96,0	93,4	96,5
Tetano	95,4	96,3	96,2	97,2	96,6	96,9	94,7	97,5	96,9	96,7	93,4	96,6
Pertosse	95,4	96,3	96,2	96,7	96,3	96,9	94,7	97,2	96,7	95,6	92,5	96,2

continua >

Morbillo	90,1	83,2	88,6	85,5	87,4	88,1	87,0	90,5	92,2	88,9	85,9	88,2
Parotite	90,1	83,2	88,6	85,2	87,0	87,8	87,0	90,5	91,8	88,9	85,9	88,0
Rosolia	90,1	83,2	88,6	85,2	87,1	87,8	87,0	90,5	91,8	88,9	85,9	88,0
% Copertura antiinfluenzale ≥65 anni	66,3	62,0	66,6	64,5	69,5	66,2	68,0	64,9	69,2	69,0	65,9	67,8

MALATTIE INFETTIVE - morbosità/100.000

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Tbc		19,8	3,7		8,2	7,7			10,7	32,6		10,5
Malaria					1,2					2,3		0,8
Salmonellosi	36	9,9	3,7	13,5	30,9	5,2		5,4	10,7	11,3		17
Diarrea infettiva									6,4	1,1		0,8
Pertosse					2,9				8,6	2,3		2,1
Scarlattina	10,3	49,6		11,6	40,8	126,2	19,3	8,1	77,1	57,4	20,9	43,9
Meningite virale										1,1		0,2
Meningite meningococcica					1,2							0,4
Varicella	308,2	376,6	353,3	377,4	206,1	739,4	379,7	34,9	441,1	584,2	354,9	360,1
Morbillo		29,7			2,3	5,2				2,3		2,1
Rosolia	5,1				2,9	12,9				9	20,9	4,1
Parotite epid.	10,3			1,9	4,1			2,7				2,5
Epatite A					1,2					6,8		1,5
Epatite B	5,1				2,3					3,4		1,5
Epatite C								2,7				0,2
Legionellosi	10,3					5,2			6,4	4,5		7,5
Blenorragia					4,1							1,4
Sifilide					19,8							6,6
TOTALE malattie infettive - classe II	385,2	485,6	379,3	404,5	340	901,7	405,4	59,1	561	719,3	396,7	463,2

SALUTE MATERNO-INFANTILE

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Proporzione di madri con 0-3 visite ostetriche in gravidanza	3,7	4,4	12	7,2	6,6	28,2	35,3	13,6	10,2	6,9	1,1	10,4
Proporzione di madri con meno di 3 controlli ecografici in gravidanza	1,8	5,9	3,1	4,5	5,8	4,5	3,8	4,2	3,7	4,9	2,3	5,2

continua >

% di partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita/100 primipare	66,2	12,5	59,8	66,1	63,1	67,6	68,9	63,5	52,5	57,9	66,7	58,9
% di partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita/100 pluripare	3,4	4,5	17,4	16,7	16,4	13,8	12,5	12,2	6,7	16,4	9,8	13,7
Tasso di abortività spontanea /1.000 donne in età fertile	5,1	0,0	5,3	6,8	6,0	4,4	4,2	4,2	3,7	6,3	4,3	5,4
Tasso di abortività volontaria/1.000 donne in età fertile, corretto per mobilità	3,1	8,5	4,3	6,2	8,4	5,5	7,6	4,2	7,2	7,2	3,0	6,8
Tasso di incidenza/100.000 diabete mellito insulino-dipendente 0-14	14,1	22,1	8,5	15,9	17,0	16,6	29,0	35,2	18,8	17,5	14,1	18,3
Tasso di incidenza/100.000 del diabete mellito insulino-dipendente 0-29	14,5	21,4	8,2	10,2	14,0	16,1	13,9	25,6	9,5	11,3	14,5	14,1
Copertura screening ortottico a 4 anni - Anno 2007-08	84,5	82,7	93,9	91,3	8,2	92,3	94,8	93,4	86,9	85,5	77,1	89,1
Prevalenza/100 patologia visiva accertata a 4 anni - Anno 2007-08	0,0	1,2	10,7	2,3	5,0	7,2	13,9	6,6	2,4	1,6	0,0	4,4
Incidenza/100 dei nuovi casi di ambliopia a 4 anni - Anno 2007-08	0,0	0,0	0,4	0,8	1,6	6,8	12,4	1,9	2,9	0,1	0,0	1,8
Copertura screening odontoiatrico a 7 anni - Anno 2007-08	Non effettuato	92,4	91,6	91,8	86,2	93,2	93,8	86,6	86,7	88,8	Non effettuato	85,2
% esenti nuove carie a 7 anni - Anno 2007-08	Non effettuato	61,1	53,6	70,4	71,8	67,5	63,1	63,9	65,2	65,2	Non effettuato	66,5

SALUTE MENTALE

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Prevalenza utenti in carico al Centro per i disturbi alimentari/1.000	0,3	0,5	0,2	0,4	0,6	0,4	0,6	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4
Tasso di ospedalizzazione in SPDC/1.000	1,8	3,0	2,3	1,5	1,3	0,9	0,7	1,3	1,7	1,4	0,5	1,4
Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche/1.000	2,9	3,0	3,4	3,1	3,2	3,0	3,0	3,6	3,5	2,9	2,6	3,2

TOSSICODIPENDENZA

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Afferenza al Ser.T	17,2	41,8	44,2	38,6	63,4	24,6	16,8	25	75,1	43,6	3,7	47,8

ASSISTENZA ANZIANO

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR O - VINCIA
Tasso di ingresso in casa di riposo / R S A negli ultra 65enni /1.000 persone con 65 anni e più	15,1	17,2	23,2	18,7	17,6	10,1	15,7	37,6	20,5	17,5	15,1	18,9
Tasso grezzo di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - Maschi	547,2	409,6	520,1	455,4	452,2	502,4	487,2	515,1	369,6	394,7	352,3	449,1
Tasso standardizzato di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - Maschi	558,5	431,7	525,1	479,0	447,5	485,1	511,5	504,1	367,2	396,8	363,5	449,1
Tasso grezzo di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - Femmine	345,3	400,8	451,9	365,5	359,5	414,5	367,8	440,6	354,8	366,8	354,7	377,0
Tasso standardizzato di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - Femmine	347,7	383,2	440,2	364,6	358,5	395,7	364,3	424,8	370,5	375,7	415,6	377

HANDICAP-DISABILITÀ

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Tasso standardizzato per età/10.000 dei soggetti con handicap - Tutte le età	5,0	5,4	10,4	12,4	13,3	8,8	7,8	9,3	10,6	12,7	3,9	11,2
Tasso standardizzato per età/10.000 dei soggetti con handicap - Soggetti minorenni	5,6	5,6	9,2	9,8	9,3	8,5	7,0	6,7	8,3	10,6	5,2	8,8

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Tasso prenotazione visita specialistica/1.000 in provincia	128,9	112	112	88,1	240,1	127,4	127,4	94,4	191,7	213,6	128,9	178,3
% prenotazioni presso strutture entro il distretto di residenza	94,9	90,1	90,1	43,6	91,1	86,6	86,6	88,3	91,4	92,9	94,9	84,8
Numero medio di prestazioni specialistiche ambulatoriali/residente	21,1	23,3	23,3	20,1	14,9	20,1	20,1	19,3	23,5	19,5	21,1	18,8

MORTALITÀ

	Fiemme	Vallagarina	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Fassa	PR OVINCIA
Tasso grezzo di mortalità/10.000 per tutte le cause - Maschi	100,9	89,2	105,2	80,4	85,5	99,1	101,5	96,1	77,0	81,5	57,2	87,0
Tasso standardizzato di mortalità/10.000 per tutte le cause - Maschi	102,4	87,8	104,1	90,8	85,4	92,5	101,7	93,7	75,2	80,6	71,1	87,0
Tasso grezzo di mortalità/10.000 per tutte le cause - Femmine	83,82	114,4	116,9	79,1	88,3	100,8	90,4	111,0	83,0	89,9	76,1	91,4
Tasso standardizzato di mortalità/10.000 per tutte le cause - Femmine	83,9	95,7	103,5	84,2	88,9	94,1	87,2	102,6	89,5	91,0	115,4	91,4

Fonte: APSS - Servizio Osservatorio Epidemiologico

3.5 La mobilità sanitaria interregionale (attiva e passiva)

A seguito della riforma del Servizio sanitario nazionale recata dal decreto legislativo n. 502/1992 *la libertà di scelta del luogo di cura da parte degli assistiti* ha assunto un peso rilevante nelle decisioni di programmazione e pianificazione sanitaria anche in considerazione del fatto che *“il finanziamento dei Servizi sanitari regionali che avviene in base ad una serie di parametri (tra cui la popolazione residente), deve tener conto della mobilità sanitaria per tipologia di prestazione”*.

Il fenomeno della mobilità sanitaria ha ormai assunto, nel contesto nazionale, dimensioni notevolissime, tanto che i disequilibri territoriali fra determinate aree del Paese (in particolare fra le regioni meridionali e le regioni del Veneto e della Lombardia) sono in continua evoluzione.

Le determinanti della mobilità sanitaria interregionale sono molteplici e coinvolgono aspetti riguardanti sia il versante della domanda che quello dell'offerta delle prestazioni sanitarie.

Particolare rilevanza assumono:

1. Le scelte di politica sanitaria effettuate dalle singole Regioni e Province autonome in merito alla tipologia ed al grado di specificità delle prestazioni sanitarie erogate, anche in considerazione del bacino di utenza ottimale necessario per garantire idonei standard qualitativi;
2. Le scelte individuali – in diversa misura dirette o derivate – dei cittadini che possono decidere, per i più svariati motivi, di rivolgersi ad una qualsiasi struttura sanitaria regionale od extraregionale.
3. Nell'ambito del Servizio sanitario provinciale, la mobilità sanitaria continua ad essere attentamente monitorata, posto che *dal 1995 si è sempre registrato un saldo della mobilità sanitaria negativo e che lo stesso è in continua crescita come descritto dalla Tabella 3.5.1 e nel Grafico 3.5.1.*

L'attività di contenzioso effettuata fino ad ora ha consentito la riduzione dei saldi negativi provinciali della mobilità sanitaria interregionale dal 1995 al 2008 per 13.229.438 euro.

Dall'analisi dei flussi di mobilità sanitaria dell'anno 2008, distinti per Regione, emerge che la Provincia autonoma di Trento – come riportato nella Tabella 3.5.2 – è debitrice netta principalmente nei confronti di Veneto (–15,1 milioni di euro), Provincia autonoma di Bolzano (–7,8 milioni di euro) ed Emilia-Romagna (882 migliaia di euro).

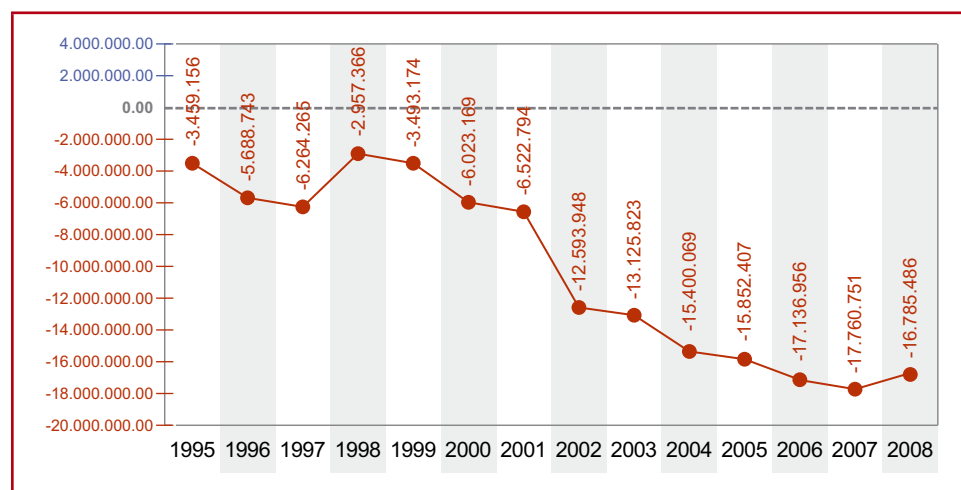
Dai dati presentati nella Tabella 3.5.2 emerge un miglioramento nei saldi della mobilità nei confronti di quasi tutte le regioni, in particolare nei confronti della Provincia Autonoma di Bolzano.

TAB. 3.5.1 Mobilità sanitaria interregionale. Saldi – Anni 1995-2008

Anno	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo iniziale	Saldo a seguito degli accordi (*)	Variazione a seguito accordi
1995	33.226.182	29.767.026	-3.459.156	-1.788.490	1.670.666
1996	36.495.962	30.807.219	-5.688.743	-5.163.020	525.723
1997	39.291.949	33.027.684	-6.264.265	-5.422.464	841.801
1998	38.247.182	35.289.816	-2.957.366	-1.599.999	1.357.367
1999	39.528.250	36.035.076	-3.493.174	-2.472.744	1.020.430
2000	44.797.120	38.773.951	-6.023.169	-4.902.460	1.120.709
2001	47.669.523	41.146.729	-6.522.794	-5.279.081	1.243.713
2002	54.076.630	41.482.682	-12.593.948	-11.600.206	993.742
2003	55.817.076	42.691.253	-13.125.823	-12.290.253	835.570
2004	57.855.199	42.455.130	-15.400.069	-14.798.520	601.549
2005	60.799.850	44.947.443	-15.852.407	-15.094.430	757.977
2006	61.024.402	43.887.446	-17.136.956	-15.982.367	1.154.589
2007	62.876.703	45.115.952	-17.760.751	-16.655.148	1.105.603
2008	45.345.784	62.131.270	-16.785.486		
Totale	677.051.812	567.558.677	-143.064.107	-113.049.183	13.229.438

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

(*) Accordo bilaterale (fra le due regioni coinvolte) che prevede le seguenti fasi : verifica attività effettuata - contestazione - controdeduzione - accertamento debito/credito = saldo definitivo).

GRAF. 3.5.1 Mobilità sanitaria interregionale. Saldi iniziali – Anni 1995-2008. Importi in euro

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

TAB. 3.5.2 Mobilità sanitaria per regione – Anno 2008. Importi in migliaia di euro

REGIONE	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo 2007	Saldo 2008
Piemonte	480	532	168	52
Valle d'Aosta	26	30	-10	4
Lombardia	10.260	12.249	2.808	1.989
P. A. di Bolzano	13.297	5.489	-9.016	-7.808
Veneto	30.558	15.497	-15.710	-15.061
Friuli Venezia Giulia	499	555	127	56
Liguria	322	669	98	347
Emilia Romagna	4.149	3.267	-887	-882
Toscana	740	851	35	111
Umbria	39	158	160	119
Marche	99	433	304	334
Lazio	526	1.585	1.007	1.059
Abruzzo	115	251	158	136
Molise	28	49	-10	21
Campania	403	883	691	480
Puglia	131	755	584	624
Basilicata	25	102	87	77
Calabria	59	560	546	501
Sicilia	250	1.069	967	819
Sardegna	125	362	132	237
Totale	62.131	45.346	-17.761	-16.785

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Per un'analisi più completa dei flussi della compensazione della mobilità sanitaria interregionale, preme ricordare che il Coordinamento degli Assessori alla Sanità in data 2 marzo 2005 ha concordato di inserire nella compensazione anche le prestazioni per degenti psichiatrici "residui manicomiali"; ciò considerato che "spetta alla Regione di residenza al momento del ricovero, l'onere relativo alle spese per la degenza dei malati psichici, essendo irrilevante il cambio di residenza seguito al ricovero". In particolare nella riunione del 26 aprile 2006 il Coordinamento degli Assessori alla Sanità, ferma restando l'esclusione dagli addebiti dovuti per la quota capitaria per assistito, ha concordato che gli addebiti per i residui manicomiali vengano conteggiati a far data dal 1997.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale, fino al 1 novembre 2002, l'Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana ha fornito prestazioni sanitarie anche a soggetti

non residenti al momento del ricovero che, alla chiusura del predetto ospedale, sono stati ospitati presso strutture residenziali psichiatriche.

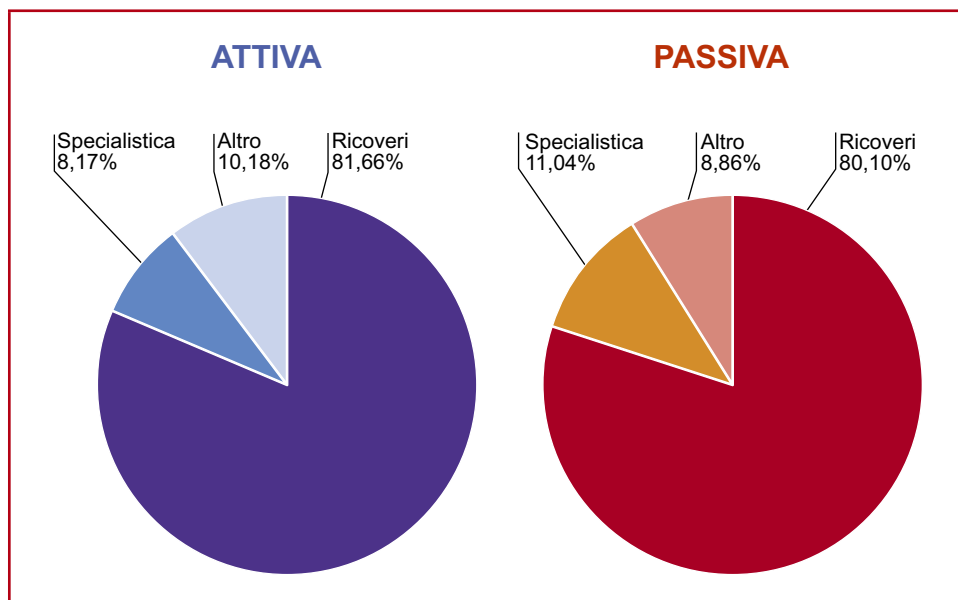
Dai dati disponibili il credito complessivo della PAT per il periodo 1997 – 2008 nei confronti delle altre Regioni ammonta ad euro 18.622.950 a fronte di un debito pari a 284.182,80 euro. Si precisa comunque che le attività di contenzioso per tali addebiti sono ancora in corso.

TAB. 3.5.3 Mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni – Anno 2008. Importi arrotondati in migliaia di euro

Tipologia di prestazione	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo 2007	Saldo 2008
Ricoveri	49.768	37.029	-15.306	-12.739
Medicina di base	173	175	37	2
Specialistica	6.859	3.703	-2.858	-3.156
Farmaceutica	671	992	518	321
Termale	831	1.720	987	889
Somm.ne di farmaci	3.381	314	-2.152	-3.067
Trasporti	448	1.413	1.013	965
Totale	62.131	45.346	-17.761	-16.785

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.5.2 Mobilità sanitaria Attiva e Passiva. Composizione – Anno 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Dall'analisi per tipologia di prestazione, emerge – come negli ultimi anni – il saldo negativo deriva essenzialmente dalle prestazioni di assistenza ospedaliera, di assistenza specialistica e di somministrazione di farmaci; sono invece costantemente positivi i saldi dei flussi relativi alla *medicina generale*, alla *farmaceutica*, alle *cure termali* ed ai *trasporti*.

È importante sottolineare che, *in termini finanziari*, quasi la totalità degli addebiti riguarda – come evidenziato nel Grafico 3.5.2 – prestazioni di assistenza ospedaliera (80,10 della mobilità passiva e 81,66 della mobilità attiva).

Per quanto riguarda *l'assistenza ospedaliera*, come evidenziato nella Tabella 3.5.4, nel corso del 2008 si è verificato, in termini di fatturato rispetto all'anno precedente, un incremento della mobilità attiva per 0,46 milioni di euro (+1,25) e un decremento della mobilità passiva per 2,1 milioni di euro (–4,07).

In termini di numero di ricoveri si registra una diminuzione sia nella mobilità passiva (–419) che nella mobilità attiva (–368).

TAB. 3.5.4 Mobilità sanitaria ospedaliera. Ricoveri e fatturato – Anni 2007-2008

MOBILITÀ SANITARIA		2007	2008	Delta	Delta%
Passiva	n. ricoveri	15.412	14.993	–419	–2,72
	fatturato	51.879.994,81	49.767.844,74	–2.112.150	–4,07
Attiva	n. ricoveri	10.955	10.587	–368	–3,36
	fatturato	36.573.077,98	37.028.736,51	455.658,53	1,25
Saldo	n. ricoveri	–4.457	–4.406	51	–1,14
	fatturato	–15.306.916,83	–12.739.108,23	2.567.808,60	–16,78

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Nei successivi paragrafi si espongono alcuni dati di sintesi per la comprensione del fenomeno della mobilità sanitaria ospedaliera.

Per quanto riguarda il flusso della mobilità sanitaria passiva particolarmente significativa risulta l'analisi per destinazione (regione in cui si reca il paziente) e per provenienza (distretto da cui proviene il paziente) dei ricoverati: la Tabella 3.5.5 rappresenta dettagliatamente questo fenomeno.

In termini generali si rileva che le principali regioni creditrici sono il Veneto, (dove sono eseguiti circa il 50 dei ricoveri), la Provincia di Bolzano (21 dei ricoveri) e la Lombardia (15 dei ricoveri).

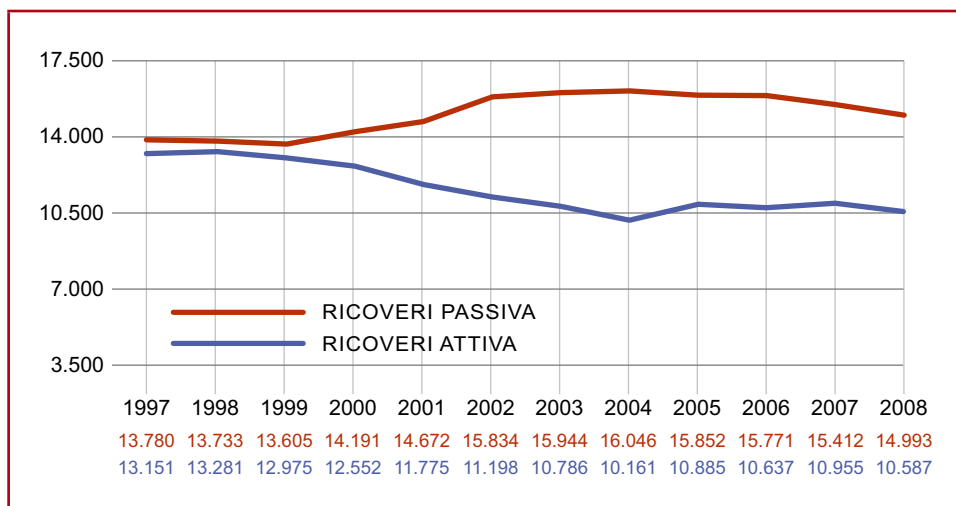
Nel corso dell'anno 2008 si è verificato complessivamente un decremento, rispetto al 2007, del numero di ricoveri eseguiti in strutture extraprovinciali a favore

TAB. 3.5.5 Mobilità sanitaria ospedaliera Passiva, per Regione di destinazione e per provenienza dei ricoverati - Anno 2008 e confronto 2007

REGIONE CREDITRICE	Distretto di provenienza dei ricoverati													Totale 2008	Anno 2007	% variazione	Variazione assoluta
	Alta Valsugana	Alto Garda	Bassa Valsugana	Cembra	Fassa	Fiemme	Giudicarie	Piana Rotaliana	Primiero	Trento e Valle Laghi	Vallagarina	Valle di Non	Valle di Sole				
Piemonte	4	5	7	1	1	2	11	2	5	23	17	12	14	104	93	11,83	11
Valle DAosta										3	1			4	5	-20,00	-1
Lombardia	127	166	69	27	70	71	654	100	13	393	272	152	125	2.239	2.342	-4,40	-103
Bolzano	211	109	90	45	338	463	86	286	23	535	234	626	135	3.181	3.412	-6,77	-231
Veneto	513	958	521	64	78	179	298	187	1.156	1.473	1.640	322	147	7.536	7.780	-3,14	-244
Friuli V. Giulia	11	8	11	1	1	4	10	14	20	50	10	5	1	146	121	20,66	25
Liguria	13	5	2	2	9	10	4	1	33	17	14	1	1	111	103	7,77	8
Emilia Romagna	77	67	31	11	55	22	68	40	20	296	149	61	34	931	843	10,44	88
Toscana	12	10	7		5	5	12	1	1	86	15	16	8	178	181	-1,66	-3
Umbria	2		1				2			7	5			17	19	-10,53	-2
Marche	3	4	3			2	2	2	1	10	6			33	40	-17,50	-7
Lazio	9	11	14		3	15	3	8	3	50	14	8	6	144	130	10,77	14
Osp. B. Gesù	1	1	1		1	2	1	1	1	1	1	1	3	7	12	-41,67	-5
Abruzzo	4	4	3			3	1	1	1	13	1	3	3	37	39	-5,13	-2
Molise	1					1				1	1	1	2	7	6	16,67	1
Campania	8	7	17		1	4	5	3	6	39	13	4		107	95	12,63	12
Puglia	4	1	6	1		1	1	6	1	29	7			57	59	-3,39	-2
Basilicata			2				1			2			2	7	10	-30,00	-3
Calabria	3						1	2	1	15		1		23	21	9,52	2
Sicilia	3	6	1			2	5	7		41	8	1	2	76	56	35,71	20
Sardegna	5	2	2		3	6	3			14	6	2	5	48	44	9,09	4
Totale 2008	1.010	1.366	786	150	558	791	1.173	664	1.252	3.113	2.417	1.228	485	14.993	15.412	-2,72	-419
Anno 2007	993	1.457	791	168	551	759	1.233	664	1.319	3.080	2.562	1.365	470	15.412			
% Variazione	1,71	-6,25	-0,63	-10,71	1,27	4,22	-4,87	0,00	-5,08	1,07	-5,66	-10,04	3,19				

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.5.3 Mobilità sanitaria Ospedaliera. Ricoveri – Anni 1997-2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

di pazienti trentini (-419 ricoveri pari al -2,72), con un'incidenza complessiva della "fuga" di pazienti pari in media al 2,88 con un apice del 12,042 nella zona del Primiero, che tradizionalmente si rivolge all'area di Feltre.

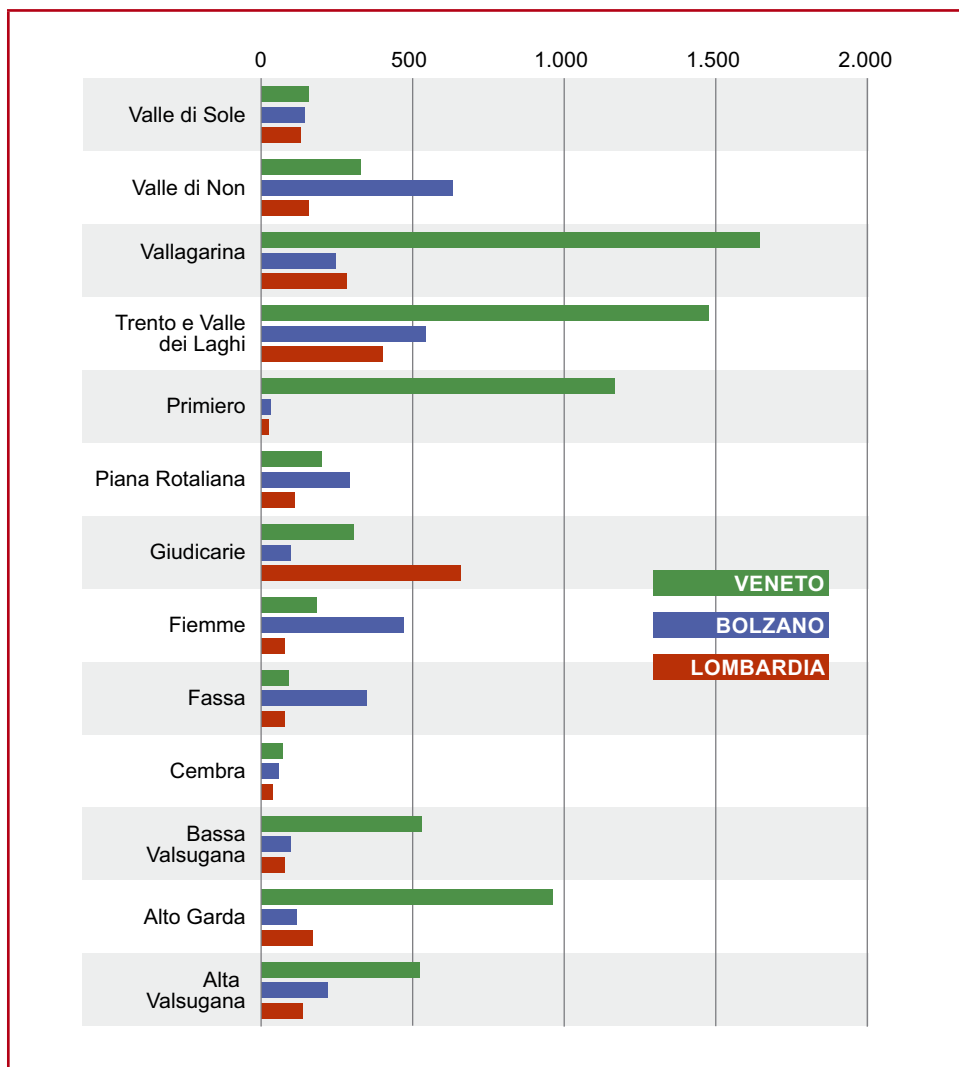
Analizzando il dettaglio dei *ricoveri per regione creditrice* si evidenzia un incremento dei ricoveri nella Regione Emilia Romagna (+88), a fronte di un forte decremento in tutte le altre regioni, soprattutto in Veneto (-244), in Provincia autonoma di Bolzano (-231) e in Lombardia (-103).

Confrontando infine i dati di mobilità passiva ospedaliera 2007-2008 per distretto di provenienza si accentua la "fuga" dei pazienti dei distretti Fiemme e Val di Sole.

L'analisi evidenzia la presenza di particolari flussi connessi alla situazione orografica del Trentino: emerge, infatti, che verso il Veneto si recano principalmente gli assistiti residenti nei Distretti Vallagarina e Primiero (la popolazione tradizionalmente orientata verso il presidio ospedaliero di Feltre); verso la Lombardia si dirigono invece i residenti nel Distretto delle Giudicarie (circa il 28 dei ricoveri addebitati dalla Regione) e verso la Provincia di Bolzano gli assistiti nel Distretto Valle di Non (circa il 19 dei ricoveri addebitati dalla Provincia).

In termini grafici è utile confrontare la "fuga" di assistiti del Servizio sanitario provinciale verso le principali regioni creditrici Veneto, Lombardia e Provincia Autonoma di Bolzano (Grafico 3.5.4).

GRAF. 3.5.4 Mobilità sanitaria ospedaliera Passiva, per Regione di destinazione e per provenienza dei ricoverati – Anno 2008

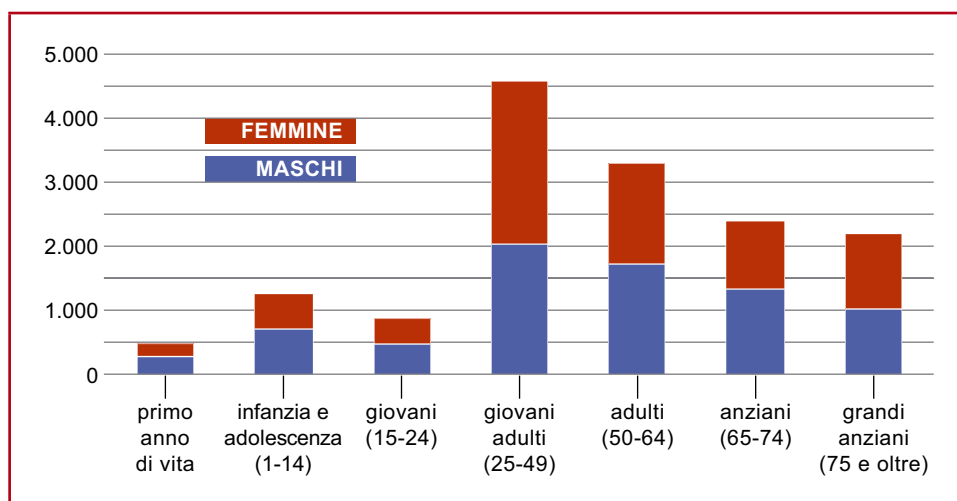


Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

In continuità con quanto emerso già negli ultimi anni, con riferimento alla *tipologia dei ricoveri*, quelli eseguiti in mobilità passiva riguardano principalmente la categoria di diagnosi (MDC 8) relativa a *Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo* che rappresenta il 24,80 in termini numerici.

Dal confronto fra i dati dell'anno 2008 e quelli dell'anno 2007 emerge una sostanziale invarianza della degenza media (6,79 gg nel 2008 – 6,89 gg nel 2007)

GRAF. 3.5.5 Mobilità sanitaria ospedaliera Passiva, per età degli assistiti – Anno 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

che deriva dalla conferma delle percentuali di incidenza dei ricoveri eseguiti in day hospital (28,43) rispetto al numero complessivo di ricoveri.

Il Grafico 3.5.5 evidenzia come oltre la metà dei ricoveri eseguiti fuori provincia sono effettuati a favore di soggetti con un'età compresa fra i 25 ed i 65 anni (30,39 per i giovani adulti e 21,82 per gli adulti).

I ricoveri relativi alla classe di età dei giovani adulti (25-49) riguardano:

- ▶ per i Maschi le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (39,67);
- ▶ per le Femmine la Gravidanza, parto puerperio (21,87), le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (18,01) e le malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo (15,82).

I ricoveri relativi alla classe di età degli adulti (50-64) riguardano:

- ▶ per i Maschi, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (26,97), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (9,74) e le malattie e disturbi del sistema nervoso (9,05);
- ▶ per le Femmine, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (29,02), seguono le malattie e disturbi del sistema nervoso (12,88).

I ricoveri relativi alle due classi di età degli anziani (65-74) e grandi anziani (over 75) riguardano:

- ▶ per i Maschi, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (16,15), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (16,06), le malattie e disturbi dell'occhio (14,74) e le malattie e disturbi del sistema nervoso (10,35);
- ▶ per le Femmine, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (30,39), seguono le malattie e disturbi dell'occhio (18,28) e le malattie e disturbi del sistema nervoso (11,02).

Analogamente a quanto effettuato per i dati riferiti alla mobilità passiva, la seguente Tabella 3.5.6 analizza il flusso di mobilità attiva per provenienza e destinazione dei pazienti.

Analizzando il dettaglio dei ricoveri per regione debitrice si evidenzia una diminuzione generale nei confronti di tutte le regioni (-368 ricoveri pari a -3,36).

Il decremento maggiore in termini assoluti è stato nei confronti del Veneto (-253) e della Lombardia (-226), mentre si evidenzia un aumento nei confronti della Provincia autonoma di Bolzano (+122).

Come negli anni precedenti le principali strutture provinciali che ricoverano pazienti non residenti rimangono, nell'ordine, l'Ospedale S. Chiara di Trento e la Casa di Cura Eremo.

In termini assoluti il principale incremento rispetto al 2007 (+143 ricoveri pari al 7,05) si registra presso l'Ospedale S. Chiara di Trento, segue l'Ospedale S. Camillo (+57 pari al 10,6).

Il maggiore decremento (-206 ricoveri pari al -11,12) si evidenzia invece presso la Casa di Cura Eremo.

Piuttosto rilevante è invece il decremento generale presso le altre strutture private accreditate (-86 per Solatrix, -126 Sacra Famiglia, -92 Villa Bianca).

Confrontando infine i dati di mobilità attiva ospedaliera 2007-2008 per regione di provenienza ed istituto rimangono inalterati i flussi già evidenziati nel 2007, per cui presso la Casa di Cura Eremo sono ricoverati principalmente soggetti residenti in Veneto (1.239 nel 2008 e 1.420 nel 2007) mentre presso la Casa di Cura Villa Regina vengono ricoverati principalmente soggetti residenti in Lombardia (739 nel 2008 e 738 nel 2007).

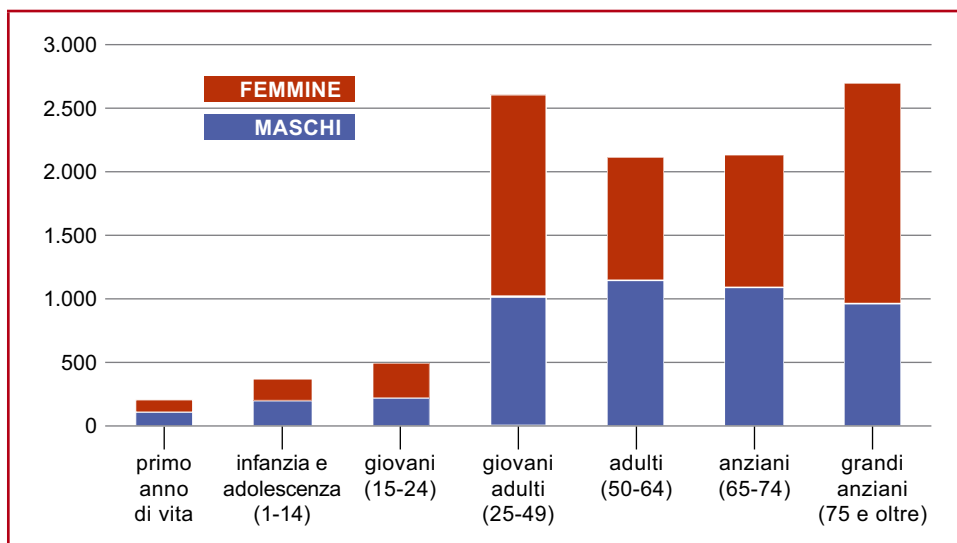
Oltre la metà dei ricoveri eseguiti in mobilità attiva è effettuata - come emerge dal Grafico 3.5.6 - a favore di soggetti rientranti nella categoria giovani/adulti (24,62), dei grandi anziani (25,40) e degli anziani (20,15). Rispetto all'anno precedente vi è una sostanziale continuità che afferma la classe degli anziani e dei grandi anziani quale categoria destinataria di tale assistenza.

TAB. 3.5.6 Mobilità sanitaria ospedaliera Attiva, per Ospedale di destinazione e per provenienza dei ricoverati - Anno 2008 e confronto 2007

REGIONE DEBITTRICE	Ospedale di destinazione														Totale	Anno 2007	Variazione%	Variazione assoluta
	Ospedale S. Chiara	Ospedale di Borgo	Ospedale di Cles	Ospedale di Rovereto	Ospedale di Tione	Ospedale di Arco	Ospedale di Cavalese	S. Camillo	S. Pancrazio	L'Eremo	Regina	Solatrix	S. Famiglia	Villa Bianca				
Piemonte	36	1	7	25	4	6	12	1	1	8	5	9	9	1	116	143	-18,88	-27
Valle d'Aosta	1					2	1		1						5	4	25,00	1
Lombardia	358	18	98	238	172	216	119	230	157	152	739	77	85	72	2.731	2957	-7,64	-226
Bolzano	602	22	76	103	8	32	96	89	30	39	1	35	2	183	1.318	1196	10,20	122
Veneto	567	51	48	444	30	201	113	131	203	1.239	40	385	103	368	3.923	4176	-6,06	-253
Friuli V. G.	28	2	2	21	7	2	10	8	4	18	2	21		8	133	153	-13,07	-20
Liguria	43	4	13	9	17	5	25	3	4	5	4	5	3	5	145	111	30,63	34
Emilia Romagna	138	6	57	50	28	14	93	31	55	91	11	91	7	15	687	648	6,02	39
Toscana	67		22	15	7	2	21	4	4	14	5	13		2	176	158	11,39	18
Umbria	5		4	4	2		8		1					1	3	32	-12,50	-4
Marche	26	1	13	5	5	3	12	3	4	7	1	5		8	93	100	-7,00	-7
Lazio	73	3	44	47	15	9	34	11	7	14	2	59	2	14	334	325	2,77	9
Abruzzo	5	2	5	6	2	1	3	30	3	2		6		6	71	67	5,97	4
Molise	5		1	6		1			3			1			17	6	183,33	11
Campania	37	1	5	57	9	7	5	6	4	10	1	30		12	184	213	-13,62	-29
Puglia	56		14	29	1	12	14	4	4	14	3	14		16	181	185	-2,16	-4
Basilicata	2	1	1	8	1	3		1		2		2		1	22	22	0,00	0
Calabria	32		3	29	5	6	2	11	4	2	1	3		7	105	128	-17,97	-23
Sicilia	71	4	16	32	6	12	6	14	22	16	1	24		11	235	271	-13,28	-36
Sardegna	18		6	9	7	5	7	5	2	9	1	8		6	83	60	38,33	23
Anno 2008	2.170	116	435	1.137	326	539	581	582	508	1.647	817	788	203	738	10.587	10955	-3,36	-368
Anno 2007	2.027	108	412	1.201	365	529	598	525	478	1.853	826	874	329	830	10.955			
Variazione%	7,05	7,41	5,58	-5,33	-10,68	1,89	-2,84	10,86	6,28	-11,12	-1,09	-9,84	-38,30	-11,08	-3,36			

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.5.6 Mobilità sanitaria ospedaliera Attiva, per età degli assistiti – Anno 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

I ricoveri relativi alla classe di età dei giovani adulti (25-49) riguardano:

- ▶ per i Maschi, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (31,55) e le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (13,45);
- ▶ per le Femmine, la Gravidanza, parto puerperio (33,71), le malattie e i disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici (15,23).

I ricoveri relativi alla classe di età degli adulti (50-64) riguardano:

- ▶ per i Maschi, le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (38,30), seguono le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (22,27);
- ▶ per le Femmine, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (30,64), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (17,52) e le malattie e disturbi del sistema nervoso (10,39).

I ricoveri relativi alle due classi di età degli anziani (65-74) e grandi anziani (over 75) riguardano:

- ▶ per i Maschi, le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (45,49), seguono le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (15,84);
- ▶ per le Femmine, le malattie e i disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo (36,17), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (24,43).

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica, nel 2008 il relativo flusso di prestazioni spiega, in termini finanziari, il 8,17 degli addebiti in mobilità attiva e l'11,04 degli addebiti di mobilità passiva: la nostra Provincia fa registrare, sia in termini finanziari che quantitativi, un saldo negativo come evidenziato nella Tabella 3.5.7.

TAB. 3.5.7 Mobilità sanitaria per assistenza specialistica – Anno 2008

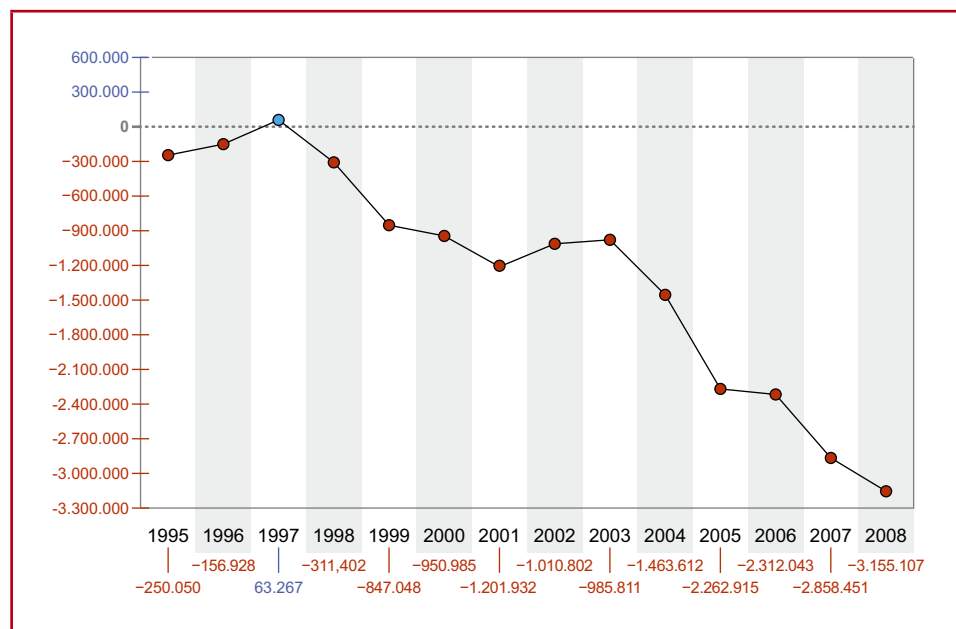
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Saldo 2008
Prestazioni (numero)	285.628	334.298	-48.670
Fatturato (in euro)	3.703.302,86	6.858.410,07	-3.155.107,21

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Dal punto di vista finanziario, come evidenziato nel Grafico 3.5.7, il saldo delle prestazioni di assistenza specialistica è sempre stato negativo ad esclusione dell'anno 1997.

Negli ultimi anni, il saldo è notevolmente aumentato, segno che molte prestazioni sono ora erogate in regime ambulatoriale piuttosto che in regime di ricovero.

GRAF. 3.5.7 Mobilità sanitaria per assistenza specialistica – Anni 1995-2008



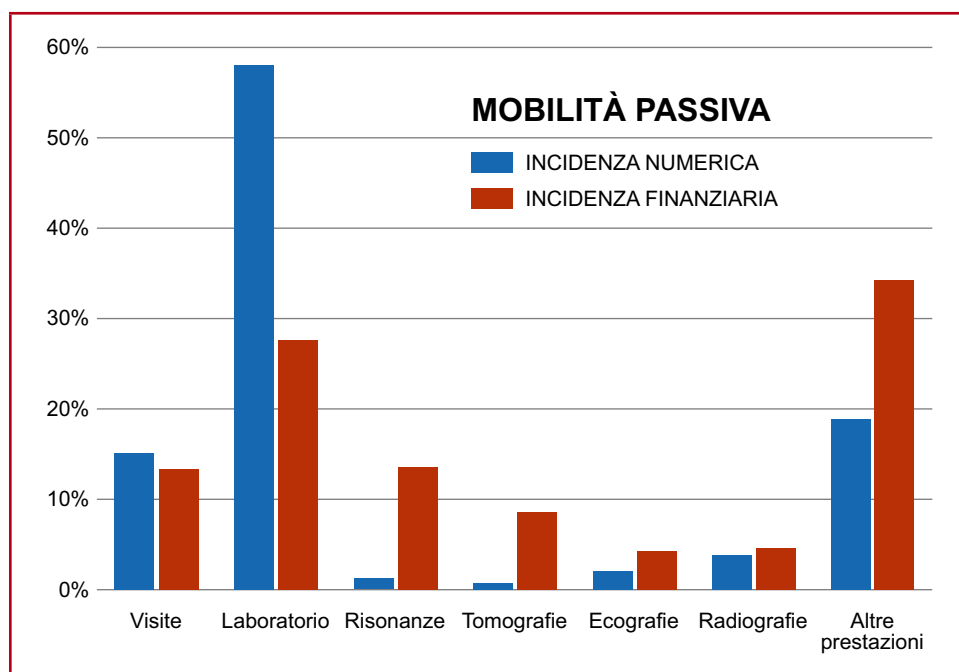
Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

TAB. 3.5.8 Mobilità sanitaria Passiva per assistenza specialistica, per tipologia di prestazione – 2008

Prestazioni	Numero prestazioni	Fatturato	% incidenza numerica	% incidenza finanziaria
Visite	50.643	911.451,48	15,15	13,29
Laboratorio	194.356	1.895.696,41	58,14	27,64
Risonanze	4.143	932.827,07	1,24	13,60
Tomografie	2.611	592.177,51	0,78	8,63
Ecografie	6.762	292.934,70	2,02	4,27
Radiografie	12.710	314.278,40	3,80	4,58
Altre Prestazioni	63.073	2.351.715,48	18,87	34,29
<i>Ticket a dedurre</i>		-432.670,98		
Totale Mobilità	334.298	6.858.410,07		

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.5.8 Mobilità sanitaria Passiva per assistenza specialistica, per tipologia di prestazione – 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

La Tabella 3.5.8 e il Grafico 3.5.8 evidenziano l'incidenza numerica e finanziaria delle diverse tipologie di prestazioni di assistenza specialistica erogate nell'ambito della mobilità sanitaria passiva: in termini puramente quantitativi il maggior

numero di prestazioni specialistiche riguardano visite specialistiche ed esami di laboratorio mentre, in termini finanziari, prevalgono quelle relative all'area delle visite specialistiche, gli interventi alla cataratta, le risonanze magnetiche nonché le anamnesi e le valutazioni brevi.

Nella Tabella 3.5.9 sono riepilogate le principali forme di risonanza magnetica e di angio-rm eseguite da strutture extraprovinciali a favore di assistiti del Servizio sanitario provinciale. Rispetto al 2007 risultano diminuite del 3,31 (nel 2007 tot. 4.285), la riduzione principale si ricontra nelle RM del cervello (da n. 355 nel 2007 a n. 2836 del 2008) e RM del massiccio facciale (da n. 184 del 2007 a n. 13257 del 2008).

TAB. 3.5.9 Mobilità sanitaria Passiva per assistenza specialistica – Anno 2008

cod.	PRESTAZIONI	n. prest.	fatturato
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA	1.552	296.449,07
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	1.042	202.897,94
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	412	142.974,02
88.91.1	RISONANZA MAGN.NUC. (RM) CERVELLO, TRON.ENCEFALICO	283	67.564,68
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	117	35.419,72
88944	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ARTICOLARE EFFETTUATA CON APPARECCHIATURA DEDICATA	108	16.041,24
88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	87	27.379,49
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	86	24.283,48
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	75	19.434,28
88.95.2	RISONANZA MAGN.NUC(RM)ADDOME SUP.SENZA E CON CONTRASTO	75	24.194,47
88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	45	9.166,85
88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	39	10.507,45
88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	29	9.094,56
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO VESCICA E PELVI MASCHILE O FEMMINILE INCLUSO: RELATIV	29	8.847,00
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	28	5.103,15
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	23	4.296,75
88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	17	5.587,84
88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	11	2.776,92
88.91.7	RISONANZA MAGN.NUC (RM) COLLO SENZA E CON CONTRASTO	10	2.926,98
88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA – PICCOLE ARTICOLAZIONI + GINOCCHIO: RM DI GOMITO ED AVAMBRACCIO [GOMITO ED AVAMBRACCIO] - RM DI P	9	1.327,50
88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	7	1.196,50
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON CONTRASTO.	7	2.259,15

continua >

cod.	PRESTAZIONI	n. prest.	fatturato
88.93.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) SECONDO DISTRETTO	7	2.068,75
88.94.4	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO.	4	1.276,20
88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	4	673,50
88.91.8	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO	4	1.048,48
88.95.8	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON CONTRASTO.	3	1.068,10
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	3	796,04
88922	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	3	786,36
88.93.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA ULTERIORE DISTRETTO	2	409,05
88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	2	336,75
88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA PICCOLE ARTICOLAZIONI SENZA E CON CONTRASTO - : RM DI GOMITO ED AVAMBRACCIO [GOMITO E AVAMBRACCIO]	2	425,00
88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	2	492,70
88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	2	498,66
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	2	533,92
	ALTRE	12	2.684,52
Totale		4.143	932.827,07

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Tali prestazioni sono erogate principalmente dalle strutture delle regioni Veneto (2.302 prestazioni), Lombardia (779 prestazioni) e Provincia di Bolzano (768 prestazioni).

TAB. 3.5.10 Mobilità sanitaria Passiva per Risonanza magnetica, per principale regione creditrice – Anni 2007 e 2008

REGIONE	Codice	Prestazione	Anno 2007		Anno 2008	
			N.	Fatturato	N.	Fatturato
Lombardia	88.93	RM DELLA COLONNA	269	45.064,19	212	34.757,40
	88.94.1	RM MUSCOLOSCHIELETRICA	246	47.122,03	197	37.203,45
	—	ALTRE FORME DI RM	313	73.837,08	370	86.525,88
Provincia di Bolzano	88.93	RM DELLA COLONNA	152	30.103,60	180	27.792,00
	88.94.1	RM MUSCOLOSCHIELETRICA	183	32.893,10	283	50.289,10
	—	ALTRE FORME DI RM	274	80.288,30	305	84.378,80
Veneto	88.93	RM DELLA COLONNA	738	173.812,35	582	129.320,40
	88.94.1	RM MUSCOLOSCHIELETRICA	1.041	210.081,20	985	193.060,00
	—	ALTRE FORME DI RM	816	246.491,85	735	226.268,90
	Totale		4.032	939.729,70	3.849	869.595,93

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

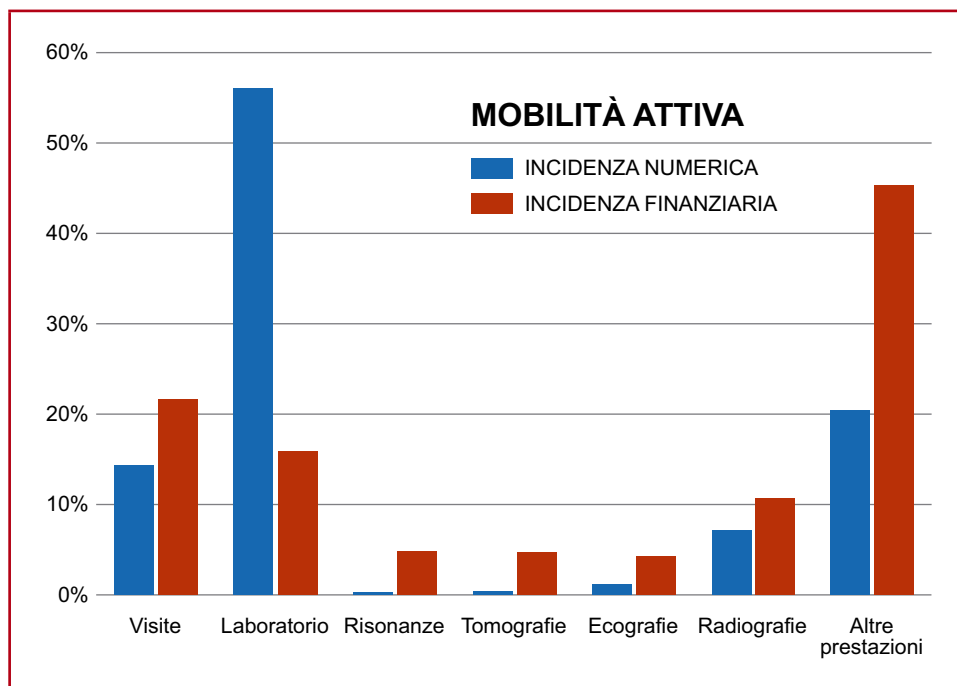
La Tabella 3.5.11 e il Grafico 3.5.9 evidenziano l'incidenza numerica e finanziaria delle diverse tipologie di prestazioni di assistenza specialistica erogate nell'ambito della mobilità sanitaria attiva.

TAB. 3.5.11 Mobilità sanitaria Attiva per assistenza specialistica, per tipologia di prestazione – 2008

Prestazioni	Numero prestazioni	Fatturato	% incidenza numerica	% incidenza finanziaria
Visite	41.090	801.831,94	14,39	21,65
Laboratorio	160.082	589.219,77	56,05	15,91
Risonanze	827	179.579,41	0,29	4,85
Tomografie	1.260	175.401,99	0,44	4,74
Ecografie	3.342	157.217,12	1,17	4,25
Radiografie	20.501	397.913,63	7,18	10,74
Altre Prestazioni	58.526	1.678.934,64	20,49	45,34
<i>Ticket a dedurre</i>		-276.795,64		
Totale Mobilità	285.628	3.703.302,86		

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.5.9 Mobilità sanitaria Attiva per assistenza specialistica, per tipologia di prestazione – 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

In termini puramente quantitativi il maggior numero di prestazioni specialistiche sono erogate principalmente dall'Ospedale S. Chiara, quale ospedale provinciale di riferimento, nonché da altre strutture periferiche situate in zone ad alta densità turistica ed in particolar modo dall'Ospedale di Cavalese e riguardano visite specialistiche ed esami di laboratorio.

In termini finanziari la parte preponderante riguarda prestazioni inerenti le visite specialistiche, le osservazioni brevi, l'area della dialisi.

3.6 La spesa sanitaria di parte corrente

La spesa corrente del Servizio sanitario nazionale si è attestata per l'anno 2008 a 106.621.951 migliaia di euro (nel 2007=103.095.707 migliaia di euro; nel 2006=99.231.005 migliaia di euro).

La spesa sanitaria corrente della Provincia autonoma di Trento è stata nello stesso anno pari a 1.005.968 migliaia di euro (nel 2007=968.441 migliaia di euro; nel 2006 =922.819 migliaia di euro) con un'incidenza dello 0,94% rispetto al totale nazionale (nel 2007=0,94%).

Il dettaglio, per funzioni, della spesa sanitaria corrente dell'anno 2008 è descritto dalla Tabella 3.6.1.

L'analisi della composizione della spesa sanitaria di parte corrente provinciale e nazionale effettuata nella precedente Tabella, consente di evidenziare quali *maggiori voci di costo*:

- ▶ *il personale* che incide, a livello nazionale, complessivamente per il 33,00% (in Provincia di Trento per il 37,60%)
- ▶ *la spesa farmaceutica* che, a livello nazionale, ha raggiunto il 10,51% (in Provincia di Trento si assesta all'7,67%)
- ▶ *l'acquisto di beni e servizi* che, a livello nazionale, incide complessivamente per il 12,18% (in Provincia di Trento per l'11,42%).

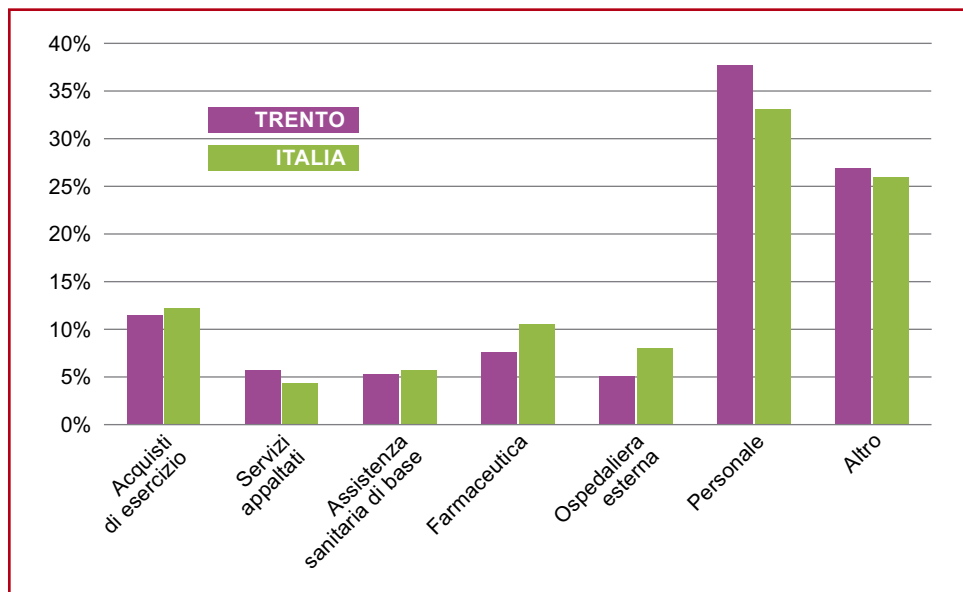
TAB. 3.6.1 Spesa sanitaria di parte corrente, per funzioni – Provincia autonoma di Trento e Italia – Anno 2008. Importi in migliaia di euro

FUNZIONI DI SPESA	P. A. TRENTO		ITALIA		scostamento %
	spesa	incidenza% sul totale	spesa	incidenza% sul totale	
acquisti di esercizio	114.907	11,42	12.984.278	12,18	-0,76
manutenzione e riparazione	19.507	1,94	1.688.289	1,58	0,36
assistenza sanitaria di base	53.648	5,33	6.085.889	5,71	-0,37
farmaceutica	77.200	7,67	11.205.829	10,51	-2,84
specialistica da pubblico	0	0,00	27.020	0,03	-0,03
specialistica da privato	14.526	1,44	3.894.791	3,65	-2,21
riabilitativa da pubblico	1.427	0,14	85.817	0,08	0,06
riabilitativa da privato	1.482	0,15	1.872.617	1,76	-1,61
integrativa da pubblico	0	0,00	8.565	0,01	-0,01
integrativa da privato	19.138	1,90	1.758.372	1,65	0,25
ospedaliera da pubblico	0	0,00	272.421	0,26	-0,26
ospedaliera da privato	51.861	5,16	8.675.581	8,14	-2,98
altra assistenza	134.160	13,34	5.649.346	5,30	8,04

FUNZIONI DI SPESA	P. A. TRENTO		ITALIA		scostamento %
	spesa	incidenza% sul totale	spesa	incidenza% sul totale	
altri servizi	18.971	1,89	3.304.583	3,10	-1,21
godimento di beni di terzi	8.908	0,89	898.658	0,84	0,04
personale ruolo sanitario	286.652	28,50	28.277.869	26,52	1,97
personale ruolo professionale	1.518	0,15	133.316	0,13	0,03
personale ruolo tecnico	58.101	5,78	4.005.218	3,76	2,02
personale ruolo amministrativo	31.981	3,18	2.765.361	2,59	0,59
spese amministrative e generali	17.741	1,76	2.308.357	2,16	-0,40
servizi appaltati	58.809	5,85	4.738.060	4,44	1,40
accantonamenti tipici	5.577	0,55	1.750.253	1,64	-1,09
imposte e tasse	28.572	2,84	2.663.655	2,50	0,34
oneri finanziari	23	0,00	527.423	0,49	-0,49
rimanenze	-1.083	-0,11	-45.436	-0,04	-0,07
oneri straordinari	2.342	0,23	1.085.819	1,02	-0,79
TOTALE	1.005.968	100,00	106.621.951	100,00	

Fonte: Elaborazione Servizio Economia e Programmazione PAT su dati forniti dal Ministero della Salute – Direzione generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema e su dati del bilancio APSS anno 2008.

GRAF. 3.6.1 Spesa sanitaria di parte corrente. Provincia autonoma di Trento e Italia – Anno 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Il Grafico 3.6.1, che confronta le incidenze percentuali delle diverse voci di spesa a livello nazionale e provinciale, evidenzia che i maggiori scostamenti fra la realtà provinciale e quella nazionale riguardano in termini negativi il personale e in termini positivi la spesa farmaceutica.

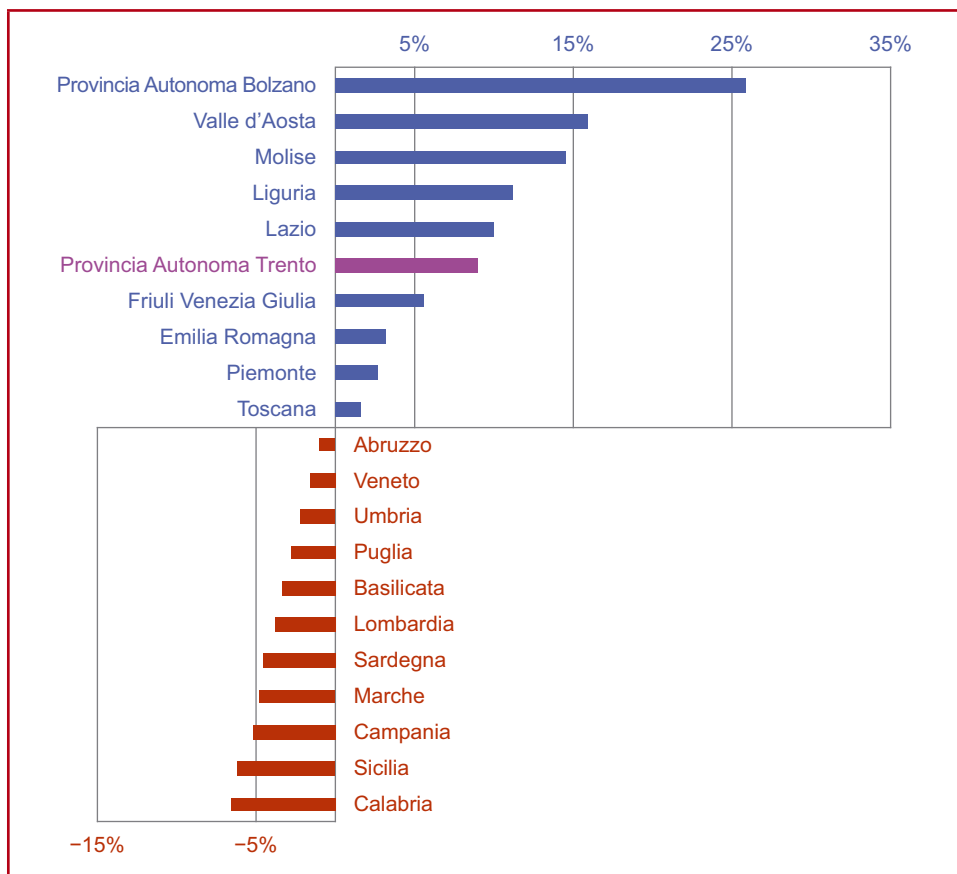
La Tabella 3.6.2 espone inoltre la distribuzione della spesa sanitaria tra le regioni italiane – in valori assoluti e per abitante (rapportati alla popolazione del 2007) – nonché gli scostamenti della spesa pro capite dalla media nazionale, riportando anche i dati relativi alla spesa sanitaria di parte corrente dell'esercizio 2007 per un utile confronto.

TAB. 3.6.2 Spesa sanitaria di parte corrente. Distribuzione tra le regioni italiane e spesa pro capite – Anni 2007 e 2008. In migliaia di euro

REGIONI	Spesa 2008	Spesa pro capite	Scostamenti rispetto alla media nazionale		Spesa 2007	Variazione% spesa 2008 su 2007
			assoluto	%		
Piemonte	8.142.495	1.837	61	3,43	7.803.388	4,35
Valle d'Aosta	261.815	2.060	284	15,99	248.318	5,44
Lombardia	16.664.987	1.711	- 65	- 3,66	16.164.756	3,09
P. A. Bolzano	1.116.141	2.237	461	25,96	1.070.583	4,26
P. A. Trento	1.005.968	1.935	159	8,95	968.359	3,88
Veneto	8.550.106	1.750	- 26	- 1,46	8.364.926	2,21
Friuli V. G.	2.337.842	1.899	123	6,93	2.175.295	7,47
Liguria	3.190.908	1.976	200	11,26	3.115.539	2,42
Emilia R.	8.013.097	1.847	71	4,00	7.688.871	4,22
Toscana	6.716.534	1.811	35	1,97	6.396.011	5,01
Umbria	1.554.323	1.738	- 38	- 2,14	1.493.747	4,06
Marche	2.657.869	1.693	- 83	- 4,67	2.549.400	4,25
Lazio	10.994.169	1.954	178	10,02	10.544.950	4,26
Abruzzo	2.348.826	1.760	- 16	- 0,90	2.323.126	1,11
Molise	652.960	2.035	259	14,58	615.662	6,06
Campania	9.801.528	1.686	- 90	- 5,07	9.617.764	1,91
Puglia	7.040.940	1.726	- 50	- 2,82	6.685.547	5,32
Basilicata	1.014.564	1.718	- 58	- 3,27	970.220	4,57
Calabria	3.331.706	1.659	- 117	- 6,59	3.269.230	1,91
Sicilia	8.391.434	1.666	- 110	- 6,19	8.341.722	0,60
Sardegna	2.833.739	1.696	- 80	- 4,50	2.688.211	5,41
TOTALE	106.621.951	1.776			103.095.625	3,42

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.6.2 Spesa sanitaria di parte corrente. Distribuzione regionale degli scostamenti dalla media nazionale - Anno 2008



Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Il costo pro capite complessivo del Servizio sanitario provinciale è stato di euro 1.935, superiore dell'8,95% rispetto a quello nazionale (euro 1.776); detto scostamento risulta inferiore a quello dell'anno precedente (pari a 9,52%).

Il Grafico 3.6.2 permette di cogliere immediatamente l'entità dei fenomeni riportando, per ogni regione, lo scostamento in termini percentuali rispetto alla media nazionale.

Dal grafico emerge che la Provincia di Trento occupa il 6° posto nella graduatoria delle regioni (come nel 2007) che registrano scostamenti della spesa superiori alla media nazionale, preceduta dalla Provincia Autonoma di Bolzano (+25,96%) e dalla Valle d'Aosta (15,99%), ma anche da Molise (14,58%), Liguria (11,26%) e Lazio (10,02%).

Il maggiore scostamento negativo si rileva in Calabria (-5,41%) e in altre regioni meridionali quali Sicilia (-5,19%) e Campania (-5,07%).

Dalla disomogeneità di tali variazioni traspare una sostanziale diversità nella struttura e nella quantità dell'offerta di servizi sanitari da parte delle diverse regioni, che può verosimilmente incidere anche sulla qualità delle prestazioni erogate.

Nel dettaglio la seguente Tabella 3.6.3 descrive il confronto, in termini di spesa pro capite, fra la Provincia autonoma di Trento e le Regioni del Nord Est (Provincia autonoma di Bolzano, Regione Veneto e Regione Friuli Venezia Giulia) costruendo una graduatoria, secondo un ordine decrescente, che evidenzia altresì le regioni che hanno fatto registrare il valore massimo e il valore minimo rispetto alla singola voce di costo.

In particolare sono analizzate le seguenti voci di costo, così come specificate nei modelli ministeriali di rendicontazione della spesa (modello CE):

- ▶ *acquisti di esercizio* – comprende l'acquisto di prodotti sanitari e non sanitari, al netto dei materiali per la manutenzione dei beni strumentali;
- ▶ *manutenzioni e riparazioni* – comprende il costo della manutenzione ordinaria esternalizzata per i beni mobili e immobili e le loro pertinenze, nonché quello dei materiali ed accessori necessari per la stessa;
- ▶ *assistenza sanitaria di base* – comprende il costo per l'erogazione di prestazioni di base, quindi il costo delle convenzioni con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, con i medici di guardia medica, il costo dei consultori e di altre convenzioni di medicina di base;
- ▶ *assistenza farmaceutica* – comprende le prestazioni di assistenza farmaceutica erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione;
- ▶ *assistenza specialistica* – comprende le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso non seguite da ricovero, acquistate da soggetti pubblici della regione (IRCCS, Policlinici universitari, etc) o da soggetti privati accreditati;
- ▶ *assistenza riabilitativa* – riguarda gli interventi di riabilitazione a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche o psichiche erogati da soggetti pubblici della regione (IRCCS, Policlinici universitari) o da strutture private accreditate;
- ▶ *assistenza integrativa* – comprende l'erogazione di prodotti dietetici per alimentazioni particolari, presidi sanitari e materiali per la medicazione, fornitura di protesi ed ausili tecnici da parte di soggetti pubblici e privati;
- ▶ *assistenza ospedaliera* – si riferisce all'acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day hospital e day surgery, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero e ospedalizzazione domiciliare, da presidi ospedalieri a gestione diretta e da strutture private accreditate;
- ▶ *altra assistenza ed altri servizi* – comprende il costo delle altre forme di assistenza, nonché alcune voci residuali. In particolare sono considerate nella voce "altri servizi" i servizi per assistenza termale, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani ed ai tossicodipendenti, rimborsi ad associazioni di volontariato ed altre forme di sussidio, consulenze sanitarie e tecnico-ammi-

TAB. 3.6.3 Spesa sanitaria di parte corrente pro capite. Distribuzione tra le Regioni italiane e Confronto – Anno 2008

VOCI DI COSTO	TRENTO	BOLZANO	VENETO	FRIULI VG	ITALIA	prima	ultima
Acquisti di esercizio	221	266	220	267	216	291	151
POSIZIONE	14	4	12	5		Toscana	Calabria
Manutenzione e riparazione	38	47	33	39	28	47	17
POSIZIONE	6	1	11	4		Bolzano	Calabria
Assistenza sanitaria di base	103	99	101	97	101	145	88
POSIZIONE	12	15	14	18		Molise	Lombardia
Assistenza farmaceutica	149	120	154	183	187	247	120
POSIZIONE	20	21	19	12		Calabria	Bolzano
Assistenza specialistica	28	11	69	30	65	110	11
POSIZIONE	18	21	5	16		Campania	Bolzano
Assistenza riabilitativa	6	11	7	44	33	81	2
POSIZIONE	20	17	19	16		Basilicata	Emilia R.
Assistenza integrativa	37	67	26	43	29	67	14
POSIZIONE	6	1	14	3		Bolzano	Marche
Assistenza ospedaliera	100	43	114	44	149	288	9
POSIZIONE	13	19	11	20		Lazio	Val d'Aosta
Altri servizi	295	331	255	122	149	331	76
POSIZIONE	2	1	3	11		Bolzano	Sicilia
Godimento beni di terzi	17	17	20	22	15	49	9
POSIZIONE	10	9	5	3		V. d'Aosta	Molise
Personale totale	728	1039	549	740	586	1.039	500
POSIZIONE	4	1	17	3		Bolzano	Lombardia
Spese amministrative gen.	34	36	35	42	38	70	31
POSIZIONE	16	14	15	10		V. d'Aosta	Puglia
Servizi appaltati	113	71	88	134	79	134	40
POSIZIONE	2	10	8	1		Friuli VG	Sicilia

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

- nistrative, altri servizi quali trasporti per emergenza e il trasporto di organi e sangue, oneri per il personale borsista e tirocinante, le indennità per l'attività di docenza svolta da personale dipendente o da docenti esterni nei corsi di aggiornamento e formazione continua;
- ▶ *godimento beni di terzi* – comprende i fitti passivi, i canoni di noleggio e i canoni di leasing delle attrezzature tecniche e sanitarie, nonché tutte le altre forme di godimento di beni di terzi;
 - ▶ *personale* – riguarda tutti i costi del personale assunto a qualunque titolo, che svolga le mansioni ascrivibili allo specifico ruolo;

- ▶ *spese amministrative e generali* – comprendono le indennità e gli oneri sociali per i membri degli organi amministrativi (direttore generale, collegio sindacale etc.), le spese di assicurazione e le spese legali, nonché tutte le altre spese amministrative (postali, telefoniche, pubblicità, luce etc.);
- ▶ *servizi appaltati* – riguarda servizio di lavanderia, servizio di pulizia, servizio mensa, riscaldamento, servizio elaborazione dati, trasporti non sanitari, smaltimento rifiuti, servizio di tesoreria e servizio di vigilanza.

La graduatoria della spesa sanitaria complessiva pro capite evidenzia situazioni molto disomogenee dalle quali traspare una sostanziale diversità, nelle diverse regioni italiane, riguardo alla tipologia e quantità dell'offerta di servizi sanitari.

In particolare, va segnalato, con riferimento alla situazione della Provincia autonoma di Trento, che:

- ▶ è stata esclusa, fin dal 1995, dal riparto del Fondo sanitario nazionale e quindi finanzia con le risorse del proprio bilancio il Servizio sanitario provinciale ed esercita il proprio potere legislativo concorrente osservando i principi di riforma economico-sociale e i principi fondamentali dell'ordinamento giuridico che derivano dalla normativa nazionale;
- ▶ assegna notevole importanza al settore sanitario e ciò è provato, dalla spesa pro capite fra le più elevate d'Italia (euro 1.910 nel 2007 ed euro 1.935 nel 2008) con uno scostamento rispetto a quella nazionale mediamente di quasi 9 punti percentuali;
- ▶ la maggior spesa sanitaria deriva essenzialmente da:
 - una forte dotazione di posti letto in RSA
 - un maggior costo del personale dipendente e convenzionato derivante dalla contrattazione autonoma
 - una certa complessità organizzativa dovuta al territorio di montagna;
- ▶ rispetto all'anno 2007 si è registrato un incremento della spesa sanitaria pari al 3,88% (37,6 milioni di euro) derivante principalmente da:
 - aumento del costo del *personale* (+4,93%) legato essenzialmente dall'aumento del numero di personale in servizio: il personale è aumentato di 118,95 unità equivalenti, prevalentemente nell'area del comparto;
 - aumento della spesa per assistenza *riabilitativa* (205,89%) e *integrativa* (+24,65)
 - aumento spesa per *godimento di beni di terzi* (+29,08%)
 - aumento della spesa per *servizi appaltati* (25,81%) determinato da una molteplicità di cause.

Al fine di un raccordo con i dati esposti in precedenza si rammenta che il modello LA (livelli di assistenza) riporta i dati di spesa al lordo sia delle entrate proprie derivanti dall'autofinanziamento (per servizi resi a pagamento, per ticket, per rimborsi e recuperi etc.), sia di voci di spesa quali la mobilità sanitaria ed altri elementi tipici della contabilità economica che rappresentano costi non finanziari (ammor-

tamenti, accantonamenti, variazione delle rimanenze, svalutazioni, sopravvenienze e insussistenze) ed al netto degli oneri per le attività libero professionali.

TAB. 3.6.4 Raccordo con i dati relativi alla spesa sanitaria per Livello di Assistenza – Anno 2008.
In migliaia di euro

TOTALE SPESA SANITARIA (MOD. CE)	1.099.192	
	-7.957	<i>Attività libero professionali</i>
TOTALE MODELLO LA	1.091.235	
	-4.679	<i>Ammortamenti e svalutazioni</i>
	-50.588	<i>Mobilità sanitaria passiva</i>
TOTALE SPESA SANITARIA	1.005.968	

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Particolarmente utile risulta anche l'analisi della spesa complessiva secondo la suddivisione per livelli di assistenza.

Il livello *assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro* ha assorbito nel corso dell'anno 2008 una spesa di 33.724.000 euro (nel 2007=32.838.000 – nel 2006 =32.387.000 – nel 2005 =33.173.000), articolata secondo quanto esposto nella Tabella 3.6.5.

TAB. 3.6.5 Spesa sanitaria di parte corrente. 1° LIVELLO: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO – Anno 2008

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari								
Igiene e sanità pubblica	3.063	56	669	193	1.641	6.848		514	1.351	380	35	766	15.516
Igiene degli alimenti e della nutrizione				76	987	1.981						9	3.053
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		12		233	438	2.094	652	130	472	34	12	271	4.348
Sanità pubblica veterinaria	96	27		235	575	3.296		62	632	37	9	190	5.159
Attività di prevenzione rivolta alla persona		8		599	825	1.266	326	163	370	49	12	274	3.892
Servizio Medico legale		6		1	341	672		17	529	11	8	171	1.756
TOTALE	3.159	109	669	1.337	4.807	16.157	978	886	3.354	511	76	1.681	33.724

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

La spesa assorbita da questo livello d'assistenza risulta pari al 3,09% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008 (nel 2007=3,12- nel 2006=3,23% - nel 2005=3,47%).

Il livello dell'assistenza distrettuale ha assorbito nel 2008 una spesa di 549.999.000 euro (nel 2007=523.754.000 - nel 2006=497.455.000 - nel 2005=469.917.000), articolata come evidenziato nella Tabella 3.6.6.

TAB. 3.6.6 Spesa sanitaria di parte corrente. 2° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE - Anno 2008

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari								
Guardia medica	184	123	7.278	33	754	1.806		76	741	850	51	640	12.536
Medicina generale	1.230	821	48.836	1.458	5.044	12.084		508	4.963	5.688	343	4.286	85.261
Medicina generica	983	656	39.053	1.013	4.031	9.657		406	3.966	4.546	274	3.425	68.010
Pediatria di libera scelta	247	165	9.783	445	1.013	2.427		102	997	1.142	69	861	17.251
Emergenza sanitaria	322	322	378	7.125	2.130	4.864		5.188	126	900	200	2.495	24.050
Assistenza farmaceutica	9.939		80.184	139	120								90.382
Farmacie convenzionate			77.710	79	120								77.909
Altre forme di assistenza	9.939		2.474	60									12.473
Assistenza integrativa			9.321	13									9.334
Assistenza specialistica	19.023	731	19.541	1.283	19.452	48.751		3.457	3.799	5.674	384	4.792	126.887
Attività clinica	6.260	397	7.260	703	6.187	18.457		1.517	642	1.295	170	2.118	45.006
Attività di laboratorio	10.367	153	6.599	320	5.930	16.851		686	1.512	1.003	126	1.578	45.125
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	2.396	181	5.682	260	7.335	13.443		1.254	1.645	3.376	88	1.096	36.756
Assistenza protesica			8.189	329	564								9.082
Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare	694	359	3.150	2.192	5.923	26.790		1.690	2.783	542	204	2.549	46.876
Assistenza programmata a domicilio	81	93	1.557	46	80								1.857
Assistenza alle donne famiglie e coppie	116	16	639	620	470	576			74	92	1	11	2.615
Assistenza psichiatrica	114	177	14	29	2.684	18.577		300	421	142	92	1.150	23.700
Assistenza riabilitativa ai disabili	16	27	567	1.449	978	3.159		135	209	68	44	546	7.198
Assistenza ai tossicodipendenti	221	17		25	923	2.271		842	1.776	191	43	542	6.851

continua >

Assistenza agli anziani												
Assistenza ai malati terminali	146	29	38	23	769	2.207	413	303	45	8	94	4.075
Assistenza alle persone affette da HIV			335		19				4	16	206	580
Assistenza territoriale e semiresidenziale			358									358
Assistenza psichiatrica												
Assistenza riabilitativa ai disabili			358									358
Assistenza ai tossicodipendenti												
Assistenza agli anziani												
Assistenza alle persone affette da HIV												
Assistenza ai malati terminali												
Assistenza territoriale residenziale	3.402	1.330	129.087	81	1.720	1.720	4.028		323	10	126	141.827
Assistenza psichiatrica	135	159	5.890	1	1.477	1.720	4.028		288	10	126	13.834
Assistenza riabilitativa ai disabili	243	83	2.629									2.955
Assistenza ai tossicodipendenti			2.658									2.658
Assistenza agli anziani	3.024	1.088	117.910	80	243				35			122.380
Assistenza alle persone affette da HIV												
Assistenza ai malati terminali												
Assistenza idrotermale			3.222	184								3.406
TOTALE	34.794	3.686	309.544	12.837	35.707	96.015	14.947	12.412	13.977	1.192	14.888	549.999

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza risulta pari al 50,40% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008 (nel 2007=49,69- nel 2006=49,65- nel 2005= 49,04).

Il livello dell'*assistenza ospedaliera* ha assorbito nel 2008 una spesa di 507.512.000 euro (nel 2007=497.391.000 - nel 2006=472.188.000 - nel 2005=455.225.000), articolata come evidenziato nella Tabella 3.6.7. La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza risulta pari al 46,51% (nel 2007=47,19 - nel 2006=47,12 - nel 2005=47,50) della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2006.

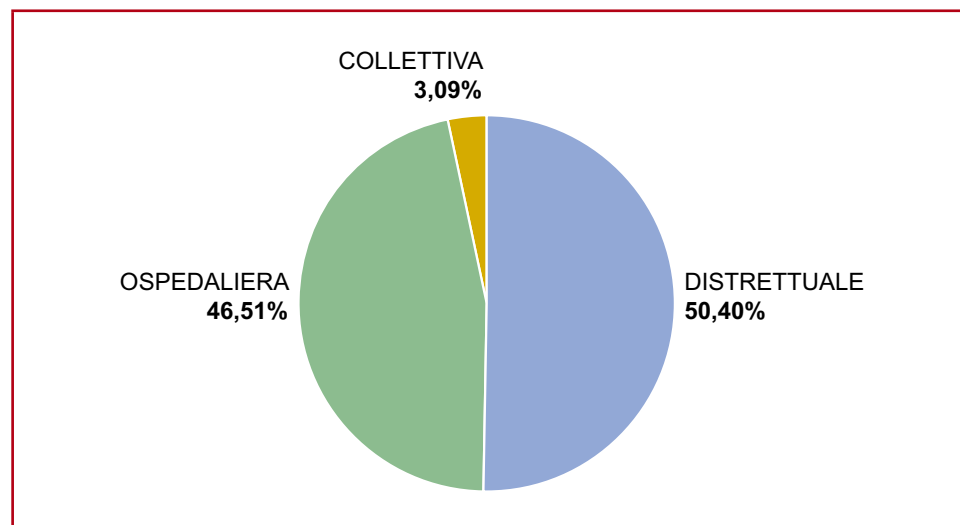
Il Grafico 3.6.3 rappresenta la distribuzione percentuale della spesa corrente fra i 3 livelli di assistenza.

TAB. 3.6.7 Spesa sanitaria di parte corrente. 3° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA (urgenza-emergenza inclusa) – Anno 2008

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari								
Attività di pronto soccorso	1.672	141	4	56	2.372	12.252	-	1.937	124	397	40	602	19.597
Ass. ospedaliera per acuti <i>in day hospital e day surgery</i> <i>in degenza ordinaria</i>	64.204	4.807	59.325	1.356	62.275	155.207	540	38.506	15.813	19.276	863	12.861	435.033
			2.620	80	65								2.765
	64.204	4.807	56.705	1.276	62.210	155.207	540	38.506	15.813	19.276	863	12.861	432.268
Interventi ospedalieri a domicilio				140									140
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	78	7	13.665	80	308	313		245		15		7	14.718
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	669	76	18.838	137	2.459	5.551		1.524	209	420	167	2.493	32.543
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.837	11			148	1.157		56	69	32	4	62	3.376
Trapianti organi e tessuti			1.985	120									2.105
TOTALE	68.460	5.042	93.817	1.889	67.562	174.480	540	42.268	16.215	20.140	1.074	16.025	507.512

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.6.3 Spesa sanitaria di parte corrente, per Livelli di Assistenza – Anno 2008



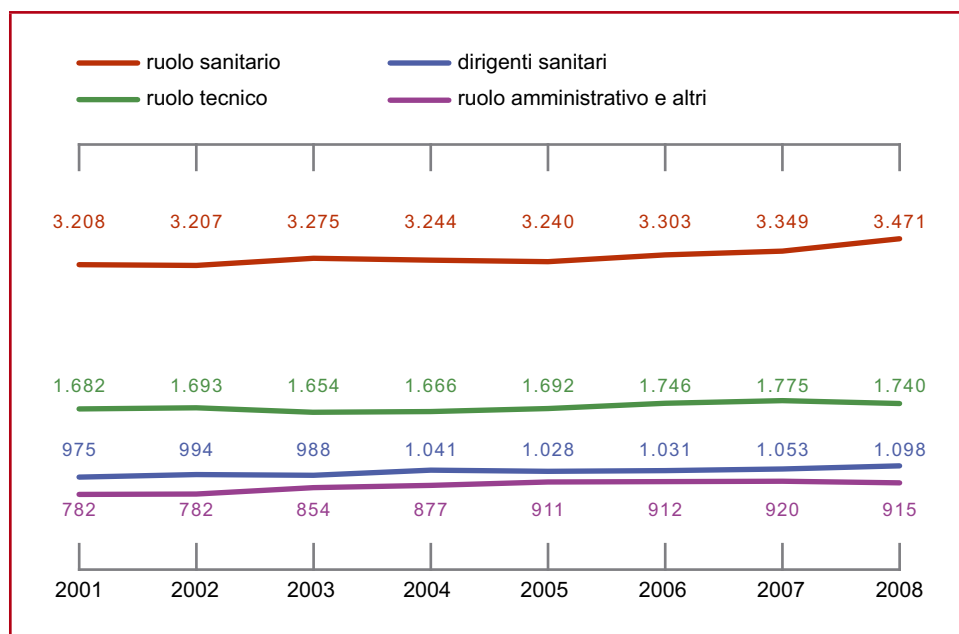
Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

La *consistenza complessiva del personale* - che l'Azienda sanitaria ha utilizzato per garantire il funzionamento del Servizio sanitario provinciale, lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle relative prestazioni, nonchè per attivare nuovi servizi - si è attestata nell'esercizio 2008, su 7.223 unità equivalenti medie.

TAB. 3.6.8 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Unità equivalenti - Anni 2001-2008

	PERSONALE regime tempo pieno	PERSONALE regime tempo parziale	PERSONALE unità equivalenti (dicembre)
2001	7.013	1.158	6.647
2002	7.031	1.175	6.676
2003	7.181	1.279	6.753
2004	7.260	1.510	6.828
2005	7.338	1.597	6.872
2006	7.467	1.612	6.947
2007	7.588	1.653	7.072
2008	7.781	1.709	7.223

GRAF. 3.6.4 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, distinto per ruolo. Unità equivalenti - Anni 2001-2008



L'incremento del numero di persone in servizio rispetto al 2007 (+ 193; 2,5%) è accompagnato da un aumento del ricorso all'istituto del part time. Il Grafico 3.6.4 descrive la consistenza delle risorse umane a disposizione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, suddivise per ruolo⁴³, nel periodo 2001 -2008.

La Tabella 3.6.9 e il Grafico 3.6.5 descrivono la consistenza media delle risorse umane a disposizione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari nel corso dell'anno 2008 (media annuale) in termini d'unità equivalenti di personale e relativo costo.

TAB. 3.6.9 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Unità equivalenti e Costo - Anno 2008

QUALIFICA O MANSIONE	UNITÀ EQUIVALENTI	%	COSTO	%
Direttore Medico	106,00	9,75	22.608.000	15,20
Dirigente Medico	834,41	76,77	108.582.440	73,01
Direttore Farmacista	3,00	0,28	552.000	0,37
Dirigente Farmacista	16,63	1,53	1.928.501	1,30
Direttore Veterinario	5,00	0,46	1.005.000	0,68
Dirigente Veterinario	38,75	3,56	4.821.335	3,24
Dirigente Biologo	23,42	2,15	2.739.750	1,84
Dirigente Chimico	2,00	0,18	251.000	0,17
Direttore Fisico	1,00	0,09	181.000	0,12
Dirigente Fisico	7,43	0,68	761.575	0,51
Direttore Psicologo	1,00	0,09	173.000	0,12
Dirigente Psicologo	48,00	4,42	5.067.000	3,41
Dirigente odontoiatra	0,33	0,03	43.667	0,03
Totale	1.086,96	15,05	148.714.268	36,76
Dirigente Ass. Infermieristica	1,00	0,03	90.000	0,06
Collab. Prof. Sanitario Esperto - Inferm	194,55	5,67	11.087.733	7,12
Collab. Prof. Sanitario - Pers. Inferm.	2.315,61	67,47	105.117.681	67,47
Oper. Prof. Sanitario Pers. Inferm.	165,50	4,82	6.950.930	4,46
Collab. Prof. Sanitario Esperto - Pers. Tec. Sanit.	25,52	0,74	1.505.878	0,97
Collab. Prof. Sanitario - Pers. Tec. Sanit.	350,48	10,21	15.190.236	9,75

continua >

⁴³ A livello nazionale (per l'intero SSN) il personale dipendente è costituito dal personale delle Aziende sanitarie locali, compreso quello degli Istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende ospedaliere e dal personale delle Aziende ospedaliere integrate con l'università. Nel 2007 tale personale ammonta a 649.248 unità e risulta così ripartito: il 69,7% ruolo sanitario, il 18,3% ruolo tecnico, il 11,7% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale.

Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 106.817 unità e quello infermieristico da 264.177 unità; il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico.

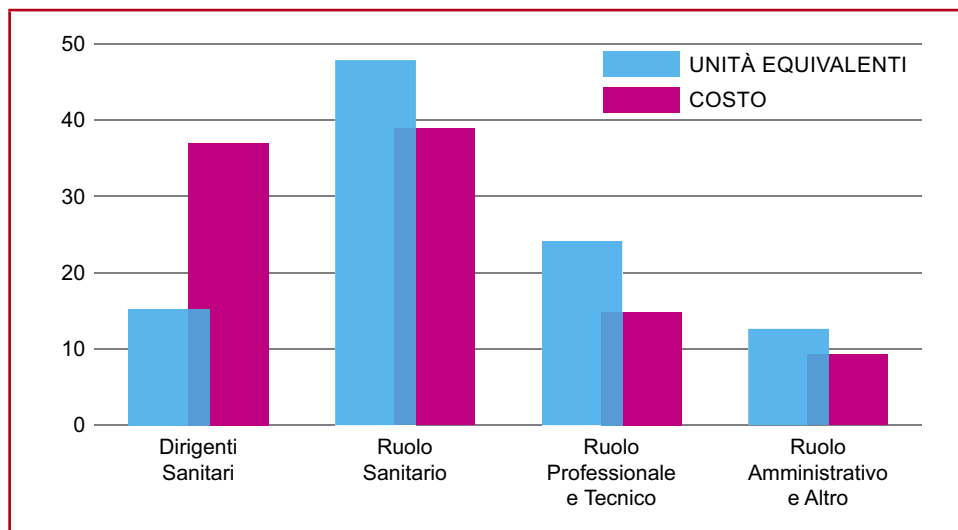
Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate operano 99.073 medici e 245.883 unità di personale infermieristico (non è compreso il personale universitario).

QUALIFICA O MANSIONE	UNITÀ EQUIVALENTI	%	COSTO	%
Collab. Prof. Sanitario Esperto Pers. Vigil. Ispez.	3,00	0,09	172.500	0,11
Collab. Prof. Sanitario Pers. Vigil. Ispez.	68,12	1,99	3.024.106	1,94
Collab. Prof. Sanitario Esperto - Pers. Riabilit.	18,42	0,54	1.012.825	0,65
Collab. Prof. Sanitario Pers. Riabilit.	286,43	8,35	11.523.870	7,40
Oper. Prof. Sanitario Pers. Riabilit.	3,19	0,09	116.488	0,07
Totale	3.431,83	47,51	155.792.247	38,51
Dirigente Ingegnere	11,00	0,63	1.391.500	2,33
Assistente Religioso	1,00	0,06	38.000	0,06
Giornalista	1,92	0,11	115.000	0,19
Dirigente Analista	4,75	0,27	560.500	0,94
Dirigente Statistico	1,50	0,09	147.000	0,25
Collab. Prof. Esperto Assistente Sociale	1,00	0,06	52.000	0,09
Collab. Prof. Assistente Sociale	14,85	0,85	579.150	0,97
Collaboratore Tecnico Prof. Esperto	9,53	0,55	428.700	0,72
Assistente Tecnico	50,91	2,93	1.906.438	3,19
Collaboratore Tecnico Prof.	33,45	1,92	1.471.947	2,47
Operatore Tecnico Specializzato	347,80	20,00	12.208.930	20,45
Operatore Tecnico	268,77	15,46	8.729.218	14,62
Operatore Tecnico Addetto All'assistenza	32,82	1,89	1.065.863	1,79
Operatore Socio Sanitario	699,95	40,25	23.237.649	38,92
Ausiliario Specializzato	259,82	14,94	7.779.625	13,03
Totale	1.739,07	24,08	59.711.520	14,76
Dirigente Amministrativo	21,92	2,43	3.068.334	8,34
Collab. Amministrativo Prof. Esperto	34,15	3,78	1.771.335	4,81
Collab. Amministrativo Prof.	109,15	12,08	4.454.586	12,10
Assistente Amministrativo	396,30	43,87	14.209.710	38,61
Coadiutore Amministrativo	331,61	36,71	10.757.731	29,23
Direttore	10,17	1,13	2.541.666	6,91
Totale	903,30	12,51	36.803.362	9,10
Altri	1,00	1,61	25.083	0,70
Personale Pat - 4° livello	0,88	1,41	20.202	0,57
Personale Pat - 7° livello	5,00	8,02	187.500	5,25
Personale Pat - 8° livello	2,00	3,21	79.000	2,21
Incarico Lib. Prof. - Medico	9,99	16,04	976.851	27,33
Incarico Lib. Prof. - Biologo	0,62	0,99	55.892	1,56
Incarico Lib. Prof. - Psicologo	0,18	0,28	13.053	0,37
Incarico Lib. Prof. - Pers. Inferm.	36,84	59,12	1.918.555	53,67
Incarico Lib. Prof. - Pers. Tec. Sanit.	1,24	1,99	70.300	1,97
Incarico Lib. Prof. - Pers. Con Funz. Di Riab.	0,99	1,59	57.533	1,61

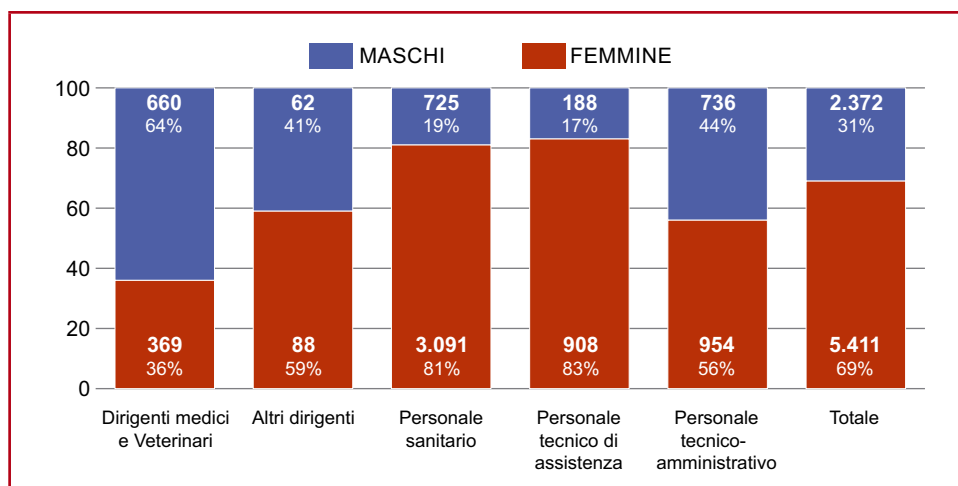
continua >

QUALIFICA O MANSIONE	UNITÀ EQUIVALENTI	%	COSTO	%
Incarico Lib. Prof. - Statistico	1,06	1,71	57.333	1,60
Incarico Lib. Prof. - Amministrativo	2,51	4,03	113.381	3,17
Totale	62,31	0,86	3.574.683	0,88
TOTALE GENERALE	7.223,47	100,00	404.596.080	100,00

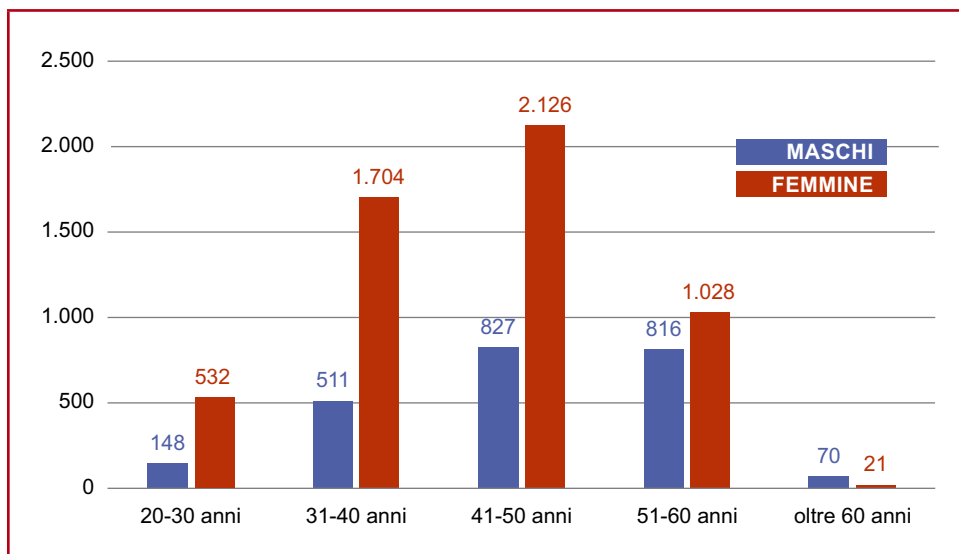
GRAF. 3.6.5 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari: % Unità equivalenti e Costo – Anno 2008



GRAF. 3.6.6 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, distinto per Ruolo e Sesso – Anno 2008

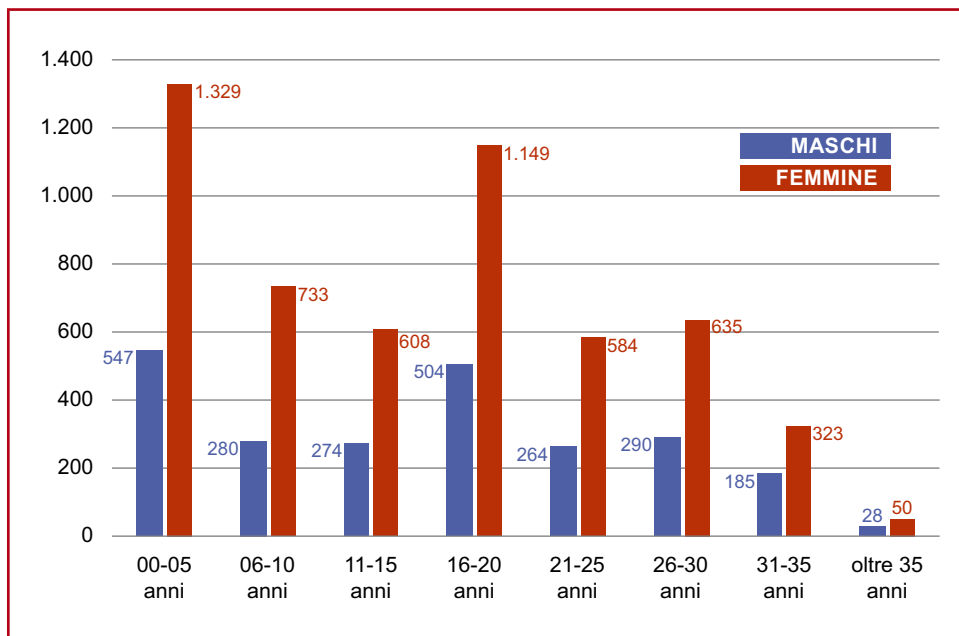


GRAF. 3.6.7 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per Classe di età – Anno 2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT su dati Sistema Informativo Direzionale APSS

GRAF. 3.6.8 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per Anzianità di servizio – Anno 2008



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT su dati Sistema Informativo Direzionale APSS

Rispetto ai livelli d'assistenza sanitaria, il personale è funzionalmente distribuito come rappresentato nella Tabella 3.6.10.

TAB. 3.6.10 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per livello di assistenza – Anni 2005-2008

	2005		2006		2007		2008	
	u. e.	%	u. e.	%	u. e.	%	u. e.	%
Collettiva in ambienti di vita e di lavoro	307	4,5	304	4,4	307	4,3	300	4,2
Distrettuale	2.160	31,4	2.171	31,2	2.078	29,4	2.144	29,7
Ospedaliera	3.971	57,8	4.029	58,0	4.242	60,0	4.337	60,0
Attività di supporto	435	6,3	444	6,4	444	6,3	442	6,1
Totale	6.873	100,0	6.948	100,0	7.071	100,0	7.223	100,0

Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT, su dati dell'Azienda sanitaria

3.7 La spesa sanitaria di parte capitale

La legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 prevede, all'articolo 6 bis, che la Giunta provinciale con proprio provvedimento detti gli indirizzi e il contenuto dei programmi degli investimenti sanitari, tenuto conto delle risorse stanziare al Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale.

Annualmente, in sede di riparto del predetto Fondo Sanitario Provinciale, è adottato il programma degli investimenti per quanto attiene agli acquisti di attrezzature sanitarie, di attrezzature economali e di presidi protesici. Per gli investimenti di edilizia la normativa provinciale in materia di programmazione settoriale - in particolare, l'articolo 14, lettera f) del D.P.G.P. 25 settembre 2000, n. 24-42/Leg. e ss. mm. - individua il *Piano degli investimenti di edilizia sanitaria* quale piano pluriennale di legislatura.

Si ritiene utile, in questo contesto, presentare l'andamento temporale della spesa in conto capitale distinguendo l'*edilizia sanitaria* dai *programmi di acquisto delle attrezzature*.

Per quanto concerne il settore dell'edilizia sanitaria, va segnalato che *tutti gli ospedali della provincia sono attualmente oggetto di consistenti lavori di ammodernamento e in taluni casi anche di ampliamento* al fine di adeguarli sia alla normativa concernente i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici necessari per l'accreditamento, sia alla normativa di sicurezza e infine alle nuove e moderne esigenze assistenziali e organizzative.

Parte degli interventi sono cofinanziati dallo Stato in base alle disposizioni recate dall'articolo 20 della legge n. 67/1988 (seconda e terza fase) e in base a specifiche normative di settore (legge n. 135/90 e legge n. 39/99). Gli interventi sono realizzati sia dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari sia dalle competenti strutture della Provincia autonoma di Trento.

Per interventi di edilizia sanitaria, negli ultimi anni sono state stanziare le risorse finanziarie descritte nella Tabella 3.7.1.

Alla Provincia è stata affidata la *ristrutturazione dell'Ospedale di Trento – presidio S. Chiara* e la *realizzazione dell'Ospedale Specialistico Villa Rosa di Pergine* (centro specialistico all'avanguardia nel campo della riabilitazione a favore di soggetti motulesi e neurolesi, caratterizzato dalla presenza di dotazioni spaziali, strumentali e professionali di massimo livello).

In ordine alla realizzazione del "*Nuovo Ospedale del Trentino*", risulta completata la predisposizione del documento preparatorio tecnico-progettuale quale base della gara di progettazione dell'opera; è in corso la definizione del bando di gara, nella sua accezione più completa (parte giuridico-amministrativa e parte tecnico-ingegneristica). Sono inoltre in corso i lavori di approntamento delle aree.

TAB. 3.7.1 Edilizia sanitaria – Risorse stanziare dal Bilancio della Provincia autonoma di Trento – Anni 1999-2008. Importi in euro

Anno	Assegnazioni Azienda sanitaria	Spese dirette	Totale
1999	23.861.407,42	10.888.109,20	34.749.516,62
2000	12.085.091,44	19.225.108,07	31.310.199,51
2001	16.049.156,38	27.444.451,51	43.493.607,89
2002	44.152.143,57	26.278.881,80	70.431.025,37
2003	40.862.253,15	13.200.839,68	54.063.092,83
2004	16.621.349,77	13.797.999,94	30.419.349,71
2005	10.703.000,00	7.479.240,27	18.182.240,27
2006	14.200.000,00	8.600.000,00	22.800.000,00
2007	12.294.000,00	20.249.740,00	32.543.740,00
2008	22.362.791,49	21.362.208,51	43.725.000,00

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Le risorse assegnate all'Azienda provinciale per i servizi sanitari coprono invece tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare sanitario, gli interventi di realizzazione e ristrutturazione degli immobili dei distretti sanitari nonché gli interventi di ristrutturazione degli Ospedali di Rovereto - presidio S. Maria del Carmine, di Cavalese, di Tione, di Cles e di Borgo Valsugana.

Riguardo i singoli presidi ospedalieri, l'andamento dei lavori al termine del 2007, è descritto nella Parte Terza della presente Relazione (La gestione delle risorse e delle alleanze: Gestione degli immobili).

Per quanto riguarda gli interventi manutentivi maggiormente rilevanti effettuati sul patrimonio immobiliare, si evidenziano nella Tabella 3.7.2, quelli trasmessi alla Provincia.

Tab. 3.7.2 Lavori più significativi – Anno 2008. Importi in euro

ALA – Risanamento conservativo ex convitto comunale "S. Pellico" da destinare a studentato universitario	4.945.000,00
ARCO – Lavori di ristrutturazione del "Padiglione B" dell'Ospedale Alto Garda e Ledro	7.264.000,00
ARCO – Progetto esecutivo dei lavori di sistemazione generale tecnico funzionale del "Padiglione Palme" – 2° stralcio esecutivo	1.799.852,29
BEZZECCA – Lavori di manutenzione straordinaria per il Centro Servizi Sanitari di Bezzecca	1.300.000,00
BORGO VALSUGANA – Costruzione del Parcheggio multipiano a servizio dell'Ospedale S. Lorenzo	2.263.108,98
BORGO VALSUGANA – Ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale San Lorenzo	21.780.000,00
BORGO VALSUGANA – Nuova autorimessa ambulanze a servizio del P.O. S Lorenzo di Borgo VS	1.500.000,00

continua >

BRENTONICO – Poliambulatorio p.ed. 1373 e p.f. 47/1 in C.C. di Brentonico	997.555,30
CAVALESE Ospedale di Cavalese - 1° Stralcio	10.931.233,76
CAVALESE Costruzione nuova Elisuperficie a servizio dell'Ospedale di Cavalese	1.050.000,00
CLES Opere di completamento previste nell'ottava variante progettuale dei lavori di ampliamento e ristrutturazione del P.O. di Cles - IV lotto	2.949.116,37
CLES Ampliamento e ristrutturazione Ospedale di Cles - IV LOTTO	23.172.000,00
CONDINO Sistemazione CSS di Condino p.ed 948	1.605.000,00
MEZZOLOMBARDO Realizzazione del Centro per Servizi Sanitari-Assistenziali	1.783.000,00
MEZZOLOMBARDO – Ristrutturazione del Piano Rialzato del Presidio San Giovanni	2.350.000,00
PINZOLO – Realizzazione della Casa della Salute a Pinzolo	1.800.000,00
ROVERETO – Lavori di ampliamento e ristrutturazione del Presidio Ospedaliero S. Maria del Carmine di Rovereto – II lotto	18.571.566,04
ROVERETO – Progetto di riorganizzazione spaziale e funzionale dell'Ospedale S. Maria del Carmine – III lotto – Primo stralcio	12.000.000,00
ROVERETO – Parcheggio multipiano presso l'Ospedale S. Maria del Carmine	6.500.000,00
ROVERETO – Realizzazione sede per le attività amministrative e territoriali del distretto mediante il recupero urbanistico dell'area ex Bimac in Rovereto	7.190.000,00
STORO – Realizzazione di un Centro Servizi Sanitari	3.033.430,00
TIONE – Elisuperficie - Lavori di potenziamento e adeguamento al volo notturno	1.203.500,00
TIONE – Progetto per la riorganizzazione della struttura sanitaria mandamentale di Tione II° lotto esecutivo – 1° Stralcio	17.691.799,18
TRENTO – Lavori di riqualificazione degli spazi al 6° piano del P.O. S.Chiera – Reparto Medicina	3.150.000,00
TRENTO – Costruzione Nido Aziendale	1.350.000,00
TRENTO – Lavori di riqualificazione degli spazi al 5° piano del P.O. S. Chiara di Trento – Neurologia e degenze Neurochirurgia	3.500.000,00
TRENTO – Progetto di ristrutturazione e adeguamento dei laboratori dell'U.O. di Anatomia Patologica presso il P.O. S. Chiara	2.600.000,00
TRENTO – Realizzazione del laboratorio di Igiene Epidemiologica e Sanità Pubblica presso Centro Servizi Sanitari	2.700.000,00
TRENTO – Realizzazione della struttura di Ematologia e della sezione malattie infettive al 3°, 4° e parte del 5° piano del corpo V del P.O. S. Chiara di Trento	2.800.000,00
TRENTO – Quarta variante progettuale ai lavori relativi alla realizzazione del Reparto AIDS e alla ristrutturazione del Servizio Emodialisi presso il P.O. S. Chiara di Trento	3.294.672,01
TRENTO – Realizzazione Nuovo Consultorio Familiare - Via Malta Trento	1.250.000,00
TRENTO – Ristrutturazione dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica presso il S. Chiara	1.750.000,00
TOTALE	176.074.833,94

Con riferimento agli *investimenti realizzati in attrezzature*, va precisato che gli acquisti per attrezzature sono raggruppati in:

- ▶ *attrezzature sanitarie* che comprendono gli acquisti per apparecchiature di diagnosi, cura e riabilitazione utilizzate nelle strutture sanitarie;
- ▶ *attrezzature tecnico-economali* che comprendono gli acquisti di beni mobili e di arredi, di attrezzature informatiche, di automezzi e ambulanze e di altre attrezzature;
- ▶ *presidi protesici*.

Nel corso degli ultimi anni le risorse finanziarie destinate agli investimenti tecnologici sono notevolmente e progressivamente aumentate come descritto nella Tabella 3.7.3.

TAB. 3.7.3 Attrezzature – Risorse finanziarie stanziare dal Bilancio della Provincia autonoma di Trento – Anni 1999-2008. Importi in euro

Anno	Attrezzature economali	Presidi protesici	Attrezzature sanitarie	Sistema PACS	TOTALE
1999	4.218.411,87		8.398.518,65		12.616.930,52
2000	3.666.843,99	1.032.913,80	8.376.862,75		13.076.620,54
2001	5.267.860,37	2.918.114,88	7.940.266,58		16.126.241,83
2002	6.418.925,90	2.250.000,13	7.891.329,64		16.560.255,67
2003	5.400.000,00	3.100.000,00	7.500.000,00	3.000.000,00	19.000.000,00
2004	7.716.000,00	3.964.226,16	16.660.491,60	3.500.000,00	31.840.717,76
2005	6.000.000,00	3.023.868,00	8.476.132,00	2.500.000,00	20.000.000,00
2006	4.500.000,00	3.499.590,00	8.000.410,00	1.000.000,00	17.000.000,00
2007	7.000.000,00	2.996.900,00	7.003.100,00	1.600.000,00	18.600.000,00
2008	10.638.872,00	4.551.128,00	3.005.000,00		18.195.000,00

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

L'elaborazione e predisposizione del *programma di investimenti* avviene tramite una complessa procedura che comporta il coinvolgimento delle diverse strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari che, nell'ambito di una apposita commissione, valuta le necessità di acquisire o sostituire le apparecchiature nonché l'opportunità di dotarsi di sistemi innovativi al fine di meglio qualificare il servizio sanitario. Il programma è quindi approvato e finanziato dalla Giunta provinciale.

Per quanto riguarda il finanziamento si segnala che le assegnazioni per *attrezzature economali per presidi protesici* sono effettuate in maniera indistinta all'Azienda sanitaria, la quale utilizza le risorse per gli acquisti in tutti i distretti sanitari. Al contrario, per le *attrezzature sanitarie*, le risorse sono assegnate in

TAB. 3.7.4 Attrezzature sanitarie – Risorse finanziarie per area di destinazione – Anni 2004-2008

DISTRETTI	2004		2005		2006		2007		2008	
	euro	%	euro	%	euro	%	euro	%	euro	%
Sede Centrale APSS	402.000,00	4,99	678.320,00	8	605.000,00	7,56	260.000,00	5,2	260.000,00	2,54
Dipartimento di anestesia e rianimazione									557.700,00	5,45
Direzione Diagnosi e cura	283.920,00	3,52	384.360,00	4,53	273.000,00	3,41	267.000,00	5,34		
Direzione Igiene e Sanità Pubblica	77.640,00	0,96	21.048,00	0,25	14.400,00	0,18	12.100,00	0,24		
Dipartimento di laboratorio	125.460,00	1,56	96.120,00	1,13	20.700,00	0,26			239.796,00	2,34
Dipartimento di radiologia	598.800,00	7,43	1.754.000,00	20,69	2.742.000,00	34,27	490.000,00	9,79	2.614.000,00	25,53
Direzione cura e riabilitazione									161.800,00	1,58
Direzione generale									120.000,00	1,17
Direzione personale e sistemi informativi									36.000,00	0,35
Distretto di Fiemme e Fassa	272.640,00	3,38	215.780,00	2,55	160.400,00	2	256.300,00	5,12	123.600,00	1,21
Distretto del Primiero			13.600,00	0,16	5.750,00	0,07	9.350,00	0,19	63.000,00	0,62
Distretto Bassa Valsugana e Tesino	284.100,00	3,52	138.300,00	1,63	76.000,00	0,95	152.000,00	3,04	149.000,00	1,46
Distretto Alta Valsugana	62.940,00	0,78	117.080,00	1,38	12.000,00	0,15	43.800,00	0,88	12.500,00	0,12
Distretto Trento e Valle dei Laghi	211.623,60	2,62	45.552,00	0,54	60.000,00	0,75	44.500,00	0,89	57.700,00	0,56
Distretto Valle di Non e di Sole	235.560,00	2,92	327.540,00	3,86	355.800,00	4,45	257.000,00	5,14	231.640,00	2,26
Distretto Giudicarie e Rendena	364.200,00	4,52	287.620,00	3,39	179.200,00	2,24	191.000,00	3,82	262.600,00	2,56
Distretto Alto Garda e Ledro	214.960,00	2,67	117.220,00	1,38	141.000,00	1,76	247.200,00	4,94	303.200,00	2,96
Distretto Vallagarina	12.972,00	0,16	39.480,00	0,47	39.000,00	0,49	650	0,01	4.000,00	0,04
Ospedale di Rovereto	1.251.360,00	15,52	853.860,00	10,07	907.800,00	11,35	998.400,00	19,96	2.080.036,00	20,32
Ospedale di Trento	3.664.316,00	45,45	3.386.252,00	39,95	2.408.360,00	30,1	1.773.800,00	35,45	2.962.300,00	28,93
Programma straordinario	8.598.000,00						2.000.000,00			
TOTALE	16.660.491,60		8.476.132,00		8.000.410,00		7.003.100,00		10.238.872,00	

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

via previsionale ai singoli Distretti sanitari e alle Direzioni generali come descritto dalla Tabella 3.7.4.

Gran parte delle risorse è assegnata per le sostituzioni e le innovazioni negli ospedali di Trento e di Rovereto e nel Dipartimento di Diagnostica per immagini, anche se molta attenzione è riservata agli Ospedali di periferia.

Tra gli acquisti più rilevanti eseguiti nel corso dell'esercizio 2007 a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari sono da segnalare, riguardo ai predetti programmi di spesa, quelli descritti nella Tabella 3.7.5.

TAB. 3.7.5 Attrezzature. Acquisti più significativi – 2008. Importi in euro

ATTREZZATURE SANITARIE	
Investimenti straordinari – Villa Rosa	262.564
Investimenti straordinari per trasferimento Ortopedia	4.319.718
Accessori PACS	195.731
Angiografo Ospedale di Trento	1.148.028
PET	4667598,19
RMN Cles	840.000
App. anestesia e varie	258378,56
App. otorino	54.507
App. oculistica	150.310
Apparecchi neurochirurgia	120.069
Aspiratori chirurgici	40.266
Attrezzatura laboratorio	206.466
Attrezzatura fisioterapia	93.092
Attrezzatura neurologia	33.634
Autoclavi e sterilizzatrici e bagni ultrasuoni	158.676
Lavaendoscopi, lavastrumenti e accessori	148.202
Sist. radiologia dig., mammografo e ortopanto., portat. rx	114.768
Centr. monitoraggio e monitor e accessori	461.576
Coloratore vetrini, citofluometro	97.080
Contropulsatori	133.200
Defibrillatori	154.127
Dosimetri fisica	37.320
Doppler vascolari	5.904
Ecografi	556.715

[continua >](#)

Ecocardiografi	336.667
Elettrobisturi	188.066
Elettrocardiografi, cicloergometri, holter	312.024
Fototerapie	60350,4
Lampade scialitiche	45.225
Letti bilancia	91.728
Manometria gastro.	35280
Microinfusori insulina	64.593
Microscopi da laboratorio e operatori + accessori	343906,4
Misuratore vescicale, uroflussometro, sist. urodinamica	59.064
Osmosi	71.760
Pompe infusione	52.621
Sonde per ecografi	106.339
Pulsossimetri	29.069
Riuniti oftalmici e dentali	53.727
Sistema laparo/artroscopia + ottiche	519.466
Broncoscopi	32.459
Software x sistema proc. med. ass.	72.000
Tavoli operatori e accessori	238.188
Testa letto	63.335
Trapani e seghe ortopediche e otologiche e dent.	171.010
Totale	17.204.810
INTERVENTI PRIORITARI EX LEGGE N. 626/1994	534.740
ARREDI E ATTREZZATURE ECONOMICI	
Arredi spogliatoi, med. nucleare, angiografia, recovery room	69.365
Arredi nuovo css Tione	127.054
Arredi nuovo css Storo	112.115
Arredi consultorio via Malta	62.625
Arredi terapia intensiva Cles	62.227
Arredi nuovi ambulatori ortopedia piastra Rovereto	69.305
Telefonia	52.182
Attrezzature per cucina	24.500
Automezzi e ambulanze	814.076
Indistinte sede	224.310
Attrezzature tecnico economici - Trento	251.840
Attrezzature tecnico economici - Rovereto	125.095

continua >

Attrezzature tecnico economali - Distretto Fiemme e Fassa	45.449
Attrezzature tecnico economali - Distretto Bassa Valsugana	59.792
Attrezzature tecnico economali - Distretto Alta Valsugana	41.859
Attrezzature tecnico economali - Distretto Valle dei Laghi	56.521
Attrezzature tecnico economali - Distretto Valle di Non e di Sole	45.197
Attrezzature tecnico economali - Distretto Rendena	25.053
Attrezzature tecnico economali - Distretto Alto Garda Ledro	106.296
Attrezzature tecnico economali - Distretto Vallagarina	22.905
Totale	2.397.765
PIANO INFORMATICA	3.178.762
PRESIDI PROTESICI	177.633
TOTALE	23.493.709

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria.

Parte III
Stato di attuazione
della programmazione sanitaria
provinciale

Premessa

In dipendenza dello stretto legame con lo sviluppo socio-economico e con le condizioni di vita generali delle popolazioni, la tutela della salute delle persone e delle collettività è assicurata con diversi gradi di intensità e differenti modalità nei vari periodi e contesti: infatti, le condizioni di tutela della salute rispecchiano l'evoluzione storica, sociale e politica e – implicando l'azione coordinata di più soggetti protagonisti nel sistema in funzione dell'organizzazione sanitaria adottata nel singolo Paese – sono strettamente connesse ai diversi modelli istituzionali vigenti.

Per le ragioni appena espresse, la presentazione e valutazione dello stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale richiede:

- ▶ da un lato, un *propedeutico sforzo di contestualizzazione* che consenta di apprezzare – attraverso un sintetico, ma efficace esame, descritto nel Capitolo 4 – gli elementi essenziali e le principali caratteristiche dell'attuale *contesto generale del settore sanitario italiano*;
- ▶ dall'altro, la considerazione degli *indirizzi strategici di politica sanitaria* – che il governo provinciale delinea per garantire il funzionamento e la sostenibilità del Servizio sanitario trentino – e l'esame delle *attività più significative realizzate* dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari *in via autonoma* (descritti nel Capitolo 5, paragrafo 1) e con riferimento agli *obiettivi specifici di razionalizzazione e miglioramento assegnati* all'Azienda *dalla Giunta provinciale* (descritti nel Capitolo 5, paragrafo 2).

4

Il contesto sanitario italiano

L'Italia è da lungo tempo caratterizzata, sotto il profilo dello stato di salute della popolazione, dalla prevalenza delle malattie croniche essendosi oramai consolidata la *transizione epidemiologica* da comunità nella quale il carico di malattie era legato in modo considerevole al rischio infettivo.

In misura via via crescente negli ultimi anni, il nostro Paese ha visto – anche grazie al miglioramento della tempestività e dell'accuratezza delle diagnosi e dell'efficacia dei trattamenti disponibili – un'importante e *costante riduzione della mortalità a tutte le età*.

Le prospettive di sopravvivenza della popolazione italiana non sono mai state così favorevoli come negli anni recenti e la *tendenza all'aumento dell'aspettativa di vita* – in virtù della riduzione della mortalità e di una lieve ripresa della natalità (soprattutto straniera che pone, peraltro, particolari problemi inerenti agli aspetti organizzativi dei servizi) – determina un *invecchiamento progressivo della popolazione generale*.

Con specifico riferimento ai profili demografico, epidemiologico e nosologico, va considerato tra l'altro che:

1. la concezione della *salute* come *“bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale”* che vede nelle *“persone stesse la maggiore risorsa”*, impone di attivare interventi organici (che coinvolgono settori diversi della società e delle istituzioni) di prevenzione e contenimento dei fattori di rischio – sia in ambito individuale che collettivo/comunitario – finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi (stili di vita) e a migliorare i contesti ambientali e socio-economici; del resto, la demografia storica dimostra che anche la transizione epidemiologica di cui si è detto sopra è stata ottenuta con cambiamenti ambientali e di stile di vita; la salute rappresenta il risultato marginale di tutte le politiche e gli interventi che riguardano lo sviluppo (educazione, occupazione, welfare, urbanistica, infrastrutture, tecnologia, ecc) e, per questo, dovrebbe emergere un orientamento finalizzato a sottoporre

ogni intervento di una certa rilevanza alla valutazione del suo impatto sulla salute (*Health Impact Assessment*); d'altro canto, poiché la salute è prodotta dagli individui e dalle famiglie e non dai medici né dagli ospedali, è necessario offrire più informazioni sulla salute e più educazione sanitaria come mezzi efficienti che producono salute individuale e collettiva;

2. una società, all'interno della quale *aumenta in maniera rilevante la presenza degli anziani e diminuisce quella dei giovani*, è obbligata a riconsiderare in maniera complessiva le proprie forme organizzative in quanto i *cambiamenti nella struttura della popolazione* vedono l'azione simultanea della diminuzione della base contributiva attiva e dell'aumento della quota di popolazione da assistere ed investono in modo diretto la famiglia chiamando soprattutto le età di mezzo a prendersi cura sia dei figli che dei genitori anziani bisognosi di cure;
3. se si è ridotta la mortalità per le malattie cardiovascolari, per quelle oncologiche e per le respiratorie, il numero di persone affette da queste patologie aumenta e comporta un *incremento del bisogno d'assistenza sanitaria e di servizi socio-sanitari* con conseguenti e pesanti implicazioni in termini di risorse necessarie; conseguentemente, *il favorevole aumento della speranza di vita media non porta ad una visione altrettanto positiva dello stato di salute della popolazione: l'invecchiamento e l'aumento progressivo di malattie croniche e degenerative rendono sempre più impegnativo e oneroso il mantenimento di un buon livello della qualità degli anni di vita "guadagnati"*;
4. sul versante della *salute in età evolutiva* (fasi più delicate e vulnerabili della vita: nascita, infanzia, adolescenza) se da un lato sono stati consolidati risultati positivi grazie alle attività di prevenzione (educazione, vaccinazioni...) d'altro lato, si registrano *nuove emergenze legate a condizioni patologiche ma anche e, soprattutto, psicologiche* (tra i bambini e i ragazzi aumentano i disturbi dello sviluppo e comportamentali ed è necessario mettersi in condizione di fare "diagnosi precoce del disagio") oltre a diverse criticità sul piano organizzativo sia riguardo all'assistenza pediatrica di base e ospedaliera che della neuropsichiatria infantile; per questo, anche in termini di investimento per il futuro, questo ambito di tutela deve essere considerato prioritario riservando ad esso particolare attenzione in termini di monitoraggio e di miglioramento.

La situazione sanitaria italiana sarà influenzata, oltre che dalle dinamiche demografiche e epidemiologiche, fondamentali nel medio-lungo periodo:

- ▶ dalle *politiche sanitarie delineate dall'OMS e dalla Comunità Europea*, anche in ragione dei nuovi scenari indotti dalla mobilità dei pazienti in ambito europeo);
- ▶ dalla *situazione economica generale del nostro Paese* che registra – in un quadro di crisi finanziaria che sta interessando l'intera economia mondiale con

tassi di crescita drasticamente ed improvvisamente regressivi e ormai evidenti ripercussioni sull'economia reale – una fase di recessione con impatto pesante sull'economia e sui conti pubblici (caduta delle entrate e peggioramento rapporto deficit-Pil) ed impone un costante e progressivo impegno nella ricerca dell'efficienza, nella definizione delle priorità, nel contenimento dei costi e, più in generale, nella valutazione della sostenibilità di sistema;

- ▶ dagli *obiettivi indicati dai processi di programmazione sanitaria in corso* che necessitano di ulteriori passaggi attuativi, di adeguamento e/o di aggiornamento.

Sulla base della conferma del *Servizio Sanitario Nazionale* e dei principi generali che lo informano – *sussidiarietà* (intesa come partecipazione di diversi soggetti istituzionali e non, alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini), *responsabilità* (intesa come senso del proprio ruolo e leale collaborazione), *adeguatezza e differenziazione* (intese come assegnazione della produzione del servizio al livello più basso efficiente), *equità e solidarietà* (intese come riconoscimento di livelli diversi di tutela in risposta a diversi bisogni di salute) – elemento portante del nostro assetto sanitario è il concetto di *universalismo "selettivo"* introdotto con la determinazione dei *Livelli Essenziali di Assistenza* che costituiscono il sistema di garanzie e prestazioni sanitarie da assicurare uniformemente sul territorio nazionale pur all'interno del processo di federalismo sanitario, della gratuità e della libera scelta dei professionisti e dei luoghi di cura.

Nel quadro d'insieme descritto, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale richiede un partecipato impegno, in particolare sulle seguenti linee strategiche:

- ▶ *potenziamento delle forme di collaborazione, di coordinamento e di riequilibrio – tra livello statale* (integrazione etica, garanzia democratica e di solidarietà, perequazione finanziaria), *livello regionale* (autonomia finanziaria e fiscale, possibilità di sostenere modelli organizzativi diversi e di integrare i livelli essenziali di assistenza con altri servizi coperti da risorse proprie), *livello locale* (enti locali e aggregazioni sociali spontanee che partecipano a programmare e valutare la tutela e l'assistenza), *livello delle aziende sanitarie* (mediazione tra strategie sanitarie, compatibilità economico-finanziaria e richieste della comunità locale) e *mercato* (elemento di valorizzazione del rapporto di concorrenza tra l'offerta pubblica e quella privata, poste su un piano di sostanziale parità attraverso i processi di autorizzazione e di accreditamento istituzionale) – finalizzate a garantire nel tempo gli elementi costitutivi (equità e accessibilità, appropriatezza e qualità, sostenibilità finanziaria) del Sistema sanitario pubblico;
- ▶ *crescita culturale della popolazione generale* in termini di partecipazione, individuale ed associativa, ai processi di programmazione e valutazione dei servizi nella consapevolezza della complessità del sistema sociale e dell'organizzazione sanitaria, di responsabilizzazione rispetto a valori e comportamenti, di adesione

- ai processi e programmi di promozione della salute, prevenzione (stili di vita sani), comunicazione istituzionale, educazione e sensibilizzazione sanitaria;
- ▶ *accessibilità, fruibilità, monitoraggio e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza* con la definizione delle priorità assistenziali basata su elementi epidemiologici, su evidenze cliniche e, anche, sull'analisi delle disuguaglianze;
 - ▶ *mantenimento di standard elevati di qualità del servizio* attraverso un processo diffuso di riqualificazione delle risorse umane (costanti attività di formazione e aggiornamento continuo), del patrimonio infrastrutturale sanitario, delle apparecchiature e delle procedure (governo clinico – linee guida e protocolli; sviluppo dell'*Health technology assessment* per la valutazione degli impatti, clinici, organizzativi ed economici, delle tecnologie sanitarie) e l'attività di *benchmarking* sia clinico che organizzativo;
 - ▶ *centralità del paziente* attraverso il passaggio dalla logica di "erogazione di prestazioni" al principio della "presa in carico e continuità assistenziale" con il maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari e l'integrazione socio-sanitaria;
 - ▶ *adozione di strumenti del management* per la integrazione dei processi amministrativo-organizzativi con quelli assistenziali;
 - ▶ *promozione del lavoro in Rete*, a livello regionale e/o intra-regionale e/o di area vasta, attraverso modelli organizzativi e istituzionali che facilitano la specializzazione e l'eccellenza dei poli, la diffusione di risposte di alto livello adeguate ai bisogni reali, l'integrazione delle funzioni e delle soggettualità pubbliche e private, territoriali ed ospedaliere, preventive e curative, curative e riabilitative;
 - ▶ *promozione della ricerca* (biomedica e sui servizi sanitari), sviluppando le conoscenze secondo l'esigenza di rispondere a specifici bisogni di salute e non a generici interessi scientifici e modelli formativi atti a rispondere alle richieste dai nuovi criteri di assistenza.

5

Il servizio sanitario provinciale

5.1 Introduzione

In termini di performance complessiva, il sistema sanitario trentino è valutato positivamente dalle indagini sullo stato di salute della popolazione, sulla gestione dei servizi sanitari locali e sul gradimento dei cittadini.

In particolare, va segnalato che il sistema sanitario trentino, nel rispetto delle risorse di bilancio messe a disposizione dalla Provincia, ha garantito i livelli d'assistenza sanitaria essenziali erogati dall'intero Servizio Sanitario Nazionale e, oltre a questi, specifici e consistenti livelli di assistenza sanitaria aggiuntivi erogati solo a beneficio dei cittadini residenti e iscritti al Servizio sanitario provinciale.

Va altresì evidenziato come – pur collocandosi la sanità trentina in una buona posizione nell'ambito italiano – diversi elementi sono suscettibili di miglioramento anche nel contesto locale e, in questo senso, devono costituire oggetto di ulteriore attenzione e investimento.

Del resto, i risultati finora ottenuti, le esigenze e le attese delle diverse parti interessate al funzionamento del servizio sanitario – i cittadini contribuenti, i malati e le loro famiglie, il personale dipendente o convenzionato, le strutture private accreditate, la scuola, la rete dei servizi sociali, le associazioni delle categorie produttive, il volontariato – e le potenzialità del sistema trentino costituiscono, al contempo, dovere e stimolo al miglioramento continuo.

Tenendo conto dell'evoluzione del contesto generale del settore sanitario e traducendo gli aggiornamenti della programmazione sanitaria in proposte di interventi da realizzare a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari o di altri operatori del sistema, il *Servizio sanitario provinciale*:

- ▶ si è via via orientato al conseguimento di **OBIETTIVI DI SALUTE** attraverso:
 - iniziative per il rafforzamento dell'autonomia decisionale degli enti locali, dei cittadini e degli utenti (*Profili di salute di comunità*);

- l'adozione di strumenti di trasparenza, relazione, comunicazione e informazione volti a costruire un rapporto aperto e proficuo con i cittadini e le altre parti interessate al buon funzionamento del servizio sanitario (*Carte dei servizi sanitari, bilancio sociale e del capitale intellettuale, logistica*) e l'uso appropriato dei servizi sanitari;
 - l'erogazione di attività e interventi di dimostrata appropriatezza ed efficacia in termini di esiti sulla salute individuale e collettiva, privilegiando il governo clinico dell'assistenza tramite l'individuazione e la revisione di *percorsi diagnostico-terapeutici e di linee guida/protocolli* coinvolgendo gli operatori sanitari;
 - l'impegno a *diminuire le disuguaglianze fra cittadini* in termini di tutela della salute (*analisi delle differenze di genere e di età per l'accesso ai servizi sanitari*);
 - la *istituzione di servizi e attività* carenti, per i quali era necessario rivolgersi ad altri servizi sanitari regionali;
 - il *migliore utilizzo delle risorse* che la collettività destina al settore (*misure di razionalizzazione ed efficientamento*);
- ha investito ingenti risorse per realizzare *consistenti interventi strutturali e tecnologici*, in quasi tutti gli stabilimenti ospedalieri, anche finalizzati a creare nuovi servizi o nuove attività sanitarie.

La documentata e riconosciuta *“buona sanità locale”* è il risultato del forte e continuativo impegno – assicurato dalla Giunta provinciale e, rispettivamente, dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari – per corrispondere alle esigenze di garanzia, funzionamento, sostenibilità e sviluppo del settore.

La *Giunta provinciale* ha, in particolare, delineato gli *indirizzi* e reso disponibili le *risorse finanziarie* necessarie al *mantenimento* (erogazione dei livelli essenziali e aggiuntivi di assistenza sanitaria previsti dalla normativa in vigore) e allo *sviluppo* (specifici obiettivi annuali di riorganizzazione e miglioramento finalizzati a risolvere specifiche criticità organizzative, a creare nuove attività e/o prestazioni, alla modernizzazione organizzativa, tecnologica e strutturale) del Servizio sanitario provinciale, alimentando in maniera adeguata il bilancio dell'Azienda sanitaria e destinando ulteriori risorse a iniziative e attività direttamente gestite dal Dipartimento politiche sanitarie in tema di *politica per il personale attraverso la contrattazione collettiva provinciale autonoma e sostitutiva di quella nazionale, di comunicazione e informazione istituzionale per la salute, di nuova cultura della formazione di base, continua e manageriale*.

L'*Azienda provinciale per i servizi sanitari* – nell'attuare le linee di programmazione indicate dalla Provincia ed esercitando, per altro verso, l'autonomia attribuitale dall'ordinamento – ha realizzato diverse importanti iniziative, sia

sul piano assistenziale che su quello gestionale, ricercando la *integrazione delle attività "ordinarie"* (assistenziali e amministrative) svolte quotidianamente per assicurare le prestazioni ai cittadini *con le attività "straordinarie"* (derivanti dalla programmazione provinciale e) finalizzate ad attivare nuovi servizi o a riorganizzare e qualificare quelli esistenti.

A partire dal 2000 l'APSS ha assunto il concetto di *governance integrata* di tutti gli elementi – clinici, finanziari, gestionali, della ricerca e dell'informazione – che costituiscono i tanti e complessi aspetti della gestione delle organizzazioni sanitarie anche al fine di riallineare i diversi processi eliminando le sovrapposizioni.

5.2 Il modello EFQM per l'eccellenza

A partire dal 2001, i Programmi Aziendali di Sviluppo Strategico (PASS) approvati dalla Direzione Generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari adottano il modello EFQM quale strumento/cornice unificante che orienta l'intera organizzazione a realizzare la propria missione.

Il modello EFQM è utilizzato come:

- ▶ *strumento di misurazione dei progressi aziendali*; in questo senso va segnalato che l'Azienda sanitaria trentina:
 - ha ottenuto, nel 2004, da parte dell'European Foundation for Quality Management, il 1° livello di riconoscimento *"Committed to excellence in Europe"*;
 - ha vinto, nel 2006, la Prima edizione del Premio Qualità per la Pubblica Amministrazione¹ nella categoria "Aziende sanitarie, aziende ospedaliere e altre amministrazioni che operano nel campo sanitario";
 - ha ottenuto, nel 2006, da parte dell'European Foundation for Quality Management il 2° livello di riconoscimento *"Recognized for excellence in Europe"*;
 - ha realizzato, a fine 2007, la *quarta autovalutazione aziendale* finalizzata a individuare gli ambiti di miglioramento per il 2008 e a preparare la riconferma del 2° livello di riconoscimento *"Recognized for excellence in Europe"*;
 - ha realizzato, a fine 2008, la *quinta autovalutazione aziendale* finalizzata a individuare gli ambiti di miglioramento per il 2009 e a preparare la riconferma del 2° livello di riconoscimento *"Recognized for excellence in Europe, 4 star"* ottenuta nel febbraio 2009;
- ▶ *riferimento e strumento per l'allineamento e l'evoluzione dei processi, per la gestione del cambiamento, per l'implementazione di meccanismi di controllo interno ed esterno e di canali di relazione con le parti interessate, per l'esplicita adozione di strategie, metodologie e strumenti di gestione dell'innovazione, per l'adesione a reti di condivisione della conoscenza*; in questo senso il modello EFQM ha consentito:
 - di integrare tra loro i diversi strumenti adottati per la gestione aziendale e, in particolare, i seguenti: il *processo di budget*, le *attività di audit civico e organizzativo*, la *certificazione ISO 9001* di alcuni servizi aziendali, l'accreditamento *Joint Commission International* per il Presidio S. Chiara dell'Ospedale di Trento, l'utilizzo sistematico del *project management* nelle maggiori realizzazioni aziendali in campo informatico e organizzativo, l'utilizzo della metodologia di *Health Technology Assessment (HTA)* per valutare (appropriatezza, effetti e costi) le nuove strumentazioni introdotte nel sistema, l'implementazione degli *indicatori clinici e standard HPH*

¹ Organizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal FORMEZ, in collaborazione con Confindustria e il Consiglio Nazionale Consumatori e Utenti.

proposti dalla Rete internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che Promuovono la Salute (HPH – Health Promoting Hospitals), la *certificazione del bilancio di esercizio*; gestione dei requisiti minimi previsti in ordine ai processi di *autorizzazione e accreditamento istituzionale*.

Il “Modello EFQM per l’eccellenza” è basato sui seguenti *fattori/processi chiave*:

1. la GESTIONE DELLA LEADERSHIP – attività aziendali svolte per aumentare la capacità di guidare l’organizzazione da parte dei leader presenti in modo diffuso nel tessuto aziendale;
2. la GESTIONE DI POLITICHE E STRATEGIE – attività aziendali svolte per gestire i processi fondamentali della comunicazione, della pianificazione, del controllo e della innovazione;
3. la GESTIONE DEL PERSONALE – attività aziendali svolte per gestire le più importanti fasi del complessivo processo di gestione del personale;
4. la GESTIONE DELLE RISORSE E DELLE ALLEANZE – attività aziendali svolte per gestire i principali fattori economici (interventi sulle strutture/gestione degli immobili, interventi di razionalizzazione nel consumo delle risorse/gestione delle risorse finanziarie);
5. la GESTIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA – attività aziendali svolte per supportare e migliorare l’erogazione delle prestazioni connesse ai Livelli di Assistenza sanitaria (attivazione di nuovi servizi e interventi di riorganizzazione e qualificazione).

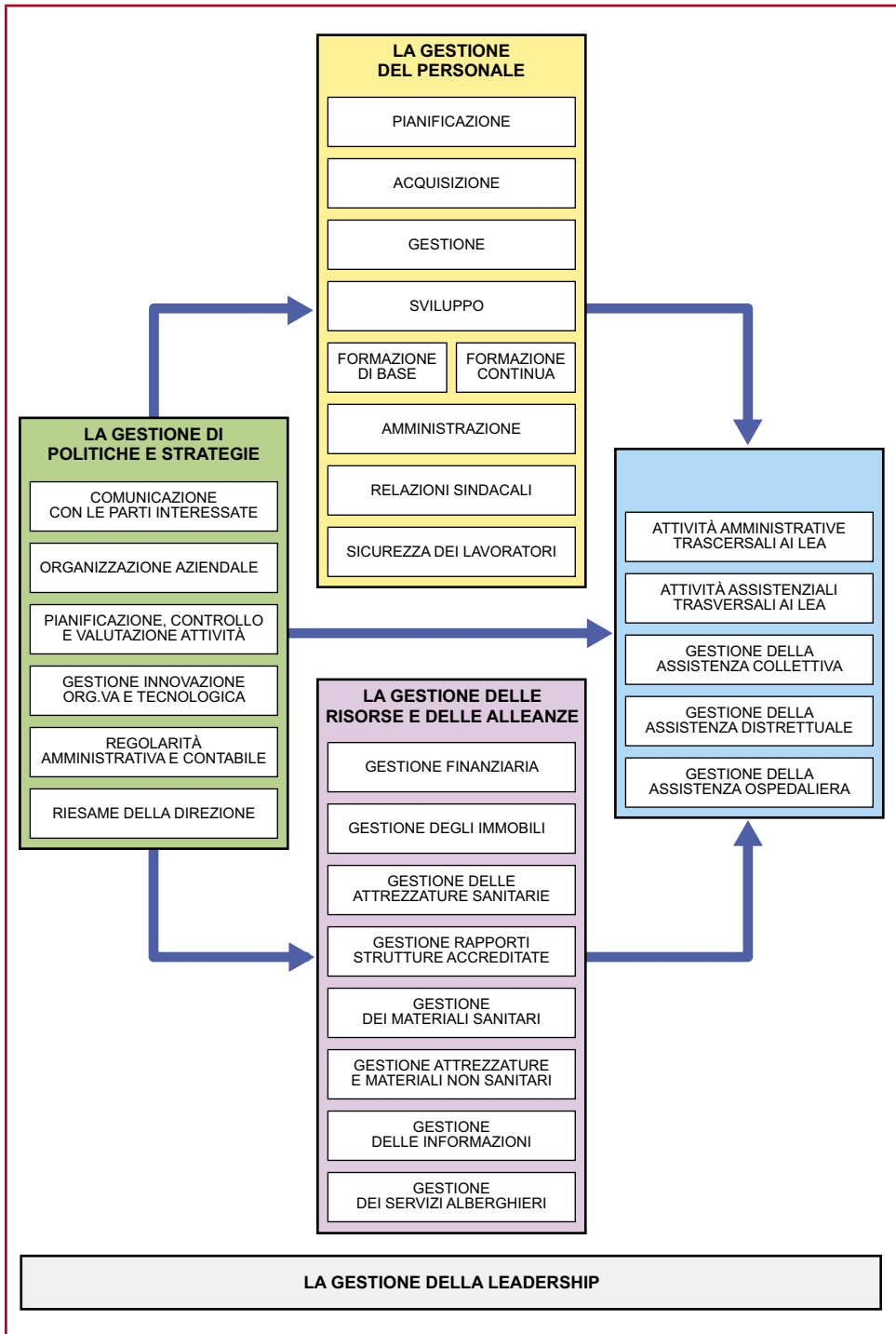
Dall’utilizzo del “Modello EFQM per l’eccellenza” consegue la “*mappa aziendale dei processi*” – definita in via sperimentale nel corso del 2005, rivista negli anni successivi e perfezionata nel 2008 (con riferimento al processo chiave “Gestione del personale”) – rappresentata in Figura 5.2.1.

La mappa dei processi può anche essere letta come “*cruscotto degli approcci*” e cioè come *sintesi delle attività che l’APSS sta svolgendo per governare complessivamente la rete dei processi chiave* con particolare attenzione alle attività svolte nell’esercizio di riferimento senza perdere di vista quanto realizzato nel passato e quanto rimane da fare nel futuro.

Poiché il “Modello EFQM” rappresenta un punto fermo anche nel “Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009” – (PASS 2009)² adottato dal Direttore generale dell’Azienda sanitaria nel 2005 – l’attività complessiva dell’Azienda sanitaria trentina può essere letta attraverso i *cinque processi chiave* governati dal modello EFQM.

² Il PASS 2009, adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 299 del 9 marzo 2005, è intitolato “*Costruire la rete. Dalle competenze dei singoli alle azioni del gruppo*”: elaborato al termine di un esplicito e partecipato processo di riesame del PASS precedente, delinea la strategia operativa aziendale per il quinquennio 2005-2009.

FIG. 5.2.1 Mappa aziendale dei processi



5.2.1 LA GESTIONE DELLA LEADERSHIP

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari utilizza il "Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009" per:

- ▶ esplicitare la *missione* dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari che "*quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia Autonoma di Trento, gestisce in modo coordinato i servizi e le attività sanitarie pubbliche per l'intero territorio provinciale secondo quanto previsto dalla legge, dal Piano sanitario provinciale e dalle direttive della Giunta provinciale*";
- ▶ modulare la *visione* sul concetto di "rete" identificando l'APSS come "*rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi che soddisfa le parti interessate al più alto livello possibile*";
- ▶ indicare 12 *azioni guida* come *azioni di carattere generale* che devono guidare i professionisti nello sviluppo dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi;
- ▶ orientare le *principali direttive aziendali e disposizioni organizzative* (la direttiva di budget del direttore generale e i piani settoriali).

L'APSS è una struttura complessa e la sua leadership non può che essere "diffusa" essendo centinaia, in ambito aziendale, le persone che, a vari livelli, svolgono attività di direzione, coordinamento o guida: per questo, in tutte le direttive di budget dal 2000 in poi, è stato adottato il meccanismo di responsabilizzazione – basato sulla sequenza "*autonomia, competenza, responsabilità*"³ – consente anche di *monitorare in tempo reale l'approccio del coinvolgimento*, in quanto la *Direttiva di budget* del direttore generale, le riunioni del Comitato Direttori, quelle del Nucleo di valutazione e quelle connesse al budget (che vede coinvolte nelle realtà operative oltre 400 persone) sono diventate, nei fatti, un'occasione di riesame (sull'intera attività aziendale) che sviluppa a livello di microprocessi aspetti dell'attività del riesame di alto livello dell'alta direzione sui principali processi aziendali.

Il *coinvolgimento del personale in tutte le fasi del sistema di gestione per la qualità* è condizione essenziale per raggiungere gli obiettivi di efficacia, efficienza e appropriatezza dell'APSS e una strategia aziendale sempre ribadita e, nel 2008, perseguita con l'introduzione di nuovi approcci e strumenti (focus group per rilevare sistematicamente esigenze e aspettative del personale, bilancio sociale).

³ L'autonomia decisionale – nel decentramento delle responsabilità amministrative, nelle scelte cliniche dei professionisti, nella diffusione di strumenti autovalutativi e di autocontrollo, nel funzionamento basato su meccanismi autoprodotti e non imposti dall'esterno – è subordinata alla presenza di adeguate competenze e ha come conseguenza la necessità di dover rispondere delle decisioni prese alle parti interessate.

Lo stile direzionale dell'alta dirigenza è stato improntato al maggiore coinvolgimento possibile, nel rispetto delle reciproche competenze, al fine di "legare" tra di loro le esigenze gestionali con quelle professionali, i processi assistenziali e quelli tecnico-amministrativi.

Per aumentare il coinvolgimento della *leadership clinica*, nelle schede di budget sono stati inseriti anche alcuni indicatori clinici: tale novità ha rappresentato indubbiamente un forte elemento di motivazione: l'obiettivo finale non è tanto quello di legare i risultati clinici agli aspetti economici (per esempio, ai consumi e alle incentivazioni), quanto rendere esplicito che la performance aziendale si gioca in prima battuta sulla capacità di affrontare la malattia e tutelare la salute, in un quadro complessivo in cui il consumo delle risorse messe a disposizione dalla comunità e la capacità di produrre le singole prestazioni sono importanti, ma non devono catturare tutta l'attenzione.

5.2.2 LA GESTIONE DI POLITICHE E STRATEGIE

COMUNICAZIONE CON LE PARTI INTERESSATE⁴ AL FUNZIONAMENTO DELL'AZIENDA

La finalità del processo consiste nella gestione integrata di tutte le attività aziendali di ascolto delle esigenze e aspettative, di informazione, di misurazione dei livelli di soddisfazione e di rendicontazione sociale rivolte alle parti interessate.

Nel corso del 2008, rispetto alle molteplici attività in cui si articola questo processo – che si differenziano in funzione dei diversi stakeholders (parti interessate) – sono da sottolineare le seguenti azioni:

- ▶ Verso l'esterno attraverso:
 - la *strutturazione dei rapporti con i cittadini* (e con le associazioni) allo scopo di aprire e mantenere canali di comunicazione non occasionali con i rappresentanti dei cittadini per attivare iniziative che affrontano in modo condiviso le problematiche inerenti a particolari categorie di cittadini nel loro rapporto con i servizi sanitari⁵; il Servizio Rapporti con il Pubblico ha risposto a circa 9.000 richieste di informazioni formulate dai cittadini (telefonicamente, via fax, via e-mail o personalmente), ha effettuato 47 incontri con associazioni di volontariato e tutela e con gruppi più o meno vasti di associazioni e in stretta collaborazione con le direzioni interessate,

⁴ I cittadini sani e malati (utenti), le associazioni, il personale, la Provincia Autonoma di Trento, i fornitori.

⁵ Carta dei servizi (organizzazione di incontri su specifici argomenti con le singole associazioni di tutela, sui temi dell'accesso ai servizi, dell'informazione, di particolari standard di servizio).

(in particolare la Direzione Generale e la Direzione Cura e Riabilitazione)⁶; le attività di rilevazione dei bisogni e delle aspettative dei clienti sono illustrate nel dettaglio e regolarmente riviste e aggiornate all'interno del documento aziendale di autovalutazione EFQM "Recognised for Excellence in Europe"; le attività realizzate dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico e dall'Ufficio Stampa vanno a integrare l'insieme delle modalità con le quali APSS e i professionisti gestiscono le occasioni di contatto quotidiano con i cittadini e i pazienti: infatti, date le caratteristiche dei servizi erogati dall'APSS, il "front-office" aziendale è rappresentato, non tanto e non solo dagli operatori di sportello, ma da tutti i professionisti sanitari;

- il *circolo virtuoso delle segnalazioni*⁷: con il contributo del gruppo dei Referenti URP-Carta dei servizi è stato definito un rapporto delle segnalazioni che, oltre a dare una panoramica statistica, fornisce elementi per capire come dalla segnalazione siano scaturite significative azioni di miglioramento. Per la valutazione delle eventuali azioni di miglioramento viene coinvolto il Direttore di AOF, in quanto direttore con facoltà di spesa. Un rapporto in forma sintetica è stato comunicato ai cittadini sotto forma di pieghevole di facile lettura;
- *le iniziative di Audit civico*, finalizzate a incrementare la partecipazione attiva e propositiva del cittadino e, attraverso di essa, la qualità dei servizi, il controllo condiviso dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi⁸;

⁶ Un incontro plenario con tutte le associazioni; 25 incontri con associazioni singole su problematiche particolari; un incontro con il Tribunale per i Diritti del Malato; 16 incontri con gruppi di associazioni (in particolare per iniziative di sensibilizzazione sul territorio: donazione organi, sensibilizzazione alla malattia diabetica, immigrazione); due incontri per il controllo condiviso delle cure domiciliari; due incontri per l'aggiornamento della guida ai servizi - Carta dei servizi 2008. Il Servizio gestisce inoltre una *Banca dati del volontariato socio-assistenziale e sanitario* che viene aggiornata periodicamente e consente un'attività continua, implementando un'efficace azione di filtro che ha permesso di corrispondere prontamente alle esigenze rappresentate senza l'ulteriore coinvolgimento di altre strutture aziendali.

⁷ Andamento segnalazioni scritte - Nell'anno 2008 sono state raccolte 1.297 segnalazioni scritte, di queste, 924 per disservizio, confermando i valori dell'anno precedente:

Segnalazioni scritte	2005	2006	2007	2008
Disservizio	913	693	926	924
Encomio	202	357	354	373
Totale	1.115	1.050	1.280	1.297

⁸ La equipe provinciale ha definito le strutture da coinvolgere a partire dall'agosto 2008 nella realizzazione delle attività di audit civico: le U.U.O.O. di degenza del Presidio Ospedaliero Provinciale Santa Chiara di Trento; le U.U.O.O. di degenza del Presidio Ospedaliero Provinciale Santa Maria del Carmine di Rovereto. Per i servizi poliambulatoriali dei Centri di salute mentale, dei SERT ed dei Consultori, i seguenti Distretti Sanitari: Alto Garda e Ledro, Valli di Fiemme e Fassa, Alta Valsugana, Bassa Valsugana e Tesino - Primiero, Trento e Valle dei Laghi. Successivamente, considerato l'interesse suscitato dall'iniziativa, l'equipe provinciale ha esteso le strutture da monitorare coinvolgendo tutti i distretti sanitari del Trentino. Ad oggi sono state coinvolte e monitorate tutte le strutture a

TAB. 5.2.1 Ubicazioni CAPIR.

ATTIVITÀ CONTINUATIVE	
Ospedale S. Chiara di Trento	<ul style="list-style-type: none"> • Atrio principale • Poliambulatorio Crosina • Pronto Soccorso
Distr. Trento, Valle dei Laghi, Rotaliana - Paganella - Cembra	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Servizi Sanitari • Poliambulatorio Mezzolombardo
Direzione Cura e Riabilitazione	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Donazione Trapianti organi e Tessuti
Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto	<ul style="list-style-type: none"> • A sinistra dell'Atrio principale
Distretto Vallagarina	<ul style="list-style-type: none"> • Atrio Via S. Giovanni Bosco
Distretto Giudicarie e Rendena	<ul style="list-style-type: none"> • Atrio Ospedale di Tione
ATTIVITÀ STAGIONALI	
Distretto Giudicarie e Rendena	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio traumatologico di Madonna di Campiglio
Distretto Fiemme e Fassa	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio traumatologico di Pozza di Fassa

- *gli sportelli aziendali*: il servizio è affidato alla cooperativa Consorzio Lavoro e Ambiente (CLA) e coordinato a livello locale dai direttori di distretto/ospedale e, a livello generale, dal Servizio Rapporti col Pubblico (Tabella 5.2.1);
- *la comunicazione LEA*: per le attività comprese nel Livello della “Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro” viene curata annualmente la comunicazione con i principali stakeholder (allevatori, consumatori, responsabili di attività di produzione e/o somministrazione alimenti, associazioni di categoria delle aziende alimentari, albergatori, ristoratori), sia per la presentazione e discussione dei programmi delle attività di controllo e vigilanza, che per la presentazione dei risultati conseguiti;
- *l'attività per agevolare l'accesso ai servizi da parte della popolazione straniera immigrata*: il Servizio rapporti col pubblico ha coordinato e organizzato il servizio di *mediazione culturale*⁹ disponibile a chiamata per tutte le strutture aziendali; lo stesso Servizio ha collaborato col Servizio formazione per la realizzazione degli *interventi formativi* rivolti al personale APSS sul tema dell'immigrazione in rapporto alla salute (sono stati realizzati, nel 2008, 4 interventi formativi di 4 giornate ciascuno) e ha organizzato e realizzato 6 incontri di *comunicazione* con le reti

parte il distretto Vallagarina. È proseguita nel 2008 l'attività del “controllo condiviso dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi” così come previsto dal Pass 2009. Il gruppo di lavoro è stato convocato due volte e l'azione individuata è stata portata a termine a termine con la stampa dell'opuscolo sulle cure domiciliari.

⁹ Gli interventi di mediazione nell'anno 2008 sono stati 1.095 (554 nei Presidi ospedalieri; 541 nei Consultori).

(associazioni, gruppi, comitati) di stranieri sul tema della Carta dei servizi e dell'adesione agli screening oncologici femminili;

- la *Carta dei Servizi* relativamente alla quale sono state introdotte numerose modifiche e proposte di perfezionamento per la edizione 2007/2008 in seguito a indicazioni provenienti dalle associazioni coinvolte: stesura degli standard di servizio (12 punti significativi) e illustrazione delle caratteristiche dell'APSS (10 punti), oltre alla pubblicazione di 21 opuscoli su varie tematiche specifiche;
- il miglioramento del *Portale internet* sia rispetto al suo sistema di navigazione (nuova home page) che in merito alla sua integrazione con la rete intranet aziendale;
- l'attività dell'*Ufficio Stampa*, che si muove su più fronti compreso quello delle Pubbliche Relazioni, si è articolata, nel 2008, sui seguenti fronti:
 - realizzazione, aggiornamento, diffusione delle *pubblicazioni aziendali rivolte all'esterno*: coordinamento di 59 pubblicazioni e della redazione dell'elenco telefonico APSS per le Pagine bianche Seat all'interno del quale è stata distribuita la nuova edizione della Carta dei servizi, rivista e aggiornata anche con il contributo delle associazioni di volontariato;
 - realizzazione di *campagne aziendali e altre modalità di informazione sui servizi*: vaccinazione antinfluenzale, screening del carcinoma del colon-retto, "Aiuto alla vita" (prevenzione del suicidio); per comunicare al pubblico i nuovi servizi attivati, è stata anche sperimentato l'*open day*, modalità che permette ai cittadini di accedere alle strutture, conoscere i nuovi servizi e interagire con i leader;
 - *gestione dei rapporti con i media*: 153 comunicati stampa, 44 conferenze stampa, 50 trasmissioni radiofoniche con Radio Dolomiti, 22 con RTTR, 34 trasmissioni televisive, 16 con TCA (quindicinali) e 18 con RTTR (settimanali), 14 pagine sul quotidiano L'Adige, servizi sul mensile Il Trentino della PAT;
- le *Indagini di rilevazione della soddisfazione dei cittadini*, per misurare i livelli di soddisfazione e valutare in modo sistematico e metodologicamente corretto atteggiamenti e opinioni di questi importanti portatori di interesse da coinvolgere nelle modalità di progettazione ed erogazione dei servizi: i risultati dell'indagine di soddisfazione dei cittadini realizzata nel 2007 – su un campione rappresentativo di 1.500 persone – evidenziano un livello di soddisfazione piuttosto buono e in miglioramento rispetto al 2006; l'indice complessivo di Customer Satisfaction per le strutture ambulatoriali dell'APSS è risultato del 79,6% in significativo aumento rispetto al 77,4% del 2006; l'indice di Customer Satisfaction per le strutture di ricovero ospedaliero dell'APSS invece è risultato di 87,2% (calcolato monitorando 3 fattori in più rispetto al 2006, altrimenti sarebbe risultato

TAB. 5.2.2 Alcuni indici di soddisfazione (%) rilevati dall'indagine telefonica – Anni 2002, 2006, 2007.

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	2002	2006	2007
Operatori sanitari			
Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta	89,1	92,2	93,4
Medici e infermieri dei reparti di ricoveri ospedaliero	89,1	90,6	91,3
Medici e infermieri degli ambulatori specialistici	86,2	91,8	92,4
Assistenza specialistica ambulatoriale			
Informazioni (assistenza specialistica ambulatoriale)	76,9	88,2	88,6
Qualità complessiva delle prestazioni sanitarie fornite dall'assistenza specialistica	—	94,8	95,7
Attesa per prestazioni ambulatoriali	30,6	40	43,1
Assistenza ospedaliera			
Informazioni (assistenza ospedaliera)	76,9	93	90,2
Qualità complessiva delle prestazioni sanitarie fornite in ospedale	—	95,6	96,1
Attesa per ricoveri ospedalieri	30,6	68,9	73
Qualità del cibo in ospedale	83,7	84,5	84
Chiarezza e correttezza delle informazioni sulla cura	—	—	87,3
Coinvolgimento nelle decisioni riguardanti la cura della propria malattia	—	—	87,6
Coinvolgimento nelle decisioni riguardanti la dimissione dall'ospedale e l'assistenza successiva	—	—	84,5

pari a 87,6%) in lieve aumento dall'86,6% dell'anno precedente. Alcuni elementi e misure utilizzati per la valutazione, che hanno contribuito alla costruzione degli indici complessivi di soddisfazione (%) dell'indagine telefonica, sono rappresentati nella Tabella 5.2.2. La prossima indagine su "Soddisfazione, orientamenti e atteggiamenti dei soggetti interessati al servizio sanitario provinciale" sarà realizzata nel 2009;

- il *Bilancio sociale* dell'APSS: dal 2007 una descrizione complessiva dell'organizzazione e dei servizi erogati si trova anche sul "Bilancio Sociale e del Capitale Intellettuale", documento sviluppato nella definizione dei contenuti con il diretto coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini. La rendicontazione sociale intende diventare un ulteriore meccanismo di confronto e verifica "partecipata" dell'attività aziendale nel suo complesso e delle innovazioni messe in campo di anno in anno. Il documento è giunto nel 2008 alla seconda edizione, che è stata anche corredata da quattro brochure di facile lettura;
- il *rapporto con l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali* (Assessore, Dirigente generale e Dirigenti di servizio, funzionari) che anche nel corso del 2008 si è sviluppato sistematicamente – sia ad alto livello (Direttore generale) che a livelli intermedi tra i funzionari che collaborano su attività comuni e su base informatica¹⁰ – nei seguenti ambiti rilevanti di interazione: la garanzia della

¹⁰ Il sistema informativo aziendale è collegato a quello dell'Assessorato che può disporre autonomamente dei dati di strutture e di attività.

rendicontazione trimestrale degli obiettivi specifici PAT, la redazione annuale del piano di attività, la redazione della relazione annuale sulla gestione, la continua analisi delle direttive e degli altri documenti di indirizzo emanati dalla Giunta, gli incontri settimanali del Direttore generale dell'APSS con l'Assessore alla Salute e Politiche sociali e/o con il Dirigente generale e gli altri dirigenti dell'Assessorato e gli incontri sistematici su temi specifici tra rappresentanti aziendali e dirigenti e funzionari dell'Assessorato. Lo stile adottato è da sempre di una piena e completa collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze di programmazione sanitaria dell'Assessorato e di gestione operativa dell'APSS e frequenza e intensità dei rapporti consentono di operare praticamente in tempo reale il riesame dell'approccio;

- il *rapporto con i Fornitori e i Partners*: comprende tutte le attività svolte dalla Direzione aziendale per individuare bisogni e aspettative, attraverso: incontri sistematici con le componenti operative del Servizio sanitario provinciale (con gli strumenti formali previsti dai rispettivi accordi e convenzioni, con gruppi di lavoro, riunioni tematiche e colloqui individuali); incontri con gli altri fornitori di beni e servizi in modalità di co-makership¹¹; incontri periodici con i soggetti non fornitori con i quali l'APSS stabilisce relazioni di partnership¹² per lo sviluppo in comune di progetti innovativi e di attività formative;

► *Verso l'interno*, attraverso le attività di *comunicazione e ascolto del Personale dipendente e convenzionato*. L'Azienda ha potenziato e consolidato nel corso degli anni i canali e gli strumenti a supporto della comunicazione istituzionale, tra la direzione aziendale e il personale e tra le strutture aziendali, attraverso le seguenti iniziative:

- *rilevazione dei bisogni e delle aspettative del personale*: nel 2008 sono proseguite le attività per individuare bisogni e aspettative presenti e future delle persone (modalità di relazione orientate al coinvolgimento);
- *riunioni e incontri individuali e di gruppo ai diversi livelli gerarchici*: è stata svolta regolarmente l'attività del Comitato dei Direttori, dei Comitati di Dipartimento e di Distretto e le riunioni di budget e di servizio che hanno coinvolto direzioni, unità operative e servizi aziendali; particolarmente intensa è stata l'attività connessa al funzionamento degli oltre 100 tra Comitati, Commissioni e Gruppi di lavoro costituiti in APSS;
- *intranet aziendale*: per promuovere la condivisione delle prassi e delle conoscenze tra operatori è stata ulteriormente potenziata, nel corso del 2008, la rete intranet nella quale sono presenti apposite sezioni con i materiali

¹¹ Ad esempio, servizio di ristorazione ai degenti e al personale, servizi informatici e/o applicativi software, distribuzione diretta di farmaci).

¹² Ad esempio, Università di Verona e di Trento, Università di Padova, Istituto Trentino di Cultura, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

- prodotti dai principali gruppi di lavoro aziendali (CIPASS, informatica, privacy, portafoglio progetti). La comunicazione verticale e trasversale è supportata grazie a una rete informatica di grande estensione;
- aggiornamento del *sito internet aziendale*: è stato costituito il gruppo di lavoro che nel corso del 2009 si occuperà del rinnovamento;
 - realizzazione e diffusione delle *pubblicazioni aziendali "internet"*: sono usciti, con cadenza trimestrale, APSS Notizie e, con cadenza settimanale, le Fast News (notiziario aziendale) inviate a tutti gli utenti di posta elettronica aziendale e accessibili dal sito internet in formato pdf; sono state redatte e pubblicate le Newsletter su mammografia e Pap-test e il Notiziario per tutti gli operatori sanitari di Sanità Pubblica (Direzione Igiene); è proseguito il progetto "L'informazione indipendente sul farmaco";
 - *Gruppo "medici under 45"*: il gruppo, attivo dal 2007, nel corso del 2008 è stato progressivamente ampliato e aperto a tutti gli interessati a partecipare (età inferiore ai 45 anni e posizione non apicale) arrivando a coinvolgere oltre 60 persone provenienti prevalentemente dagli ospedali aziendali¹³; nel 2008 il Gruppo è stato coinvolto in 8 focus group condotti da un moderatore esterno all'APSS (della durata di circa due ore con una media di 6 partecipanti per incontro);
 - *indagini di soddisfazione rivolte al personale*: l'ultima indagine quantitativa riguardante percezione, orientamenti e atteggiamenti del personale è stata realizzata nel novembre 2007¹⁴; la prossima verrà realizzata nell'autunno 2009; il

¹³ La relazione con i medici, supportata dallo Staff del Direttore Generale, dall'Ufficio Stampa e dal Servizio Formazione, è stata articolata in una serie di riunioni e attività formative su tematiche rilevanti per la vita aziendale, con la finalità di suggerimenti migliorativi.

¹⁴ L'indagine 2007 ha riguardato tutto il personale dipendente e quello convenzionato (questionario di valutazione degli aspetti professionali, organizzativi e relazionali all'interno dei principali macroprocessi aziendali raggruppati in modo da essere coerenti con i criteri individuati dal modello EFQM). La tabella seguente riporta i livelli di soddisfazione (%) per le aree tematiche inserite all'interno della gestione dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi. Va evidenziato che il tasso di restituzione dei questionari nel 2007 è stato del 27,5% e che, oltre all'area processi, anche i risultati relativi alle altre aree EFQM indagate con il questionario mostrano un miglioramento rispetto al 2006.

% SU TOTALE DIPENDENTI	2006	2007
La gestione dei processi assistenziali		
La capacità della sua UO/Servizio di realizzare processi assistenziali con un approccio complessivo	67,4	69,4
La capacità della sua UO/Servizio di erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure	74,7	77,8
La capacità della sua UO/Servizio di valutare l'adeguatezza delle tecnologie sanitarie utilizzate	74,2	76,0
La capacità della sua UO/Servizio di misurare i risultati sulla salute dei cittadini ottenuti grazie alle attività assistenziali	65,2	66,6
La capacità del sistema delle priorità cliniche di assicurare ai pazienti un accesso tempestivo alle prestazioni specialistiche	n.r.	59,8
La capacità della sua UO/Servizio di promuovere l'empowerment dei pazienti nei processi assistenziali	n.r.	70,4
La gestione dei processi tecnico-amministrativi		
La capacità di semplificare la vita dei cittadini, pazienti, personale e altre parti interessate	61,4	69,5
La capacità di favorire l'omogeneità dei comportamenti nei processi tecnico-amministrativi	60,9	70,4
La capacità di favorire lo svolgimento decentrato delle attività tecnico-amministrative	64,2	71,0
La capacità di misurare/stimare i risultati ottenuti grazie alle attività tecnico-amministrative	59,4	66,5

filone qualitativo di questa indagine è stato implementato nel 2008 con la rilevazione che ha interessato, come detto, il Gruppo dei medici under 45;

- *bilancio sociale e del capitale intellettuale*: il bilancio sociale valorizza la dimensione umana, organizzativa e relazionale della conoscenza; i temi del bilancio sociale sono oggetto di confronto con organizzazioni sindacali, ordini e collegi professionali e con il Consiglio dei Sanitari e il documento viene capillarmente diffuso a tutto il personale.

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La finalità del processo consiste nella definizione dell'assetto organizzativo e delle regole di funzionamento dell'Azienda, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente, dalla programmazione provinciale e dalle scelte aziendali: i compiti e le attività inerenti l'organizzazione aziendale sono legati a un quadro normativo e contrattuale predefinito – la legge provinciale 1 aprile 1995, n. 10 e successive modificazione e integrazioni¹⁵, il regolamento di organizzazione e funzionamento; le deliberazioni e le direttive provinciali, i contratti collettivi di lavoro – che delimita il potere di auto-organizzazione¹⁶ dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Le attività che rientrano nel processo di organizzazione¹⁷, si sostanziano negli *interventi sul regolamento di organizzazione e funzionamento aziendale*, la cui revisione è stata approvata con la deliberazione del Direttore generale n. 1471 del 14.12.2007 in attuazione delle direttive emanate in tal senso dalla Giunta provinciale¹⁸ e ha comportato la necessità di effettuare nell'ambito della organizzazione aziendale rilevanti interventi per l'applicazione di specifiche disposizioni regolamentari che demandano appunto a ulteriori provvedimenti del Direttore generale la loro effettiva attuazione. In particolare si è provveduto a:

¹⁵ Seppure emendata in alcuni punti, la legge provinciale 1 aprile 1993 n. 10 abbisogna oramai, secondo opinione unanime, di un organico intervento riformatore che tenga conto della evoluzione del sistema sanitario provinciale prodottasi negli anni conseguenti alla sua introduzione. In questa direzione è in previsione la presentazione di specifico disegno di legge nella XIVa Legislatura.

¹⁶ Il potere autoorganizzatorio aziendale rimane fortemente condizionato sia sotto questo aspetto, che costituisce un limite obiettivamente invalicabile sul piano della gerarchia delle fonti normative, sia dalla assenza di un indirizzo programmatico sul lungo periodo.

¹⁷ Per garantire la coerenza degli interventi organizzatori con le politiche e strategie aziendali, la gestione di tale processo è attribuita allo staff del direttore generale dell'APSS che opera in sinergia con le direzioni centrali competenti per materia, assicura il rispetto delle procedure quali l'informazione alle organizzazioni sindacali ove contrattualmente prevista e la consultazione del Consiglio dei sanitari (sia in sede di parere obbligatorio ai sensi della legge provinciale 10/93 che nei casi in cui ne sia rilevata la opportunità in ragione della natura del provvedimento da adottare).

¹⁸ La Giunta Provinciale, in sede di rinnovo del mandato del Direttore Generale, aveva stabilito tra gli adempimenti strategici connessi all'incarico anche la pianificazione di un organico riassetto organizzativo dell'azienda, nel rispetto della normativa che disciplina il Servizio Sanitario Provinciale ed in armonia con i principi della unitarietà del coordinamento strategico e del decentramento delle responsabilità gestionali ed operative.

- ▶ recepire i regolamenti interni di funzionamento del *Collegio dei revisori*¹⁹ e del *Consiglio dei sanitari*²⁰;
- ▶ nominare i componenti del *Comitato per la bioetica*²¹, istituito con la deliberazione n. 55 del 15 gennaio 2008 al fine di favorire il confronto e la riflessione pubblica sulle implicazioni etiche nella pratica assistenziale;
- ▶ definire le *competenze di governo riservate al Direttore generale* e delle *competenze gestionali delegate ai direttori di articolazione organizzativa fondamentale e ai dirigenti di struttura complessa amministrativi e tecnici*²²; tale intervento ha comportato una ricognizione complessiva delle competenze delle strutture aziendali e una successiva fase di classificazione quali atti di governo e atti di gestione, ai fini della riallocazione delle stesse rispettivamente in capo al direttore generale e alla dirigenza amministrativa e tecnica²³. È stato parallelamente progettato il nuovo sistema informatico per l'iter di approvazione delle deliberazioni del Direttore generale e delle determinazioni dei direttori di articolazione e dei dirigenti amministrativi e tecnici, che costituisce lo strumento attraverso il quale la distinzione tra atti di governo e atti di gestione troverà pratica attuazione;
- ▶ istituire il *nuovo dipartimento strutturale intraospedaliero delle patologie neurologiche*²⁴;
- ▶ svolgere l'attività propedeutica alla revisione e approvazione dei regolamenti di funzionamento degli altri *dipartimenti strutturali intraospedalieri* (chirurgia, medicina interna e chirurgie specialistiche, una volta espletata la procedura di informazione alle organizzazioni sindacali);
- ▶ istituire il nuovo organismo, denominato *Comitato consultivo dipartimentale*²⁵, in applicazione dell'articolo 10 del regolamento di organizzazione, e approvazione del relativo regolamento di funzionamento interno²⁶ e alla nomina del coordinatore;
- ▶ esplicitare, in capo al Servizio di coordinamento e verifica sulle procedure amministrative, la competenza in merito agli interventi di carattere macro-

¹⁹ Deliberazione del Direttore generale n. 385 di data 19 marzo 2008.

²⁰ Deliberazione del Direttore generale n. 839 di data 25 giugno 2008.

²¹ Deliberazione del Direttore generale n. 914 del 10 luglio 2008.

²² Dando attuazione in ambito aziendale al principio fondamentale della distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo (governo) e funzioni di gestione, tenuto conto del peculiare assetto organizzativo aziendale.

²³ Nell'ambito degli atti di gestione si è poi provveduto alla individuazione delle competenze da attribuire ai direttori delle direzioni centrali e dei servizi centrali ed a quelle da decentrare, ove produttivo in termini di semplificazione ed efficienza organizzativa, presso le direzioni di distretto ed ospedale ed i servizi amministrazione locali. L'intera operazione, coordinata dalla struttura amministrativa di Staff del Direttore generale, è stata condotta con il coinvolgimento delle direzioni e dei servizi centrali aziendali ed il contributo delle direzioni di distretto ed ospedale e dei servizi amministrazione.

²⁴ Deliberazione del Direttore generale n. 1068 di data 20 agosto 2008.

²⁵ Deliberazione del Direttore generale n. 54/2008.

²⁶ Deliberazione del Direttore generale n. 744 del 28 maggio 2008.

organizzativo che ha assorbito le competenze del Servizio di verifica sulle procedure amministrative²⁷ e quelle attualmente svolte dallo staff amministrativo della direzione generale.

PIANIFICAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

La finalità del processo è quella di verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione aziendale nello svolgimento delle attività assistenziali e tecnico-amministrative, per ottimizzare il rapporto tra attività svolte, risorse impiegate e risultati conseguiti.

Il sistema di pianificazione (cfr. Figura 5.2.2) e programmazione è strettamente connesso al *sistema di controllo di gestione* che ha lo scopo di guidare la gestione aziendale verso il conseguimento degli *obiettivi pianificati*, evidenziando gli scostamenti tra questi ultimi e i risultati ottenuti, mettendo così i responsabili in grado di decidere e attuare le opportune azioni correttive²⁸.

In generale, per l'anno 2008, le indicazioni operative per la predisposizione dei processi di pianificazione, programmazione e controllo hanno fatto riferimento agli obiettivi pluriennali contenuti nel *Programma Strategico Aziendale 2005-2009*, sviluppando le iniziative relative alle azioni guida dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi al fine di assicurare continuità con quanto già realizzato in passato.

Le principali attività del processo in esame sono le seguenti:

- ▶ definizione del *piano dei centri di responsabilità e di costo*;
- ▶ definizione delle *schede di budget* – dell'APSS, delle Direzioni centrali, degli Ospedali, dei Distretti, di Dipartimenti strutturali, delle Unità Operative e dei Servizi – *in modo integrato con gli strumenti di pianificazione aziendale*;
- ▶ raccolta delle *informazioni sulle attività in corso e sulle risorse utilizzate*;
- ▶ messa a disposizione delle strutture coinvolte nel processo *informazioni affidabili, tempestive e agevolmente utilizzabili*;
- ▶ *valutazione dei risultati ottenuti a livello di CdR, di Area e di APSS nel suo complesso*;
- ▶ sviluppo delle *attività di monitoraggio per la valutazione e il riesame del processo da parte della Direzione aziendale*.

²⁷ Si ritiene che, ufficializzandone e validandone il ruolo di coordinamento sul piano formale, potrà consentire in futuro una maggiore integrazione con le direzioni centrali in tale ambito.

²⁸ Il sistema dei controlli è finalizzato nel suo complesso a "rendere conto" alle parti interessate dell'andamento dei processi aziendali e dei loro risultati e, per corrispondere a questa esigenza, è stata via via perfezionata l'attività di interazione fra i meccanismi di controllo/valutazione, la precedente fase di pianificazione, gli altri processi aziendali (sistemi incentivanti del personale, attribuzione e valutazione degli incarichi dirigenziali, ecc.).

FIG. 5.2.2 Strumenti per la pianificazione annuale.



TAB. 5.2.3 Indicatori di sintesi dell'attività di pianificazione, valutazione e controllo.

INDICATORE	2006	2007	2008
Numero Schede di budget	198	202	198
Numero Obiettivi totali	7.359	7.623	8.911
Numero Obiettivi pesati	2.469	2.756	2.431
Numero Obiettivi non pesati	4.890	4.867	6.480
Obiettivi per CDR (media)	37,17	37,73	45
Numero CDR che hanno presentato richiesta di rinegoziazione	113	85	145
Obiettivi rinegoziati	182	124	253
% Obiettivi pesati raggiunti	93,76	94,30	92,64
% Obiettivi non pesati raggiunti	85,77	76,54	87,76

Nel *processo di Budget 2008* – che ha visti coinvolti nella definizione degli obiettivi circa 600 operatori (tutte le componenti professionali)²⁹ – sono state predisposte 198 schede di budget per un totale complessivo di **8.911 obiettivi negoziati**, con una *media di 45 obiettivi per scheda* (Tabella 5.2.3). Gli obiettivi “pesati” – ai quali è stato associato un punteggio ai fini della retribuzione di risultato – sono stati 2.431. Gli obiettivi “non pesati” – necessari per la valutazione complessiva dei risultati raggiunti da ciascun Centro di Responsabilità – sono stati 6.480. Complessivamente è stato raggiunto il 92,64% degli obiettivi “pesati” e il 87,76% degli obiettivi “non pesati”.

²⁹ È indispensabile che il budget aziendale sia reso visibile evitando approcci frammentari che non favoriscono la creazione di connessioni tra le diverse componenti aziendali.

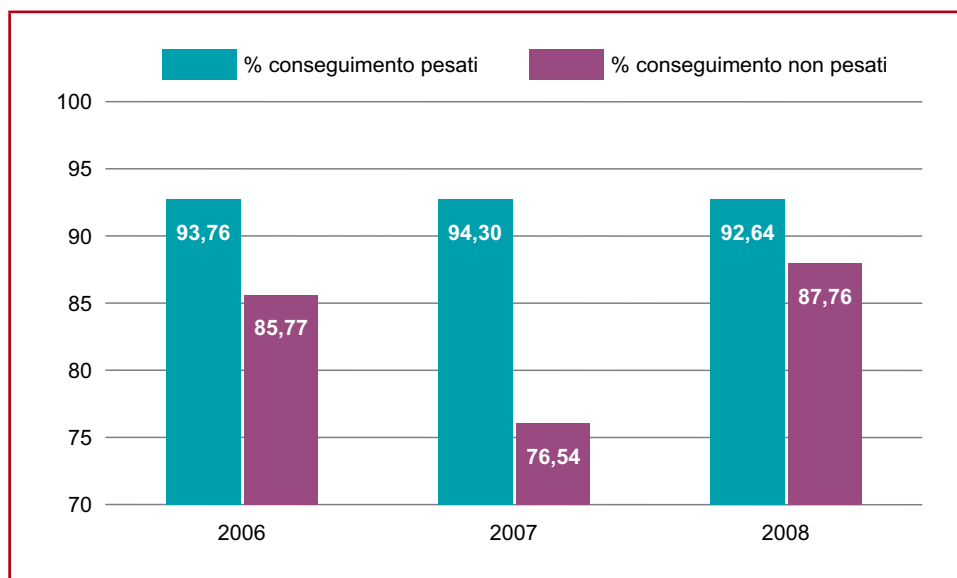
Particolare attenzione è stata, poi, posta alla fase della *revisione degli obiettivi concordati a inizio anno*, nel caso di importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto: nel 2008, dopo la verifica del 1° semestre, 145 CdR su 198 hanno presentato richieste di revisione per 261 obiettivi sul totale di 8.911³⁰. Di queste 253 sono state accolte e 8 rifiutate.

La *rinegoziazione* ha interessato anche l'assegnazione delle risorse in termini di consumi: infatti, a fronte di un'assegnazione iniziale complessiva di 99.076.074 euro è stato richiesto un incremento di 4.864.725 euro; di questi ne sono stati riconosciuti 3.227.186 portando il nuovo budget complessivo assegnato per i consumi a 102.303.260 euro.

Il Grafico 5.2.1 evidenzia la differenza percentuale fra il grado di raggiungimento degli obiettivi incentivati rispetto a quelli non incentivati.

Il divario marginale sembra indicare che la scheda di budget di esercizio è intesa sempre più *quale piano delle attività e degli obiettivi del Servizio/Unità operativa* (e quindi del singolo dirigente anche ai fini della valutazione individuale annuale complessiva) e sempre meno quale *“scheda di assegnazione della retribuzione di risultato”*.

GRAF. 5.2.1 Obiettivi incentivati e non incentivati: percentuali di raggiungimento – Anni 2006-2008



³⁰ Richieste di revisione delle schede di Budget dopo il 1° semestre:

Anno	CdR	Obiettivi	Accolte	Rifiutate
2007	85 su 202	134 su 7.623	113	21
2008	145 su 198	261 su 8.911	253	8

Sono inoltre state incentivate *specifiche iniziative progettuali* aventi la natura della priorità aziendale o per sopperire alle situazioni di urgenza/emergenza a livello direzionale/aziendale, mettendo a disposizione della Direzione generale, in sede di contrattazione decentrata aziendale, una *quota parte del fondo complessivo della Retribuzione di risultato* per finanziare azioni progettuali destinate in particolare a:

- ▶ utilizzare in una logica di rete gli specialisti (in particolare medici);
- ▶ affrontare le situazioni di urgenza/emergenza che si possono verificare in corso di esercizio;
- ▶ progetti specifici aventi natura prioritaria a livello aziendale negli ambiti dell'innovazione e della qualità.

Ogni dirigente è valutato, dal proprio responsabile gerarchico, al termine dell'esercizio sulla base del grado di conseguimento degli obiettivi affidati, dell'osservanza delle direttive e dell'impegno e disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro (flessibilità operativa).

Al dirigente valutato è garantito il riesame da parte del Nucleo di valutazione nei casi, peraltro molto contenuti, di contestazioni delle valutazioni di prima istanza.

Coerentemente con gli obiettivi prestazionali 2008 affidati all'équipe dirigenziale, *anche al personale non dirigente sono assegnati obiettivi*, non a carattere individuale ma trasversali per l'intera Unità operativa/Servizio.

Parte del personale non dirigente è stato inoltre coinvolto e incentivato in progetti a carattere specifico, talvolta in forma integrata sulle medesime azioni progettuali che hanno visto coinvolto il personale dirigente medico (es.: sedute aggiuntive di cardiocirurgia/ortopedia per riduzione liste di attesa).

Nei primi mesi del 2009, con riferimento all'esercizio 2008, ogni dipendente (circa 6.000 unità) verrà valutato con l'attuale strumento (scheda individuale) che prevede un *sistema di valutazione misto fra risultati e comportamenti attesi*.

All'interno del Progetto di Sviluppo delle Risorse Umane, nel 2008 sono state sperimentate presso i distretti di Trento e di Fiemme e Fassa, *nuove modalità di valutazione individuale annuale per i dirigenti e i capo sala* finalizzate alla valutazione delle prestazioni attese nell'ottica di migliorare l'orientamento/sviluppo professionale del dipendente.

Il Servizio Controllo di Gestione – nell'ambito delle azioni di monitoraggio e controllo – ha proseguito lo sviluppo del Sistema Informativo Direzionale (SID) cercando di far fronte ad aspettative diverse in relazione all'utilizzo che i vari attori coinvolti devono fare delle informazioni.

Oltre alla produzione della consueta reportistica³¹ oramai strutturata, nel 2008 è a regime il *Cruscotto direzionale*³² che consente il monitoraggio degli aspetti ritenuti strategici dell'attività svolta in ambito aziendale attraverso specifici indicatori che fanno riferimento alle risorse impiegate³³ e ai processi (LEA distrettuale e LEA ospedaliera)³⁴.

Con riferimento alle analisi e osservazioni presentate dal "Gruppo di lavoro sulla semplificazione degli adempimenti amministrativi di competenza dei direttori di struttura complessa" sono state realizzate, nel 2008, le seguenti *azioni di miglioramento*:

- ▶ esame di tutto il processo di budget nelle varie fasi, anche analizzando la documentazione fornita da altre aziende sanitarie. Non registrando particolari criticità nella scansione temporale, (per le dimensioni di alcune aree, non è possibile comprimere la tempistica) ci si è concentrati sulla semplificazione dei contenuti della scheda prevedendo nella medesima – pur indicando il quadro degli obiettivi strategici aziendali – lo spazio ai Direttori di Area e ai Responsabili di CdR per esprimere le proprie azioni per il raggiungimento dei suddetti obiettivi;
- ▶ invio a tutti i Responsabili di CdR, in automatico, di tutti i report relativi ad attività ospedaliera, attività specialistica, costi, personale e attività di pronto soccorso; detti report sono spediti mediante posta elettronica aziendale in allegato al documento in formato pdf evitando di dover formare tutti gli utenti per poter accedere al Sistema Informativo Direzionale.

L'attività di monitoraggio risulta fondamentale per le verifiche periodiche del *Nucleo di Valutazione Aziendale* andando a integrare l'istruttoria che viene effettuata dal Servizio acquisendo una parte degli elementi necessari direttamente presso i singoli Responsabili di CdR: il Nucleo di Valutazione si avvale delle informazioni fornite dalle diverse strutture aziendali per supportare la direzione aziendale in due compiti fondamentali: a) valutare le attività; b) valutare le prestazioni del personale. Nel 2008, è stata predisposta e strutturata la *Relazione* che il Nucleo di Valutazione deve

³¹ Il Servizio Controllo di Gestione produce trimestralmente, per ogni centro di responsabilità (unità operativa/servizio), i report istituzionali. In essi vengono riportate le informazioni relative ai consumi di beni e servizi, al personale, alle attività erogate sia in regime di degenza che in regime di attività specialistica ambulatoriale (per esterni ed interni). I report definitivi dei 12 mesi vengono completati con maggiore ritardo in quanto c'è la necessità di attendere la chiusura annuale di tutti i processi che portano all'alimentazione delle informazioni (bilancio, magazzino, SDO, attività specialistiche).

³² L'analisi delle esigenze informative dei Responsabili di CdR e dell'Alta Direzione ha evidenziato che i primi hanno bisogno di dati puntuali, periodici e tempestivi relativi alla loro unità operativa, mentre l'Alta Direzione ha bisogno di strumenti sintetici ed efficaci che le permettano di monitorare l'andamento generale.

³³ Consumi rapportati al budget, personale (unità equivalenti) rapportato al budget.

³⁴ Rispetto ai LEA (distrettuale e ospedaliera): codici bianchi in PS, prestazioni in regime istituzionale/libera professione, % DRG chirurgici nei reparti chirurgici, peso medio DRG, % DRG in day surgery sul totale interventi chirurgici, tassi di mobilità extra-provinciale attiva e passiva.

inviare al Direttore Generale secondo quanto previsto dall'articolo 3 del regolamento approvato con delibera n. 1283 del 17/10/2002, evidenziando i risultati raggiunti nel 2007 a livello di area, analizzando le risultanze complessive circa il raggiungimento degli obiettivi negoziati, pesati e non pesati e, sempre a livello globale, il grado di utilizzo delle risorse sia in termini di personale che di consumi³⁵.

GESTIONE DELLA INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E TECNOLOGICA

La finalità del processo consiste nella gestione coerente e integrata delle politiche, dei programmi e dei progetti – di ricerca, di innovazione e/o di miglioramento dei processi e dei sistemi – che l'Azienda realizza per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti.

Per sostenere il cambiamento organizzativo, l'APSS – oltre a curare la evoluzione continua dei processi – adotta la strada cd. della *innovazione rapida*, approccio all'interno del quale il cambiamento viene realizzato attraverso iniziative gestibili nella forma di progetti³⁶ e con riferimento, principalmente, ai seguenti ambiti:

- ▶ obiettivi specifici assegnati dalla Giunta provinciale ex art. 7, comma 5 della lp n. 19/1993;
- ▶ grandi innovazioni informatiche e tecnologiche;
- ▶ attivazioni di nuovi servizi;
- ▶ ridisegno dei processi.

Proprio per migliorare la capacità di conduzione dei progetti, è stato avviato negli ultimi anni uno *specifico programma di Project Management*³⁷ che ha compreso, tra l'altro, lo sviluppo di una metodologia semplificata di gestione progettuale basata su standard internazionali (International Project Management Association – IPMA) e l'attivazione di una funzione specifica per la gestione dell'innovazione, che svolge un ruolo d'integrazione tra i molti progetti svolti dall'Azienda (Project Management Office in staff alla Direzione Generale).

³⁵ Nell'esame delle attività sono stati considerati, per ogni singola area, in particolare i processi di integrazione fra le varie componenti aziendali, le azioni intraprese per migliorare i rapporti tra i diversi interlocutori (parti interessate) e le modalità di sviluppo dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi. Complessivamente si è registrato un buon grado di conseguimento degli obiettivi definiti e tutte le Aree hanno contribuito efficacemente al raggiungimento dei positivi risultati registrati a livello aziendale.

³⁶ Un progetto è un'attività che ha un inizio e una fine, svolta per raggiungere obiettivi prestabiliti rispettando vincoli di costo, tempo e qualità dati: è un *impegno temporaneo volto a realizzare un prodotto/servizio "unico"*.

³⁷ Il project management è un *sistema gestionale orientato ai risultati*. Esso consiste nell'applicazione delle conoscenze, abilità, strumenti e tecniche alle attività progettuali allo scopo di soddisfare i requisiti. Il project management è un sistema gestionale orientato ai risultati. Esso consiste nell'applicazione delle conoscenze, abilità, strumenti e tecniche alle attività progettuali allo scopo di soddisfare i requisiti di un progetto; il Project Management tratta della concezione, selezione, autorizzazione, della pianificazione e della realizzazione di iniziative chiamate "progetti".

Nell'esercizio 2008, l'APSS ha investito – con una azione rivolta principalmente a stabilizzare e consolidare i progetti intrapresi in passato – nel cambiamento dei processi e dei sistemi con riferimento sia all'area amministrativa che all'area sanitaria.

In ordine ai processi di supporto nell'*area amministrativa*, è proseguito il percorso di maggiore integrazione e automazione dei processi e della collegata digitalizzazione (o de-materializzazione) dei documenti.

L'*area clinico-sanitaria* ha costituito il campo di maggiore impegno e i risultati prodotti dai vari progetti hanno consentito la piena integrazione dei dati dei cittadini/pazienti e l'accesso da parte dei professionisti ai referti e alle immagini diagnostiche dei propri pazienti.

Con riferimento ai vari gruppi di attività in cui è articolato il processo per la gestione dell'innovazione, nel corso del 2008, sono state realizzate le seguenti azioni:

- ▶ *Gestione del Portafoglio progetti APSS*: a inizio anno sono stati selezionati, da parte di un gruppo di valutazione multidisciplinare e secondo criteri espliciti, 10 progetti particolarmente complessi che sono stati monitorati su base mensile, attraverso incontri tra i referenti di progetto, anche a scopo di collegamento e ricerca delle possibili sinergie. L'andamento sintetico dei progetti (stati avanzamento e altri strumenti omogenei di project management) è a disposizione in un'apposita sezione dell'Intranet³⁸ e lo stato di realizzazione, alla fine del 2008, è descritto nella Tabella 5.2.4.

Analoga azione di *coordinamento e monitoraggio trimestrale* delle attività progettuali è stata rivolta agli obiettivi annuali specifici³⁹ assegnati all'Azienda dalla Provincia Autonoma di Trento: per il 2008, 15 progetti-obiettivo, talvolta di rilevante dimensione e complessità la cui realizzazione è stata facilitata dalla disponibilità di strumenti omogenei di pianificazione e controllo⁴⁰ delle attività, utilizzati anche per i confronti periodici con l'Assessorato;

- ▶ *Sviluppo competenze e metodi di gestione dei progetti e dei processi aziendale*: nel corso del 2008, a supporto dei progetti di cambiamento realizzati o pianificati nel periodo è proseguita l'attività di sviluppo delle competenze individuali e organizzative di Project Management.

Nella sezione del sito intranet relativa alla gestione dei progetti e dei processi sono stati inseriti alcuni modelli di pianificazione per progetti ricorrenti, basati sulle esperienze svolte in passato, che rappresentano delle buone pratiche interne all'APSS per la realizzazione di progetti analoghi: progetto standard "*implementazione dei sistemi informativi*", progetto standard "*organizzazione*

³⁸ <http://intranet.apss.tn.it/proj/portfolio/portfolioAPSS/PP2007>.

³⁹ Vedi ambito 26 a pag....

⁴⁰ Tutta la documentazione di pianificazione e di controllo trimestrale degli obiettivi specifici PAT è disponibile nella sezione dell'Intranet <http://intranet.apss.tn.it/proj/portfolio/portfolioPAT>.

TAB. 5.2.4 Portafoglio progetti APSS. Stato di realizzazione alla fine del 2008.

PROGETTO	DESCRIZIONE	STATO	DURATA in mesi (*) = Stimata
Programma PACS	Fase Integrazione PACS con servizi APSS Progetto completamento programma PACS APSS: le attività realizzate nel 2008 sono state rivolte all'integrazione del sistema con i servizi/sistemi esterni alla radiologia.	CHIUSO	9
JCI	Riaccredimento JCI Presidio ospedaliero S.Chiara di Trento Preparazione e svolgimento valutazione esterna Joint Commission International per il riaccrédimento dell'Ospedale S.Chiara di Trento.	CHIUSO	5
SIO Evo	Sistema Informativo Ospedaliero SIO Evoluzione Funzionale – <i>Gestione Reparto</i> Analisi nuove funzionalità trasversali del SIO, per la gestione del processo di cura (diario clinico, terapia e somministrazioni, refertazione specialistica) in regime di ricovero; definizione del macropiano di sviluppo del sistema.	CHIUSO	7
SIO Ambulatoriale	SIO Evoluzione Funzionale – <i>Scheda Ambulatoriale</i> Implementazione sistema refertazione di base, da utilizzare negli ambulatori specialistici aziendali. progetto di sviluppo scheda ambulatoriale di base nell'ambito del SIO APSS; prima applicazione del sistema ad alcuni ambulatori selezionati.	CHIUSO	12
CIPASS	Estensione funzionalità del Sistema di Sorveglianza delle Infezioni Nosocomiali per sorveglianza in tempo reale dell'insorgenza delle infezioni.	In corso (75%)	10 (*)
RU – F2	Programma pluriennale di sviluppo delle Risorse Umane – Implementazione RUF2 – Realizzazione del cambiamento (dei sistemi e dei processi) – Fase di realizzazione del programma RU, per l'implementazione dei processi e dei sistemi, così come già specificati nel progetto di "disegno organizzativo".	In corso (50%)	22 (*)
SIMFR	Acquisizione e implementazione del Sistema Informativo di Gestione del servizio/U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa.	In corso (45%)	16
CO	Carta Operatore – Realizzazione dell'infrastruttura tecnologica e integrazione dei servizi a scopo di accesso sicuro ai documenti digitali in ambito sanitario, a partire da alcune applicazioni diagnostiche e ospedaliere già individuate (SIO, Itaca, DnLab, RIS, Anatomia Patologica).	In corso (25%)	n.d.
TI	Implementazione sistema gestionale di Terapia Intensiva Acquisizione e implementazione del sistema gestionale di Terapia Intensiva per gli ospedali di Trento e Rovereto. Nel 2008, dopo l'acquisizione del sistema, è stato avviato il progetto d'implementazione in due fasi: 1) Sviluppo e collaudo funzionale; 2) Estensione del sistema.	In corso (45%)	13
CARDIO	Implementazione di un sistema dipartimentale per la cardiologia. Definito il capitolato sulla base dei requisiti analizzati, è stata avviata la gara di appalto. Il progetto di realizzazione sarà intrapreso una volta conclusa la fase di approvvigionamento.	Da avviare	

di un nuovo servizio assistenziale”, progetto standard “attuazione linee guida cliniche”, progetto standard “approvvigionamento complesso”.

La situazione, al 2008, del personale dell’APSS formato, a vario livello, nelle tecniche del project management è illustrata nella Tabella 5.2.5.

TAB. 5.2.5 Formazione del personale APSS nelle tecniche del project management – Anni 2003-2008.

Anno	N° PERSONE FORMATE	AREA		TIPOLOGIA CORSO			N° GIORNATE EROGATE
		Medica e Scientifica	Tecnica e Amministrativa	Project Management Introduzione (1/2 gg.)	Project Management Controlling (3 gg.)	Project Management Base (4/5 gg.)	
2003	19		19		19	19	7
2004	35	23	12	35			6
2005	23	7	16			23	5
2006	55	27	28	22		33	11
2007	74	46	28	74			1
2008	58	39	19	17		44	8
Totale	264	142	122	148	19	119	38

- *Monitoraggio e Valutazione del processo d’innovazione organizzativa e tecnologica*: per la gestione dell’innovazione e del cambiamento sono utilizzati degli strumenti standard (basati su linee guide internazionali, che forniscono un’impostazione comune alle fasi di ideazione, selezione, autorizzazione, pianificazione, realizzazione e monitoraggio delle iniziative progettuali) che facilitano la valutazione oggettiva e il confronto dei risultati progettuali. Nel 2008 la gestione dei processi è stata ulteriormente sviluppata attraverso i seguenti *metodi e strumenti di gestione*⁴¹ dei processi:
 - *Manuale di gestione dei processi dell’APSS*: è basato sull’esperienza e costituisce una raccolta e sistemazione di strumenti e metodi già utilizzati

⁴¹ Elenco dei metodi e degli strumenti per la gestione dei processi:

DESCRIZIONE	SCOPO
Metodi di rappresentazione dei processi	Descrizione metodi di rappresentazione dei processi, sottoprocessi e delle attività di APSS
Scheda di processo	Scopo, referente, sottoprocessi, attività, documenti aziendali di riferimento, strutture aziendali coinvolte nel processo
Descrizione sotto processo	Descrizione di dettaglio del sotto processo
Matrice di responsabilità	Rappresentazione grafica ruoli/attività/responsabilità
Procedura del riesame	Descrizione del processo “riesame”
Questionario per il riesame	Valutazione annuale del processo per il riesame
Riesame profilo del processo	Gestione punteggi valutazione processo
Relazione annuale del processo	Descrizione attività di processo nell’anno di riferimento

in APSS per l'analisi e il miglioramento dei processi di livello aziendale; ha lo scopo di fornire un riferimento per l'applicazione degli strumenti in modo da assicurare coerenza tra i diversi processi e supportare le attività di analisi, valutazione e ottimizzazione dei processi che sono svolte dai referenti di processo, dai team di progetto e dalla direzione aziendale stessa;

- *Metodi di gestione dei processi a livello macro*: identificazione, definizione inizio e fine, analisi delle relazioni tra i processi, identificazione dei referenti, monitoraggio, sistema di rappresentazione e gli standard di analisi e di descrizione;
- *Metodi di gestione dei processi a livello micro*: descrizione del singolo processo, descrizione del contesto, identificazione e strutturazione delle attività del processo, illustrazione grafica del processo (work flow chart), disegno dell'organizzazione coinvolta nel processo, indicatori quali-quantitativi per il controllo della performance di processo.

Per supportare la gestione dei processi sono stati inoltre sviluppati specifici *sistemi informativi aziendali per la gestione e documentazione centralizzata dei processi*⁴². I nuovi metodi e standard per la gestione dei processi – rivolti a facilitare l'ottimizzazione dei processi da parte dei coordinatori e dei team di gestione dei processi e a promuovere l'apprendimento individuale e organizzativo – sono già stati oggetto di una specifica attività formativa per i referenti di processo assistita, nella prima applicazione, dai professionisti della Direzione Generale.

A scopo di riferimento per tutti i dipendenti, nel sistema informativo ORSS sono state inserite tutte le descrizioni e le schede di processo, redatte in collaborazione con i singoli referenti di processo e soggette a un'attività di riesame da parte della Direzione Aziendale nell'ultimo trimestre del 2008. La documentazione preparata per il riesame interno dei processi è stata successivamente utilizzata nell'accreditamento volontario esterno da parte dell'European Foundation for Quality Management (EFQM). La verifica esterna, basata su un'approfondita revisione documentale e una visita ispettiva sul campo, è stata conclusa positivamente nel mese di gennaio 2009 con la conferma all'APSS del 2° livello di riconoscimento: "Riconoscimento per l'Eccellenza (Recognized for excellence).

⁴² Sistemi Informativi per la gestione dei processi aziendali:

SISTEMA	DESCRIZIONE	SCOPO
ORSS Web®	Tool per la gestione dei processi aziendali	Sistema di documentazione e di archiviazione centralizzata delle informazioni dei processi <i>Ad accesso limitato</i>
Intranet APSS	Sezione Intranet per la conoscenza dei processi aziendali	Sistema di pubblicazione delle informazioni dei processi e dei relativi strumenti di gestione <i>Rivolto a tutti i dipendenti</i>

REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Finalità del processo è quella di sostenere lo svolgimento legittimo, regolare e corretto dell'azione amministrativa e contabile dell'APSS, di migliorare la gestione del rischio dei processi aziendali, di valutare l'affidabilità dei sistemi di controllo interni e di individuare possibili azioni di miglioramento che permettano una maggior efficienza ed efficacia dell'organizzazione e dei processi tecnico-amministrativi.

Il Servizio di coordinamento e verifica sulle procedure amministrative⁴³ – gestore di detto processo – supporta la Direzione e l'organizzazione nella valutazione e nel monitoraggio dei sistemi di governance e di controllo, mediante:

- ▶ l'attività di *risk Assessment* per individuare processi aziendali di tipo tecnico-amministrativo caratterizzati da rischi potenziali significativi e definire il grado di accettabilità del rischio da parte della Direzione generale;
- ▶ esecuzione del *Piano annuale di audit* assegnato dalla Direzione;
- ▶ la *valutazione dell'efficacia/efficienza dei controlli e le misure di risk management*: accertamenti sull'adeguatezza dei vari sistemi di controllo interno e sulle azioni di mitigazione dei rischi da parte delle strutture, tramite pareri obiettivi e indipendenti;
- ▶ il *supporto alle strutture/servizi* nelle attività di autodiagnosi dei rischi e di identificazione, implementazione e monitoraggio delle azioni correttive e di miglioramento (organizzativo, metodologico, strumentale, comunicativo...) e verifica della loro efficacia;
- ▶ i *flussi informativi* idonei (report, relazioni, incontri specifici).

Conformemente al modello EFQM, la *procedura di verifica* segue una logica PDCA (Plan-Do-Check-Act) nella quale – nell'ottica del perseguimento del miglioramento continuo della qualità – le fasi di supporto e di assistenza alle strutture oggetto di verifica per l'implementazione delle azioni correttive/migliorative assumono particolare rilevanza.

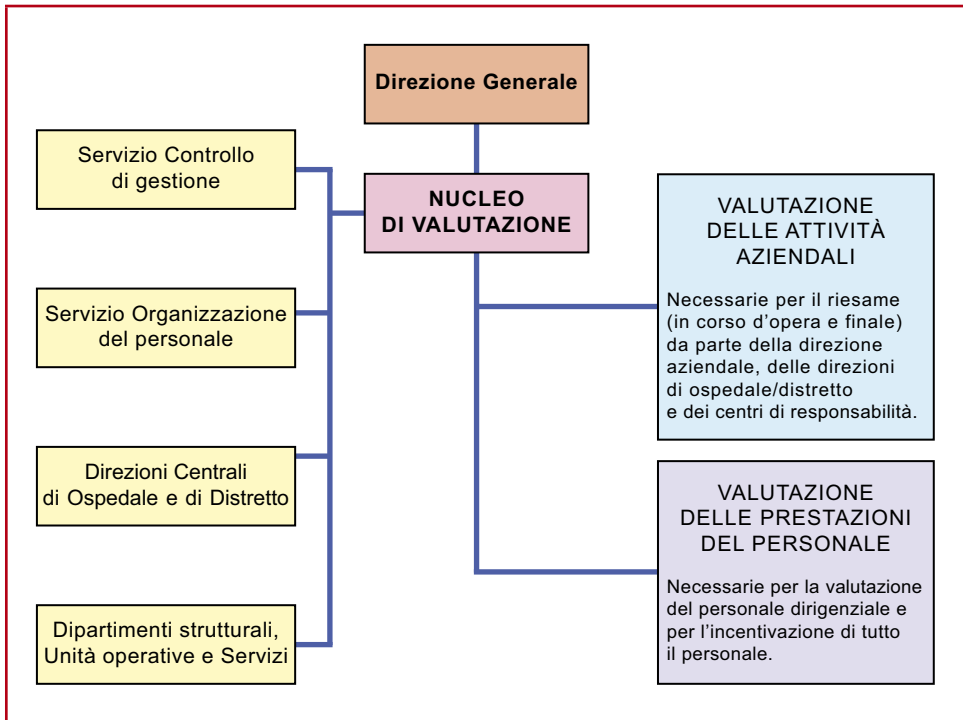
Anche nel 2008, i processi e le attività oggetto di verifica sono stati individuati in relazione al grado di rischio potenziale, condivisi con la Direzione generale e indicati in modo chiaro e strutturato nel *Piano annuale di audit*.

Le verifiche sono state eseguite in maniera sempre più integrata, prevedendo in ogni intervento di verifica:

- ▶ la *compliance audit*: osservanza della normativa interna ed esterna (leggi, regolamenti, politiche aziendali, procedure);

⁴³ Esercita l'attività di controllo interno sui processi ed attività di tipo amministrativo con modalità di tipo collaborativo e di valutazione tra pari secondo finalità di miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali.

FIG. 5.2.3 Il sistema di controllo e valutazione.



- ▶ la *operational audit*: un determinato processo/attività aziendale, verificandone l'efficacia, l'efficienza e l'economicità;
- ▶ la *financial audit*: verifica dell'attendibilità e affidabilità dei dati contabili/finanziari;
- ▶ l'analisi sia dei processi aziendali che dei processi contabili (anche a supporto dell'obiettivo della certificazione di bilancio);
- ▶ la verifica delle attività e dei processi di supporto a quello principale;
- ▶ la collaborazione alle strutture centrali/periferiche per le azioni di miglioramento e per l'omogeneizzazione dei processi/procedure;
- ▶ lo svolgimento di incarichi di verifiche straordinarie, non preventivamente pianificate nel piano di audit, affidate da parte della Direzione.

Nell'adempiere alle proprie funzioni il Servizio Verifiche ha osservato, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi di revisione asseverati dagli Ordini e Collegi professionali e svolto la propria attività in conformità agli IIA's International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing.

Le verifiche effettuate nel corso dell'anno rispettano pienamente le attività programmate nel Piano di Audit 2008 definito con la Direzione Generale: sono state svolte sia verifiche ordinarie che verifiche straordinarie su incarico della

Direzione, nonché attività di monitoraggio sull'implementazione delle azioni correttive/migliorative.

In considerazione della complessità aziendale, della vastità dei dati da controllare e per motivi di efficienza, in termini di costi/benefici dei risultati informativi, le verifiche sono state, ove necessario, circoscritte a un campione della "popolazione", mediante l'uso di procedure di campionamento (principio di revisione ISA 530).

Con riferimento al Piano di Audit definito con la Direzione Generale, nel corso del 2008 si sono svolti:

- ▶ *audit ordinari*, in merito ai quali sono state svolte le attività di:
 - controllo di cui all'art. 1, comma 62, della legge 662/96 (*attività incompatibili dei dipendenti*), articolati in controlli relativi alle strutture sanitarie private accreditate con il Servizio sanitario provinciale attraverso l'incrocio e la verifica dei dati anagrafici finalizzati verificare che, tra i percettori di reddito da parte delle Strutture, non vi fossero nostri dipendenti e controlli su un campione del personale dipendente individuato nel 5% del personale integrato, come suggerito dalla circolare del Ministero della funzione pubblica, con i nominativi di due profili relativi a professionalità specializzate;
 - analisi della corretta applicazione delle procedure per l'effettuazione delle *spese in economia* con l'obiettivo di verificare la conformità dei criteri, delle modalità e delle procedure utilizzate dagli assegnatari per l'imputazione ai programmi di spesa "in economia" così come disciplinato dallo specifico Regolamento aziendale (estendendo, per una più precisa valutazione, il raggio di analisi anche alle procedure sottese alle "spese da contratto");
 - analisi delle procedure seguite dal *Servizio immobili e servizi tecnici* per la gestione tecnica ed economica degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, programmata e di pronto intervento, con il fine di verificarne la correttezza, l'efficacia e l'economicità, ed eventuali azioni di miglioramento;
 - verifica della regolare applicazione della *procedura di controllo sulle prestazioni* specialistiche e diagnostiche erogate dalle strutture private accreditate;
 - *attività di "controller"* per la verifica e la valutazione preventiva della correttezza delle procedure contabili e della congruità delle valutazioni di alcune poste di Bilancio⁴⁴, le verifiche hanno riguardato la regolare applicazione dei CCPL "parte economica" delle aree della dirigenza medico-veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnico, amministrativa e, in particolare, la corretta applicazione dei disposti contrattuali circa il calcolo delle retribuzioni, la documentabilità e la correttezza degli importi relativi alle competenze accessorie;

⁴⁴ Nell'ambito dell'obiettivo della certificazione del Bilancio, al fine di ridurre il "rischio di controllo" (principio di revisione n. 200) e contenere i controlli "esterni" da parte della Società di revisione.

- ▶ *audit straordinari*, in merito ai quali sono state effettuate le seguenti verifiche:
 - esame della procedura seguita dalla U.O. Trentino Emergenza 118 nell'assegnazione delle richieste di trasporto alle Associazioni di volontariato.
 - esame della procedura di accettazione e riscossione ticket dipartimento di radiodiagnostica senologia e risonanza magnetica del CSS di Trento. Il Servizio verifica ha assistito l'U.O. nella definizione della nuova procedura, che è diventata operativa dopo appena due giorni dalla riunione di chiusura.
 - esame della procedura dei rimborsi chilometrici dei dirigenti veterinari di Trento e Rovereto. A completamento della verifica il servizio ha effettuato un'analisi di convenienza economica tra uso mezzo aziendale e privato individuando il break even point che rende indifferente la scelta.

Il Servizio ha svolto attività di monitoraggio sullo stato di attuazione degli interventi migliorativi/correttivi e attività di valutazione dell'adeguatezza, dell'efficacia, della tempestività delle azioni intraprese e della corretta ed efficace applicazione delle procedure di autocontrollo.

L'efficacia del processo viene individuata nei vantaggi in termini di risparmi e recuperi di efficienza derivanti dall'attuazione delle raccomandazioni e suggerimenti, sia nella soddisfazione da parte delle Strutture controllate per i miglioramenti dei propri processi e sia per il riconoscimento da parte di soggetti esterni del ruolo innovativo dell'internal audit dell'APSS nell'ambito della pubblica amministrazione.

L'approccio adottato, le metodiche e le procedure seguite dal Servizio di verifica sulle procedure amministrative, sono state oggetto di interesse da parte di strutture esterne intenzionate a sviluppare all'interno delle proprie organizzazioni la funzione di interna audit.

L'APSS ha confermato anche per il 2008 l'adesione all'Associazione Italiana Internal Auditors (A.I.I.A.), che permette anche la partecipazione a un network professionale che incentiva e stimola la condivisione e il confronto di esperienze, metodologie e informazione, in materia di Internal Audit, Corporate Governance e Controllo Interno.

Ai fini del miglioramento continuo degli strumenti, attività, metodologie, il Servizio di coordinamento e verifiche ha ricercato esempi di "buone pratiche" e opportunità di perfezionamento, anche attraverso la partecipazione a corsi di formazione specifici organizzati dall'A.I.I.A. ("Internal auditing nelle amministrazioni pubbliche", "Strumenti e tecniche di Audit negli appalti pubblici").

Il Servizio ha avuto modo di conoscere e confrontarsi con i referenti auditor di altre pubbliche amministrazioni circa le modalità, il processo e gli strumenti di internal auditing adottati. In molte realtà l'audit è svolto senza una preventiva mappatura dei processi, né un'analisi preventiva dei rischi e senza una pianificazione delle attività, svolgendo il mero ruolo di verifica a posteriori del corretto uso/attribuzione delle risorse aziendali. Da questo punto di vista emerge l'innovatività dell'approccio seguito presso l'APSS.

IL RIESAME DELLA DIREZIONE

Finalità del processo è quella di svolgere una periodica e sistematica attività di valutazione degli approcci adottati e dei risultati ottenuti dai principali processi aziendali, per migliorare complessivamente le attività svolte e creare le basi documentali per la rendicontazione alle parti interessate.

Il processo risulta così suddiviso:

- ▶ *preparazione della documentazione istruttoria*: riguarda la gestione da parte dello Staff dei rapporti con i referenti di processo, la raccolta delle relazioni, la definizione del calendario degli incontri concordati con i referenti e i valutatori per il riesame;
- ▶ *organizzazione e svolgimento della riunione di riesame*: consta nella presentazione da parte del referente di processo degli elementi più significativi di andamento del processo, nella rendicontazione delle principali attività svolte e nella pianificazione delle azioni di miglioramento per l'anno successivo, nel confronto con i valutatori, nell'esplicitazione delle criticità e delle misure di miglioramento future riferite al processo, nonché di quelle introdotte per la risoluzione di quelle individuate nella precedente sessione di riesame;
- ▶ *approvazione delle relazioni di riesame*: consiste nella presa d'atto da parte della Direzione generale dell'andamento della valutazione sui singoli processi aziendali attraverso un giudizio quantitativo basato su una "griglia" di criteri di valutazione previsti da una specifica scheda di valutazione (approccio/diffusione/valutazione e riesame/ risultati - valori e risultati - copertura), cui è associato un punteggio;
- ▶ *monitoraggio e riesame*: consta nello sviluppo delle attività di monitoraggio per la valutazione sulle azioni di miglioramento intraprese e il riesame del processo da parte della Direzione aziendale.

Nel 2008, in coerenza con il Modello EFQM⁴⁵ e con riferimento ai 5 processi chiave aziendali, sono stati individuati e mappati *28 processi aziendali principali*.

Il riesame dei processi assume particolare importanza nell'ottica del miglioramento complessivo della gestione dei processi, rappresentando un'attività finalizzata esplicitamente all'*individuazione delle aree di forza e di debolezza* per la gestione dei vari processi aziendali che consente di verificare sistematicamente il rapporto fra approcci adottati e risultati conseguiti. Tale procedura di valutazione è applicata a tutti i processi aziendali oggetto del riesame e risulta essere un vero e proprio momento di autovalutazione aziendale complessiva.

⁴⁵ Modello che l'APSS ha confermato come "cornice" per sviluppare il proprio sistema di gestione per la qualità totale. La *mappa dei processi* consente di migliorare la pianificazione delle attività e di semplificare la valutazione dei risultati ottenuti per le macroattività aziendali

Nel corso del 2008 si è provveduto a definire con maggiore precisione i criteri di documentazione e rendicontazione dei processi e si è lavorato, in collaborazione con i referenti, a una descrizione dettagliata di tutti i processi aziendali: quasi tutti i referenti hanno partecipato all'attività formativa specifica "Il modello European Foundation for Quality Management (EFQM) per l'eccellenza e il riesame dei processi".

Le otto sessioni di riesame, condotte a partire dal mese di novembre, hanno garantito la corretta temporizzazione dell'attività di riesame (completata prima dell'avvio del processo di budget dell'esercizio 2009) e permesso di:

- ▶ preparare la visita ispettiva esterna dei verificatori EFQM, che ha avuto luogo nella seconda metà di gennaio 2009;
- ▶ realizzare una valutazione di processo tramite cui si è verificato l'allineamento fra i punteggi di valutazione dei processi (che i valutatori designati hanno assegnato a partire dall'apposito questionario di valutazione dei processi) e quelli dell'autovalutazione aziendale EFQM realizzata finora sempre o con l'utilizzo di un questionario di valutazione destinato ad alcuni (2001, 2003, 2007) o con workshop rivolti al Comitato dei Direttori (2005);
- ▶ raccogliere elementi utili per completare la descrizione dei processi e valutare come integrare il processo di riesame (e le azioni di miglioramento individuali) con gli strumenti di pianificazione delle attività per il 2009.

5.2.3 LA GESTIONE DEL PERSONALE

In ogni azienda di servizi le persone hanno un ruolo primario per il conseguimento degli obiettivi strategici presenti e futuri; questo è ancora più vero in una azienda di servizi sanitari dove le componenti livello di servizio e competenze/knowhow impattano in modo forte su un tema sociale di grande rilievo come la salute della collettività servita.

Per l'Azienda sanitaria trentina diviene strategica la necessità di un approccio integrato e complessivo al processo di gestione del personale.

Il PASS 2009 sottolinea il fatto che la gestione del personale risulta essere un'attività complessa, articolata in numerose fasi che coinvolgono molte strutture aziendali e diverse figure professionali e, per questo, prevede esplicitamente l'impostazione di un approccio unitario e coerente all'intero fattore chiave della "Gestione del personale": detto approccio si realizza attraverso lo sviluppo "di assetti organizzativi, modalità operative, strumenti di gestione e comunicazione in grado di migliorare ulteriormente il collegamento tra tutte le fasi del processo di gestione del personale e tra tutte le strutture che le seguono".

Negli ultimi anni l'Azienda sanitaria ha apportato notevoli miglioramenti alla gestione del personale e, nel corso del 2008, è proseguito il "Programma di sviluppo

delle risorse umane” – cui concorrono la Direzione del personale, i coordinatori di risorse, i dipendenti – con l’obiettivo di impostare un nuovo modello di gestione del Capitale Umano con maggiore attenzione all’individuo, al ruolo ricoperto all’interno dell’organizzazione, alle sue competenze e aspettative.

I nuovi metodi e strumenti introdotti da detto Programma sono:

- ▶ *il modello professionale*, che definisce le principali entità che descrivono la struttura organizzativa aziendale e i ruoli e le posizioni in essa collocate (organigramma, ruoli e posizioni, persone che rivestono tali posizioni);
- ▶ *il modello delle competenze*, definito a partire da alcuni profili di ruolo che costituiscono un punto di riferimento per ogni dipendente che riveste quel ruolo: al momento è stato elaborato per figure professionali chiave (il Direttore di struttura complessa clinico-sanitario, il coordinatore infermieristico, il coordinatore tecnico-sanitario, i responsabili della gestione tecnico-amministrativa);
- ▶ *il profilo di ruolo*, ovvero i comportamenti concreti assunti e le competenze che il singolo deve avere per raggiungere l’obiettivo del ruolo stesso: ciascuna persona deve pertanto auto-valutarsi rispetto agli standard descritti nel suo profilo ideale;
- ▶ *il piano di sviluppo personalizzato*, che comprende le attività di sviluppo diversificate e costruite sui bisogni di ogni persona; oltre la formazione tradizionale, tra le nuove iniziative sono risultate particolarmente efficaci la formazione ad hoc studiata sul profilo di ruolo, i colloqui di counselling, i momenti di confronto tra pari, gli incontri a tema con il proprio supervisore, la partecipazione a progetti;
- ▶ *l’assegnazione degli obiettivi individuali*, che prende in considerazione le priorità di sviluppo professionale e di miglioramento delle prestazioni di ciascuno;
- ▶ *il processo di valutazione e sviluppo delle prestazioni* revisionato, che, pur non modificando i sistemi di valutazione e incentivazione esistenti, ha portato all’introduzione di schede differenziate a seconda della posizione e del livello organizzativo del valutato;
- ▶ *l’avvio della realizzazione del nuovo sistema software per la gestione delle risorse umane*: la nuova soluzione definisce l’organizzazione in base ai ruoli che sono svolti dalle persone e non solo in base all’inquadramento contrattuale; supporta il nuovo modello di gestione e sviluppo delle competenze e consente una maggiore automazione dei processi anche in una logica di “self-service” per il singolo dipendente.

Gli *eventi aziendali (esterni al processo)* che hanno maggiormente impattato la gestione del personale nel biennio 2007/2008 sono stati i seguenti:

- ▶ l’azione di consolidamento rispetto a obiettivi assegnati dalla Giunta provinciale in alcuni nevralgici settori (forte potenziamento delle attività di Radio-

logia – Senologia Clinica e Screening mammografico, di Medicina nucleare e di Anestesia Rianimazione);

- ▶ la realizzazione di obiettivi di forte rilievo organizzativo (istituzione delle Strutture complesse di Neurochirurgia, Reumatologia, Ematologia, riorganizzazione dell'attività nel settore dell'emergenza attraverso la sanitarizzazione dei trasporti sanitari);
- ▶ la continuazione degli interventi di riorganizzazione ospedaliera a Trento e avvio di due importanti interventi all'Ospedale di Rovereto (cardiologia, urologia, chirurgia vascolare, nefrologia) e all'ospedale di Cles (area semi intensiva);
- ▶ l'estensione all'intero territorio provinciale del progetto cure palliative (come livello assistenziale aggiuntivo nell'ambito dell'assistenza domiciliare);
- ▶ l'incremento del personale medico, infermieristico (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato calcolando la media annua di presenza) e di assistenza;
- ▶ la difficoltà di reclutamento in ambito infermieristico, in alcune specialità mediche (Pediatria, Ortopedia e Pronto Soccorso) e di medici da assegnare ai servizi di continuità assistenziale; nel corso del 2008, si è registrata una variazione di tendenza e la criticità di reclutamento si conferma solo per il settore pediatria (dove permangono le difficoltà a reperire specialisti disposti a lavorare sul territorio).

Anche in relazione a tali eventi le *esigenze specifiche o criticità* che contribuiscono all'attuale contesto della gestione del personale sono le seguenti:

- ▶ la necessità di disporre in tempi rapidi di personale comporta un doppio impegno in termini di carico amministrativo (le procedure concorsuali debbono sempre essere anticipate da procedure di assunzione a tempo determinato);
- ▶ difficoltà legate ai processi di riorganizzazione ospedaliera (forte impegno del personale nell'adattamento ai processi riorganizzativi e nel gestire, rispetto all'utenza esterna, le difficoltà oggettive legate ai lavori di ristrutturazione);
- ▶ difficoltà nella concreta attuazione di modelli organizzativi dipartimentali (alla loro istituzione non sempre è conseguita l'effettiva realizzazione operativa e gestionale);
- ▶ difficoltà nell'individuazione di referenti per la formazione, nelle Aree Funzionali Omogenee e nei Dipartimenti, che possano fattivamente collaborare al processo di analisi dei fabbisogni, (processo che risulta ancora molto frammentario e oneroso dal punto di vista del tempo impiegato e non sempre "su misura" delle parti coinvolte rispetto al risultato);
- ▶ difficoltà nel bilanciare l'operatività quotidiana, particolarmente complessa anche per le continue evoluzioni normative, con le esigenze crescenti di supportare le direzioni aziendali nello sviluppo organizzativo, nello sviluppo delle competenze individuali e, più in generale, nella gestione delle risorse umane;

- ▶ difficoltà nel trovare un'equilibrio tra accentramento e decentramento delle attività (con la necessità di definire meglio le responsabilità tra servizi centrali e ospedali/distretti);
- ▶ necessità di integrare meglio le attività tra i diversi servizi della direzione del personale.

I principali risultati conseguiti nel 2008 sono stati i seguenti:

- ▶ definizione del modello delle competenze dei coordinatori tecnico-sanitari, dei dirigenti tecnico-amministrativi e delle posizioni organizzative gestionali;
- ▶ definizione, da parte di 35 primari e 100 caposala, di un piano di sviluppo personalizzato per le proprie esigenze, sulla base di un'autovalutazione rispetto al profilo delle competenze;
- ▶ sperimentazione del processo di valutazione e sviluppo delle prestazioni nei distretti di Trento e di Fiemme e Fassa;
- ▶ riduzione del numero di obiettivi assegnati al singolo dirigente (rilevanti), sui quali può realmente incidere: circa 5-7 obiettivi incentivanti, che derivano dalla scheda di budget;
- ▶ definizione precisa delle priorità e aspettative sul ruolo dei coordinatori, attraverso la rilevazione delle priorità di azione e di obiettivi di miglioramento individuali;
- ▶ pianificazione della realizzazione del nuovo sistema software per la gestione delle risorse umane, su più rilasci successivi e progressivi;
- ▶ analisi approfondita delle principali strutture organizzative di APSS e delle professioni ivi operanti;
- ▶ validazione del modello professionale di APSS, attraverso la costruzione dell'organigramma (strutture, ruoli, posizioni) delle due maggiori articolazioni organizzative fondamentali.

Il processo chiave "*Gestione del personale*" comprende i seguenti "*sottoprocessi*":

- ▶ *Pianificazione*: definire la pianificazione strategica a tre anni, la pianificazione organizzativa annuale stabilendo i fabbisogni di risorse in linea con gli obiettivi strategici, le eventuali esigenze di variazione della dotazione organica e le relative procedure di approvazione da parte della Provincia;
- ▶ *Acquisizione*: permettere che l'Azienda sanitaria acquisisca le risorse idonee, in accordo alle linee guida definite nel processo di pianificazione strategica delle risorse umane di breve e medio periodo;
- ▶ *Gestione*: gestire l'evoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti dell'Azienda;
- ▶ *Sviluppo*: garantire la crescita professionale e lo sviluppo delle competenze per le risorse umane, definire l'assegnazione degli incarichi e degli obiettivi, applicare il sistema di incentivazione economica;
- ▶ *Formazione di base*: gestire le attività formative dell'area sanitaria, univer-

sitarie e non, che comportano il conseguimento di laurea di 1° livello, di diploma di formazione complementare o specialistica (master), o di qualifica professionale, in modo coerente con la programmazione provinciale, i fabbisogni aziendali e l'evoluzione del mercato del lavoro;

- ▶ *Formazione continua*: sviluppare e aggiornare le conoscenze scientifiche/tecniche e le competenze manageriali/comportamentali del personale, attraverso la progettazione e realizzazione di interventi interni, la partecipazione dei dipendenti a interventi esterni e l'utilizzo del sistema bibliotecario aziendale;
- ▶ *Amministrazione*: assicurare una corretta applicazione delle normative e degli istituti contrattuali, contributivi, previdenziali, fiscali e assicurativi dei contratti individuali di lavoro e la corretta contabilizzazione e gestione delle spese per il personale dipendente, parasubordinato, somministrato e convenzionato;
- ▶ *Relazioni sindacali*: gestire i rapporti con le Organizzazioni Sindacali rappresentative in merito alle materie inerenti la regolamentazione in materia di rapporto di lavoro tra Azienda sanitaria e il personale;
- ▶ *Sicurezza dei lavoratori*: attività di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza del personale dipendente dell'APSS in modo integrato con le attività di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza dei pazienti.

PIANIFICAZIONE (ORGANIZZATIVA)

In ordine a detto sottoprocesso, nel 2008 è stato approvato il nuovo "Regolamento di organizzazione e funzionamento aziendale" elaborato nel corso del 2007 e, nell'ambito del "Programma di Sviluppo delle Risorse Umane", è stato definito il nuovo modello professionale dell'Azienda sanitaria che stabilisce le entità che descrivono la struttura organizzativa aziendale (compresi i dipartimenti), le relazioni tra di esse, i ruoli e le posizioni in esse collocate (organigramma, ruoli e le posizioni, persone che rivestono tali posizioni).

ACQUISIZIONE DEL PERSONALE

Nel corso del 2008 sono state realizzate le seguenti azioni:

- ▶ *Piano annuale del personale – Assunzioni 2008*
Le assunzioni sono avvenute nel pieno rispetto dei criteri definiti dalla Giunta provinciale. Nell'anno 2008, in particolare:
 - sono state effettuate 537 assunzioni, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, con un incremento pari al 17,2% delle assunzioni rispetto all'anno 2007;
 - sono state svolte selezioni per assunzioni a tempo determinato: 30 selezioni nell'area medica, cui hanno partecipato circa 180 candidati; 15 selezioni del comparto, con circa 450 candidati);
 - sono stati svolti i seguenti concorsi per assunzioni a tempo indeterminato: 24 concorsi nell'area medica e non medica, cui hanno partecipato 637

candidati; 9 concorsi del comparto, con circa 830 candidati; 1 concorso per operatore socio sanitario, cui hanno partecipato circa 1.921 candidati;

- sono stati nominati 10 Direttori di Struttura complessa⁴⁶.

La Tabella 5.2.6 mette in evidenza l'andamento 2006/2008 del Piano del personale.

► *Somministrazione di lavoro a tempo determinato*

Per sopperire alla richiesta di personale infermieristico si è avviata la procedura di scelta di un'agenzia di somministrazione e nel 2007 si è conclusa la *prima gara per contratto di somministrazione di lavoro temporaneo* volta a reperire, in tempi rapidi, personale prevalentemente infermieristico, in applicazione del dlgs. 368/03 che estende alle pubbliche amministrazioni la possibilità di applicare la suddetta tipologia di contratti.

Nel 2008 è stata completata l'attività relativa all'attivazione del contratto di somministrazione, con l'inserimento del personale nelle Unità Operative: gli infermieri interinali inseriti ammontano a 86 (su 128 colloqui effettuati): tra questi, quelli presenti attualmente nelle UU.OO. sono soltanto 39.

► *Inserimento lavorativo*

È stato realizzato, per tutti i profili professionali, un percorso comune di inserimento lavorativo del neo assunto, sia a tempo determinato che indeterminato: la formazione generale viene erogata, a partire dal 2009, con un apposito percorso di formazione a distanza predisposto dal Servizio Formazione in collaborazione con il Servizio Gestione Risorse Umane e con il Servizio Didattica on-line dell'Università degli Studi di Trento e l'Ufficio Formazione e sviluppo delle risorse umane della PAT.

GESTIONE DEL PERSONALE

- Nel corso del 2008, a seguito della sottoscrizione del contratto collettivo di data 11 giugno 2007, si è provveduto a un'attività di *riqualificazione del personale* in applicazione degli art. 109, 110 e 111 del C.C.P.L. In particolare, si è proceduto a 327 riqualificazioni a fronte di circa 590 richieste pervenute⁴⁷. Si è provveduto a identificare funzioni assistenziali specialistiche in area sanitaria da affidare a personale selezionato e dedicato;
- È stata attivata una collaborazione con la Provincia di Trento per l'attività di applicazione della L.P. 10/06 in materia di *stabilizzazione del personale precario* (in ambito amministrativo) che ha condotto all'espletamento di due concorsi interni nei profili professionali di coadiutore amministrativo

⁴⁶ Presidio S. Chiara dell'Ospedale di Trento (Nefrologia, Chirurgia pediatrica, Reumatologia, Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, Radiologia diagnostica); Ospedale Alto Garda e Ledro (Direzione medica, Radiologia diagnostica); Ospedale an Lorenza di Borgo Valsugana (Chirurgia generale); Ospedale di Cavalese (Anestesia e rianimazione); Ospedale di Tione (Radiologia diagnostica).

⁴⁷ L'attività, di accoglimento o diniego delle domande pervenute, è stata svolta da un'apposita commissione tecnica che ha valutato i casi problematici.

TAB. 5.2.6 Piano del personale. Andamento 2006-2008.

INDICATORI QUANTITATIVI	2006	2007	2008
VARIAZIONI DELL'ORGANICO			
Assunzioni totali	408	458	537
Assunzioni a tempo indeterminato dirigenti	31	39	56
Assunzioni a tempo indeterminato comparto	103	66	103
Assunzioni a tempo determinato dirigenti	51	66	69
Assunzioni a tempo determinato comparto	223	287	309
Proroghe di incarico a tempo determinato	107	127	232
Domande di mobilità interregionale	93	202	103
Assunzioni da mobilità interregionale	26	42	46
Uscite totali	208	336	350
Mobilità verso l'esterno	42	36	35
Pensionamenti	93	122	102
Dimissioni	85	99	121
ATTIVITÀ DI SELEZIONE			
Concorsi espletati	22	26	34
Concorsi indetti	27	24	32
Ricorsi verso concorsi	2	0	0
Selezioni interne orizzontali, verticali e oblique	16	13	16
Selezioni indette	44	50	53
Selezioni espletate	40	46	46
Selezioni per direttore U.O. indette	3	21	9
Selezioni per direttore U.O. espletate	7	11	13
Borse di studio	8	15	17
Incarichi libero professionali	91	160	90
Co.co.co.	23	4	10
ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL PERSONALE			
Domande di part time definitivo	153	156	85
Part time definitivi	50	65	51
Part time temporanei	184	179	194
Regime orario ridotto	0	31	33
Avviati d'obbligo	6	2	4
Tirocini e frequenze volontarie	964	650	

continua >

INDICATORI QUANTITATIVI	2006	2007	2008
Numero dirigenti sanitari autorizzati e gestiti per l'esercizio della libera professione intramuraria	607	619	643
ATTIVITÀ DI ASSEGNAZIONE INCARICHI			
P. O.	11	4	4
Incarichi dirigenziali	129	82	228
Valutazione di fine incarico	315	195	450
RELAZIONI SINDACALI			
Accordi sindacali aziendali sottoscritti	4	14	27
Atti sindacali a carattere ordinario	173	234	246
VALUTAZIONE E SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI			
Progetti incentivati – area Non dirigenziale	92	204	166
Personale coinvolto – area Non dirigenziale	1.156	1.841	1.912
Progetti incentivati – aree Dirigenziali	56	55	61
Personale coinvolto – aree Dirigenziali	330	320	335
VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI			
area Non dirigenziale del comparto	6.965	7.028	n.d.
Valutazione delle prestazioni aree Dirigenziali	976	949	n.d.
Schede di budget con obiettivi di équipe/individuali	198	202	198
Obiettivi di budget incentivati	2.469	2.756	2.431
Obiettivi di budget non incentivati	4.890	4.867	6.480

e di assistente amministrativo con l'assunzione di 25 persone da concorso riservato e 12 da concorso pubblico;

- È stata rivista la procedura per l'attribuzione del *part-time temporaneo* definendo regole certe per meglio consentire che l'istituto rispondesse alle esigenze assistenziali dei dipendenti (eliminato l'istituto del differimento fissando due date certe di attivazione: primo settembre e primo gennaio per meglio rispondere alle esigenze organizzative dei dipendenti); nel 2008 sono stati emessi avvisi successivi per i posti ancora non coperti del biennio.

SVILUPPO DEL PERSONALE

È stato definito, nell'ambito del Programma di Sviluppo delle Risorse Umane, un *nuovo modello di sviluppo individuale*, basato sul profilo di ruolo e delle relative competenze. Nel corso del 2007 tale modello è stato sperimentato su due ruoli particolarmente critici in APSS: quello del Primario e del Caposala e dal mese di

aprile 2008 il nuovo modello è stato esteso a tutti gli altri primari e caposala potenzialmente interessati e ad altri ruoli di coordinamento (coordinatore tecnico e responsabile tecnico-amministrativo).

È stato confermato, previa revisione, il processo di valutazione delle prestazioni e di incentivazione del personale.

FORMAZIONE DI BASE

Il Polo Universitario delle professioni sanitarie – che si articola in 2 sedi formative: Trento e Rovereto/Ala⁴⁸ – gestisce i seguenti principali processi:

- ▶ *Collaborazione nella definizione dei fabbisogni formativi quanti/qualitativi e delle linee di sviluppo della formazione di base e avanzata, nel proporre nuove esigenze formative e favorire il reclutamento*⁴⁹: i fabbisogni quanti/qualitativi relativi ai corsi di laurea e postlaurea (master) e alla formazione professionale (operatori socio sanitari – OSS) sono previsti nel Piano Triennale delle attività di formazione del personale dei servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento in collaborazione con le sedi formative e in considerazione delle esigenze dell'Azienda sanitaria e dei Servizi sociosanitari.
Da segnalare che negli ultimi anni si è notata una inversione di tendenza e di maggiore interesse verso le professioni sanitarie, in particolare verso quella di infermiere e del tecnico di radiologia. Rispetto a queste ultime nel 2007 e 2008 il numero di pre-iscrizioni supera il numero previsto di accesso programmato. Rispetto alla formazione professionale (OSS) si denota un calo di iscrizioni e un aumento degli abbandoni in itinere: il target è costituito da adulti (età media 35 anni), in cerca di occupazione, stranieri per il 20/30%; il principale motivo di abbandono del percorso formativo è la proposta lavorativa;
- ▶ *Gestione Budget affidato alle rispettive sedi didattiche in coerenza alle direttive e regolamenti aziendali e al programma triennale della Formazione degli*

⁴⁸ Alla sede di Trento è affidata la formazione universitaria dell'area infermieristica e post-base (Master, Corsi di perfezionamento); alla sede di Rovereto/Ala la formazione universitaria dell'area tecnica, della riabilitazione e prevenzione. Entrambe le sedi gestiscono la formazione professionale.

⁴⁹ Il Polo Universitario delle professioni sanitarie:

- elabora annualmente, in collaborazione con i responsabili di Servizi e dipartimenti, proposte di formazione di base e post-base attraverso l'analisi ed individuazione delle competenze richieste dai nuovi bisogni di salute dei cittadini e/o dalle esigenze dei servizi;
- collaborare nella stima dell'evoluzione del mercato del lavoro e dei fabbisogni aziendali di personale;
- attiva strategie di informazione per aumentare il reclutamento di giovani ai corsi, attraverso la realizzazione e diffusione di opuscoli informativi, la realizzazione di iniziative e campagne di informazione nelle Scuole professionali e negli Istituti Superiori (Open day);
- contribuisce, nell'ambito dell'autonomia didattica dell'Università, all'elaborazione di piani di studio in base al contesto culturale, sociale e sanitario in cui i laureati saranno chiamati ad operare; elabora statistiche (entrata, posizione...) degli studenti per i vari corsi;
- diffonde i bandi di pre-iscrizione ai corsi gestiti;
- garantisce il servizio di front-office all'utenza per orientamento alle iscrizioni e ai servizi a favore dello studente.

operatori del SSP: l'attività amministrativa del Polo Universitario copre l'area universitaria (con attività di segreteria studenti e di front-office, di segreteria docenti e segreteria amministrativo-contabile) e l'area aziendale (con attività amministrative per il funzionamento della sede didattica, per la sicurezza, per la gestione di selezioni e bandi e la predisposizione di atti amministrativi per corsi professionali e per la gestione del personale interno);

- ▶ *Attivazione e gestione di iniziative formative pertinenti ai bisogni prioritari di salute nazionali e provinciali e agli obiettivi aziendali, promozione di attività di sperimentazione didattica, formazione pedagogica e tutoriale ai docenti, tutor clinici e Supervisor, definizione e gestione del percorso di inserimento e sviluppo professionale del personale*⁵⁰. Nel 2008, in particolare, sono state realizzate le seguenti attività:
 - corsi di formazione pedagogica al tutorato clinico che ha coinvolto 180 infermieri e 90 professionisti sanitari dell'area tecnica e della prevenzione;
 - progetto di tirocinio e di modello di tutorato nei corsi delle professioni sanitarie che prevede il riconoscimento ECM dell'attività di Supervisore e l'auto-etero valutazione dell'attività;
 - portfolio, con profilo di competenza del Tutor clinico;
 - indagine su 232 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica attraverso somministrazione del Clinical Learning Environment Inventory; si evidenzia che gli studenti hanno una buona percezione degli ambienti di apprendimento clinico e che tutti gli studenti (99%) sono concordi nel definire che l'attività di tirocinio e di tutorato è ritenuta utile per il loro apprendimento;
- ▶ *Cura e gestione della biblioteca infermieristica (Polo di Trento)*: il sistema bibliotecario è composto da circa 4.500 testi (catalogati secondo il sistema

⁵⁰ I *poli formativi* garantiscono il monitoraggio e la valutazione della qualità della programmazione delle attività teoriche, di laboratorio e di tirocinio con il corpo docente, i tutori, i coordinatori dei servizi e gli studenti e trasmettono i calendari dell'attività formativa; coordinano l'integrazione interdisciplinare e teorico-pratica; collaborano con il CTO per la determinazione delle competenze didattiche e per diffondere i bandi di docenza all'interno dell'Università di Trento e dell'Azienda sanitaria; promuovono, inoltre:

- interventi formativi e di ricerca-intervento per favorire l'acquisizione di competenze pedagogiche di base rivolte a professionisti dei Servizi/UU.OO., per migliorare la relazione educativa supervisore/studente, la qualità delle esperienze di apprendimento dei tirocinanti e le strategie tutoriali per l'acquisizione di competenze professionali;
- eventi formativi per formatori, tutor e docenti sulla valutazione dell'apprendimento e sull'acquisizione di competenze progettuali;
- attività formative per tutor e docenti di corsi universitari e di formazione continua alla ricerca e all'utilizzo degli strumenti dell'EBP per la didattica e il tutorato clinico e d'aula;
- scambi e confronti tra i Poli didattici gestiti dall'Università degli studi di Verona,
- scambi Erasmus per studenti e docenti tra Università delle Professioni Sanitarie Europee (Malta, Finlandia, Spagna, Portogallo, Regno Unito) e con Università straniere (Stati Uniti, Canada).

Il corpo docente è costituito in equa proporzione da docenti dipendenti dell'Università di Trento e Verona (50%) e docenti dipendenti del Servizio Sanitario Provinciale (50%) dell'area della dirigenza Medica e non Medica e dell'area Infermieristica.

previsto dal “catalogo bibliografico trentino”), riviste cartacee, riviste online e banche dati (95 abbonamenti a riviste infermieristiche); negli ultimi anni è stato avviato un processo di innovazione attraverso:

- a catalogazione dei testi in base al sistema di catalogazione previsto dal “catalogo bibliografico trentino” (visualizzazione e ricerca online dei testi);
- servizio di consulenza per la ricerca di testi e di fonti online tramite l’utilizzo di banche dati (pubmed);
- progettazione e realizzazione di corsi per tutti gli studenti dei corsi universitari sull’utilizzo delle banche dati (pubmed; chinal, medline) e della biblioteca virtuale e di EBP;
- il potenziamento dei servizi on line (a partire dal 2006) e di 40 postazioni presso l’aula informatica attigua alla biblioteca.

Al termine del percorso formativo tutti gli studenti dei CdL e Master hanno acquisito una competenza di base di “searching” e lettura di un articolo di ricerca;

- ▶ *Sviluppo attività di ricerca per la valutazione e il riesame dei processi formativi:* con l’anno accademico 2008/2009 sulla coorte di neo-immatricolati è stato attivato uno studio di triangolazione – follow up e fenomenologico – per misurare l’evoluzione e lo sviluppo della predisposizione all’auto apprendimento degli studenti infermieri; lo studio intende valutare lo sviluppo negli studenti della capacità di auto apprendimento nei tre anni di studio e identificare se la predisposizione all’auto apprendimento è associata con alcune importanti variabili del percorso formativo pre-universitario e universitario (modello di tutorato, successo/insuccesso, variabili socio-culturali).

FORMAZIONE CONTINUA

La formazione del personale si articola in formazione interna e formazione esterna. Con riferimento alla attività di formazione interna e, quindi, al *Piano per la formazione continua 2008-2009*⁵¹, va segnalato che nel processo di analisi dei fabbisogni formativi sono state apportate, rispetto agli anni precedenti, alcune modifiche sostanziali:

- ▶ i Dipartimenti sono stati identificati come pressoché gli unici portatori di richieste di *formazione di natura disciplinare* (attività finalizzate allo sviluppo di competenze e conoscenze in linea con il progresso scientifico e tecnologico e basate sulle prove di efficacia);
- ▶ le Direzioni di Articolazione Organizzativa Fondamentale si sono fatte carico delle richieste di *formazione per l’organizzazione* (processi di gestione, comunicazione, lavoro in contesti multiculturali, metodologie di cura innovative/percorsi clinico-assistenziali);

⁵¹ Adottato dal Direttore Generale con atto deliberativo n. 235 di data 20/02/2008, elenca le attività di formazione interna all’Azienda provinciale per i servizi sanitari per il biennio 2008-2009.

- ▶ il Piano 2008-2009 non contiene progetti di Formazione Sul Campo (FSC), ma solo indicazioni operative, poiché, a differenza della più tradizionale formazione residenziale che per sua natura richiede di essere programmata su tempi lunghi (indirizzo del PASS), la FSC risultando più difficile da pensare con largo anticipo può essere quindi presentata nel corso di tutto l'anno alla valutazione del Servizio Formazione e del Comitato Provider;
- ▶ rispetto alla Formazione a Distanza (FAD), gli unici percorsi formativi a oggi accreditabili ECM sono quelli abbinati a momenti di Formazione Residenziale (FR + FAD); nuove disposizioni della Commissione provinciale per la formazione continua consentiranno l'accreditamento di attività erogate esclusivamente in FAD⁵².

Considerata la crescente richiesta di formazione, la necessità di garantire i crediti ECM (a partire dal 2008 i professionisti sanitari dovranno acquisire 150 crediti ECM in un triennio) e di rispondere a bisogni formativi emergenti al di fuori della pianificazione biennale, il Servizio Formazione ha portato a termine le seguenti attività:

- ▶ possibilità per UU.OO./Servizi di organizzare, al proprio interno, brevi attività formative rispondenti a specifici bisogni. A questo scopo, sono state introdotte 2 nuove tipologie di formazione sul campo: discussione di caso clinico e aggiornamento monotematico;
- ▶ consulenza e supporto alle UU.OO./Servizi per la realizzazione dei progetti di formazione sul campo (FSC);
- ▶ divulgazione di calendari delle proposte formative previste dal Piano. La diffusione, per quanto sintetica, dei calendari dovrebbe permettere ai servizi di pianificare le proprie attività e potrà sostenere lo sviluppo di progetti aziendali;
- ▶ estensione alla maggior parte delle Articolazioni Organizzative Fondamentali la responsabilità di diffusione delle informative sulle attività formative erogate;
- ▶ attivazione della modalità di iscrizione on-line per alcune attività formative;
- ▶ revisione e aggiornamento del Sistema qualità interno in un'ottica di semplificazione attraverso la revisione dei processi e degli strumenti in uso;
- ▶ integrazione dei Piani formativi individuali e/o PSP e il Piano biennale per la formazione continua con le relative integrazioni annuali (Progetto Sviluppo RU);
- ▶ appalto a società esterne parte della formazione dedicata alla gestione dell'urgenza/emergenza (BLSD e PBLs) per liberare risorse interne per la progettazione ed erogazione di attività formative con maggiori necessità di contestualizzazione.

⁵² È in atto un percorso formativo specifico per formatori che si occuperanno di FAD ed e-learning, organizzato dal Servizio organizzazione e qualità delle attività sanitarie della PAT e in collaborazione con il Servizio Didattica on-line della Università di Trento, a cui partecipano 3 operatori del Servizio Formazione nell'ottica di ampliare le possibilità formative a distanza.

Per il prossimo piano 2010-2011, la raccolta dei fabbisogni formativi generali sarà effettuata, con una nuova scheda, in riunioni che verranno svolte, anziché presso la sede del Servizio Formazione e con i soli Direttori/Coordinatori di AOF/Dipartimento, all'interno della riunione di AOF/Dipartimento appositamente dedicata alla raccolta e analisi dei fabbisogni formativi e quindi alla presenza di tutti i Direttori di U.O./Servizio afferenti alla AOF o al Dipartimento coinvolti⁵³. Nello stesso periodo, verranno estese a tutte le organizzazioni aziendali le nuove modalità di definizione dei piani formativi individuali, impostate nel "Programma di Sviluppo Risorse Umane", che integrano la gestione per obiettivi e lo sviluppo delle competenze individuali⁵⁴.

Nel 2008 è continuata l'intensa attività di formazione che ha coinvolto un grande numero di operatori secondo le seguenti modalità:

- ▶ partecipazione a *eventi formativi residenziali e a distanza* (FAD) organizzati dal Servizio formazione dell'APSS o da altri provider (corsi, convegni, seminari, congressi, corsi di formazione e seminari clinici) curati direttamente dal Servizio formazione dell'APSS o acquisiti da altri provider; il livello di erogazione della formazione continua nell'anno 2008 da parte del Servizio Formazione (eventi "chiusi" nel sistema informativo provinciale ECM on-line al 31/12/2008) è corrisposto a 5.556 persone formate e 53.749 crediti conseguiti⁵⁵;
- ▶ partecipazione a *eventi formativi sul campo* (FSC)⁵⁶ presso le strutture APSS: questa tipologia formativa offre importanti opportunità di apprendimento di

⁵³ Ciò dovrebbe consentire una maggior circolazione delle informazioni sui temi della formazione tanto all'interno delle Articolazioni Organizzative Fondamentali e dei Dipartimenti quanto, all'esterno, in particolare con il Servizio Formazione: avere un maggior numero di informazioni e maggiormente articolate dovrebbe contribuire ad una più efficace ed articolata elaborazione del piano biennale della formazione continua.

⁵⁴ In questo modo saranno prodotti direttamente a sistema dei piani di formazione e sviluppo individuali, condivisi in sede di colloquio annuale tra responsabile e collaboratore, che forniranno alla Formazione delle indicazioni precise circa le iniziative pianificate nell'anno dai singoli dipendenti. Ne risulterà migliorata la qualità delle previsioni circa i corsi già compresi nel piano della formazione continua che dovranno effettivamente essere realizzati nel corso dell'anno. Inoltre sarà più evidente il legame tra il contenuto dei corsi e le competenze che i singoli intendono rafforzare attraverso la formazione: in questo modo sarà più agevole misurare l'efficacia delle iniziative formative. Infine saranno immediatamente raccolte a livello centrale le nuove esigenze formative, precedentemente non rilevate, derivanti da nuovi obiettivi annuali provinciali o aziendali, nuovi progetti, cambiamenti del contesto in cui operano le unità operative ed i servizi (ad esempio cambiamenti tecnologici, organizzativi, nuovi bisogni dei cittadini). La disponibilità immediata di tali informazioni in chiusura dei colloqui annuali consentirà di consolidare le esigenze formative e di sviluppo assimilabili, altrimenti disperse, con un potenziale aumento dell'efficienza complessiva della formazione.

⁵⁵ Tali dati scontano in difetto una parte di attività di formazione sul campo che non sono ancora state "chiusure" a sistema ECM.

⁵⁶ La FSC si è rivelata uno strumento particolarmente efficace, snello e "su misura" per i diversi contesti operativi e, pertanto, al fine di favorirne l'ulteriore diffusione, è stata implementata la metodologia, nuova rispetto all'accreditamento ECM e comune in clinica, della discussione del caso clinico. Il Servizio Formazione e una rete di professionisti appositamente formati sono a disposizione di quanti abbiano bisogno di supervisione o consulenza per la stesura di un progetto di FSC.

- competenze professionali e comportamenti organizzativi rappresentando un potente strumento per migliorare i processi assistenziali e il funzionamento dei servizi; sono stati presentati al Comitato tecnico-scientifico Provider 91 progetti di formazione sul campo, di cui 81 approvati, con un incremento, al 31/12/2008 del 32% rispetto al 2007 (58 progetti approvati e 10 respinti);
- ▶ partecipazione a *stages clinici in Italia e all'estero*⁵⁷; sono stati autorizzate, al 31/12/2008, dalle Commissioni per la formazione continua (CFC) e Commissione Unica Aziendale per la formazione (CUA), 4160 domande di formazione esterna all'APSS, con un incremento del 77% rispetto al 2007 (2.350 domande autorizzate);
 - ▶ partecipazione a iniziative formative organizzate all'interno delle unità operative;
 - ▶ progettazione, sviluppo e partecipazione a *progetti di ricerca*;
 - ▶ utilizzo delle *ore studio* previste dai contratti di lavoro.

Per quanto attiene *lo sviluppo delle competenze individuali e la formazione* è ancora da evidenziare che:

- ▶ l'applicazione sperimentale del nuovo modello di sviluppo delle competenze ai ruoli di primari e caposala è stata finalizzata con la definizione e realizzazione di circa 55 piani di sviluppo personalizzati (per 24 primari e 31 caposala). Tale approccio è stato applicato nel corso del 2008 a ulteriori 34 primari e 99 caposala⁵⁸;
- ▶ la sperimentazione del nuovo modello di valutazione e sviluppo delle prestazioni a Trento e Cavalese ha interessato circa 35 valutatori e 135 valutati tra Direttori di Struttura Complessa, dirigenti, posizioni organizzative e coordinatori tecnico-sanitari;
- ▶ l'accesso al sistema bibliotecario aziendale ha confermato la tendenza degli ultimi anni verso un aumento, nell'ordine del 10/15%, delle richieste di accesso a banche dati on-line e di una regressione nelle richieste di prestito di libri e riviste cartacee;
- ▶ sono stati erogati un numero di attività pari al 54,8% del numero di titoli presenti nel Piano per la formazione continua 2008-2009, come evidenziato nella Tabella 5.2.7.

⁵⁷ Le Linee guida operative per la formazione continua, di cui alla Deliberazione n. 963/2005, sono state rinnovate per quanto riguarda la parte sulla partecipazione ad attività formative esterne all'APSS con Deliberazione n. 1474 di data 19/12/2007. Le richieste di autorizzazione alla partecipazione ad attività formative esterne all'APSS vengono presentate alle Commissioni per la Formazione Continua (CFC) di riferimento o alla Commissione Unica Aziendale (CUA), secondo i criteri indicati nelle Linee guida stesse.

⁵⁸ L'attività di sviluppo ha compreso una *formazione su tematiche organizzative ad hoc per il ruolo*, secondo un percorso gestionale/organizzativo fortemente contestualizzato, con elementi di innovazione rispetto alla formazione tradizionale: i corsi, per un totale di 7 nel 2007 e 7 nel 2008, sono stati progettati in base alle unità del profilo di ruolo evidenziate come critiche dai partecipanti in base un'autovalutazione individuale rispetto al proprio profilo di ruolo.

TAB. 5.2.7 Attività formative del Piano per la formazione continua 2008-2009.

FORMAZIONE INTERNA ALL'AZIENDA SANITARIA	ATTIVITÀ FORMATIVE PREVISTE	ATTIVITÀ FORMATIVE REALIZZATE AL 31.12.2008	
	n° attività	n° attività	edizioni
Attività residenziali	87	47	146
Attività seminariali	21	15	18
Attività in FA o miste (residenziali/FAD)	7	1	4
Totale	115	63	168

% erogazione attività al 31/12/2008 rispetto al numero di titoli previsti a Piano (63 titoli su 115) **54,80%**

EVENTI CHIUSI NEL SISTEMA ECM ON-LINE AL 31.12.2008

totale personale formato 5.556

totale crediti conseguiti 53.749

AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

Nel 2008 sono stati gestiti i trattamenti economici, contributivi, previdenziali, fiscali e assicurativi di:

- ▶ oltre 7.500 dipendenti;
- ▶ 100 tra collaboratori coordinati e continuativi e borsisti;
- ▶ 90 lavoratori somministrati;
- ▶ oltre 400 medici di base;
- ▶ oltre 80 pediatri di libera scelta;
- ▶ 110 medici specialisti ambulatoriali.

I costi relativi al predetto personale sono ammontati a quasi 410 milioni di euro per i lavoratori dipendenti e a oltre 60 milioni di euro per i medici convenzionati generici e specialisti.

La quota di spesa di competenza dei Servizi della Direzione del personale e sistemi informativi è stata quindi pari a quasi la metà dell'intero bilancio aziendale.

Nel corso del 2008, oltre a svolgere le diverse attività in cui è articolato il sottoprocesso in esame⁵⁹, sono state realizzate le seguenti attività:

- ▶ *completamento della applicazione del contratto collettivo provinciale di lavoro 12 giugno 2007 del comparto non dirigenziale del Servizio Sanitario provinciale: adeguamento degli stipendi tabellari, attribuzione di fasce economiche secondo criteri di anzianità convenzionale, revisione degli istituti dell'indennità di turno, dell'indennità di coordinamento, dell'indennità di front office e*

⁵⁹ Gestione delle missioni del personale dipendente, autorizzazione svolgimento attività esterne all'APSS, erogazione delle competenze economiche al personale dipendente e al personale medico convenzionato, gestione degli istituti fiscali (in qualità di sostituto d'imposta) connessi agli emolumenti corrisposti, gestione delle ritenute previdenziali e dei rapporti con gli Enti previdenziali, gestione degli istituti assicurativi e dei rapporti con l'INAIL (autoliquidazione e denunce d'infortunio).

dell'indennità di cassa, nuova disciplina del lavoro straordinario e del lavoro supplementare del personale a part time, ricalcolo delle conseguenze economiche dei passaggi di categoria e di livello economico, erogazione dei residui dei fondi a disposizione sotto forma di una tantum;

- ▶ *completamento della applicazione dei contratti collettivi provinciali di lavoro 25 settembre 2006 della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria non medica, professionale, tecnica e amministrativa*: applicazione del nuovo regime dell'indennità di pronta disponibilità, dei nuovi istituti delle di guardia medica notturne fuori orario di servizio e delle prestazioni orarie aggiuntive, delle modifiche alla retribuzione fondamentale, del conglobamento di parte della retribuzione di posizione e di risultato nello stipendio tabellare, delle nuove misure di svariate indennità legate a condizioni di disagio, pericolo o danno, dei fondi per la retribuzione di posizione, per la retribuzione accessoria e per le prestazioni orarie aggiuntive;
- ▶ *gestione del personale convenzionato*: applicazione degli istituti giuridici ed economici e rapporti con l'Assessorato, i Sindacati di categoria e le stesse strutture aziendali sparse sul territorio;
- ▶ *integrazione operativa dei processi amministrativi* sia tra il centro e la periferia che con gli altri processi della gestione del personale e della gestione economico-finanziaria aziendale: integrazione progressivamente migliorata sia grazie alle implementazioni del sistema informativo che al consolidamento di meccanismi di sistematica revisione delle fasi più critiche dei processi favorite della certificazione del bilancio;
- ▶ *analisi delle informazioni riguardanti il singolo dipendente*, all'interno dei diversi sottosistemi che le gestiscono, allo scopo di definire le modalità e i metodi d'interfaccia tra i sistemi e con l'obiettivo di realizzare un cd. "fascicolo virtuale" del dipendente: contenente tutte le informazioni individuali digitali generate nei processi di acquisizione, sviluppo, formazione, gestione e amministrazione del personale.

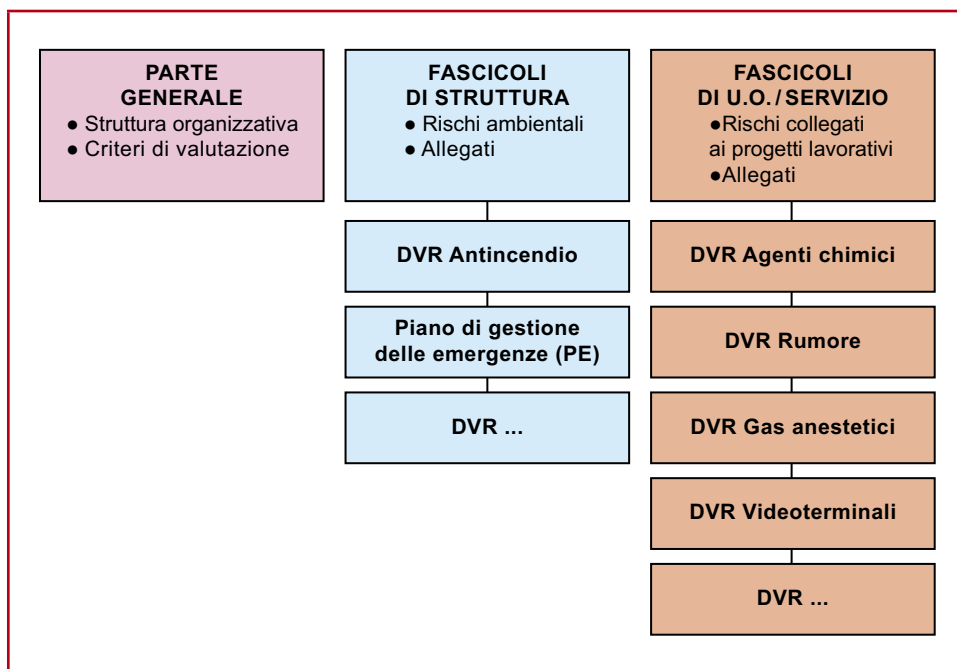
SICUREZZA DEI LAVORATORI

L'entrata in vigore del Dlgs 81/2008 (Testo Unico in materia di sicurezza sul lavoro) – che ha sostituito il Dlgs. 626/94 a far data dal 15/05/2008 – ha comportato l'aggiornamento della valutazione dei rischi entro il 31/12/2008 e la valutazione dei nuovi rischi: stress lavoro-correlato, rischi riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, rischi connessi alle differenze di genere, età, alla provenienza da altri Paesi.

Rispetto all'attività del sottoprocesso, nel corso del 2008 sono state svolte le seguenti azioni:

- ▶ *Raccolta delle informazioni sui processi lavorativi aziendali e su tutto quanto serve per la successiva valutazione dei rischi*: è avvenuta tramite l'analisi del contenuto dei 384 Fascicoli di U.O./Servizio del DVR (cfr. Figura 5.2.4), aggiorn-

FIG. 5.2.4 Documento di valutazione dei rischi (DVR).



nati dalle UU.00. e dai servizi tra settembre e dicembre 2007, i sopralluoghi programmati dai medici competenti agli ambienti di lavoro (ex art. 25, D. Lgs. 81/08), i sopralluoghi programmati dal SPP per la valutazione di rischi specifici (es. incendio), l'analisi della casistica degli infortuni del 2007, l'attività dei gruppi multidisciplinari sui rischi specifici, le segnalazioni di rischio dei dirigenti, preposti, lavoratori e RLS;

- *Valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori e individuazione delle misure di prevenzione e di protezione più idonee per poterli gestire:* sono stati aggiornati i 384 Fascicoli di U.O./Servizio del DVR; redatti o aggiornati 12 Fascicoli di Struttura, redatti o aggiornati 14 DVR incendio (comprensivi di DVR sulle atmosfere esplosive), avviata la redazione o aggiornamento dei Fascicoli di Struttura e dei DVR incendio di altre 25 realtà aziendali, aggiornati 2 piani di emergenza (Presidio S. Chiara e Centro Servizi Sanitari di Trento), avviato l'aggiornamento dei piani di emergenza dei Presidi ospedalieri di di Arco e Borgo, elaborato il DVR sull'utilizzo, trasporto e stoccaggio dell'azoto liquido, elaborati i DVR sul rischio chimico di 14 realtà aziendali (LISP, Stamperia, Farmacia di Rovereto, 9 laboratori del Dipartimento di Medicina di laboratorio, Anatomie Patologiche di Trento e Rovereto), avviata la elaborazione dei DVR sul rischio chimico di altre 24 realtà aziendali (9 radiologie del Dipartimento di Radiodiagnostica, 12 officine del SIST, centri trasfusionali di Trento e Rovereto, disinfestatori), ultimato il DVR sulle vibrazioni degli automezzi aziendali,

aggiornato il DVR aziendale sul rumore, e il DVR aziendale sui VDT, elaborato il prototipo del DVR sui rischi da interferenze (DUVRI) (documento da allegare obbligatoriamente ai contratti di appalto di servizi);

- ▶ *Pianificazione e realizzazione degli interventi di adeguamento normativo e di miglioramento dei livelli di sicurezza dei contesti lavorativi, con riferimento ai rischi specifici in ambito sanitario:* è stato elaborato come ogni anno da parte del SPP il PASSL 2009, contenente l'individuazione degli acquisti e dei lavori (esclusi quelli necessari per l'adeguamento antincendio) per migliorare i livelli di sicurezza all'interno degli ambienti di lavoro aziendali; il PASSL viene aggiornato annualmente e si compone di un Consuntivo (acquisti e lavori fatti nel corso dell'anno) e di un Preventivo (acquisti e lavori previsti per l'anno successivo); gli adeguamenti alla normativa antincendio delle strutture aziendali trovano riscontro nei piani elaborati annualmente dal SIST; le iniziative formative in materia di sicurezza sono programmate dal SF. Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori si rimanda alle tabelle sotto riportate dal NOMC;
- ▶ *Certificazione del sistema aziendale per la sicurezza dei lavoratori secondo la norma BS OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Series):* nel corso del 2008 è stata predisposta tutta la documentazione (manuale, procedure, moduli) richiesta dalla norma; seguiranno iniziative di formazione per dirigenti e preposti sull'architettura documentale e sul funzionamento del sistema; a giugno 2009 verrà richiesto a Bureau Veritas un pre-audit operativo (initial audit: verifica sul campo) ed entro la fine dell'anno l'audit finalizzato al rilascio della certificazione (main audit);
- ▶ *Attività di riduzione dell'esposizione ai rischi specifici in ambito sanitario:* attività principali dei gruppi tecnici multidisciplinari:
 - *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da agenti chimici.* Nell'ambito del "progetto di valutazione e gestione del rischio chimico" in APSS, il gruppo, oltre a elaborare i DVR sopra menzionati, ha svolto attività di formazione agli operatori di laboratorio biomedico, centro trasfusionale, anatomia patologica, stamperia, LISP, NOPP, NOMC. Il gruppo ha inoltre intrapreso, in collaborazione con SSI, il progetto di informatizzazione del DVR sul rischio chimico;
 - *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da gas e vapori anestetici.* Sono stati effettuati con buoni risultati i monitoraggi ambientale e biologico dei vapori alogenati nelle sale operatorie. Prosegue il progetto di ricerca: "Sicurezza, cultura e clima organizzativo in sala operatoria". È in fase di sperimentazione un sistema aspirato nell'induzione di anestesia con alogenati in maschera;
 - *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da agenti biologici.* Il gruppo, in collaborazione con il SF, ha progettato il corso di formazione "Aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali"; è proseguito il programma di inserimento dei dispositivi medici con sistemi di sicurezza per la prevenzione delle ferite da taglio o puntura d'ago;

- *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da movimentazione dei carichi.* È stato presentato a tutte le UU.OO. che ne hanno fatto richiesta il corso di formazione sul campo “Prevenzione del rischio da sovraccarico della colonna vertebrale: ergonomia della movimentazione dei pazienti e utilizzo degli ausili” , progettato nel 2007. Nel settembre 2008 è iniziata l’attività di formazione, secondo questo progetto, presso le UU.OO. di Geriatria, Chirurgia e Ortopedia, Emodialisi del P.O. di Cles;
 - *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da chemioterapici antitumorali.* È stato completato l’inserimento dei sistemi di infusione a più vie a circuito chiuso. È stato progettato il corso di formazione “La somministrazione dei farmaci ad alto rischio (chemioterapici antitumorali e altri) e dei farmaci biologici a bersaglio mirato”; del corso sono state svolte 4 edizioni; destinatari: dirigenti sanitari, personale infermieristico addetto alla somministrazione delle chemioterapie, tecnici di laboratorio biomedico delle farmacie;
 - *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da radiazioni.* Per quanto riguarda le radiazioni ionizzanti è proseguita la formazione dei radio esposti (Dlgs. 187/2000) con 4 edizioni del corso progettato negli anni scorsi; per quanto riguarda le radiazioni non ionizzanti, il nuovo D. Lgs. 81/2008 ha posticipato al 2012 gli obblighi inizialmente previsti nel 2008, per cui il gruppo ha posticipato ai prossimi anni alcune iniziative previste per quest’anno;
 - *Gruppo Tecnico Aziendale DPI.* Il gruppo ha elaborato il capitolato tecnico per la gara aziendale di acquisto dei DPI, attualmente in corso e ha proseguito nel lavoro di definizione dei DPI idonei associati alle varie attività in relazione ai rischi valutati nei DVR delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e Blocchi operatori;
 - *Gruppo Tecnico Aziendale: Rischio da agenti fisici.* Il gruppo è stato istituito con deliberazione del Direttore Generale n. 1469 di data 26/11/2008; il gruppo si occuperà dei rischi rumore, ultrasuoni, infrasuoni, vibrazioni meccaniche, microclima, atmosfere iperbariche; i campi elettromagnetici e le radiazioni ottiche artificiali (laser) rimarranno in capo al gruppo sul rischio da radiazioni;
- ▶ *Radiazioni ionizzanti:* per quanto riguarda l’ottimizzazione del loro impiego, le attività principali svolte dall’Esperto Qualificato sono state le seguenti:
- *per i lavoratori esposti:* valutazione rischi e classificazione lavoratori, raccolta ed elaborazione dati sui carichi di lavoro radiologico, gestione dosimetri personali e ambientali, gestione DPI (camici, copri tiroide, barriere), gestione schede dosimetriche personali, gestione archivio dosimetrico (2.523 anagrafiche);
 - *per le strutture fisiche (ambienti/locali):* progetti di radioprotezione per nuove installazioni radiologiche o di sorgenti radioattive (PS ortopedico del P.O. di Rovereto, Angiografia, nuova TAC multistrato del PS e nuova area PET-CT/SPECT-CT del P.O. S. Chiara), classificazione zone e apposizione di

relativa segnaletica, misure ambientali in tutti gli ambienti con impiego di radiazioni ionizzanti, gestione di tutta la documentazione relativa alle autorizzazioni;

- *per le apparecchiature radiologiche*: partecipazione alle gare di acquisto di nuove apparecchiature, organizzazione e gestione del programma di garanzia di qualità delle apparecchiature, gestione archivio apparecchiature, gestione delle comunicazioni interne ed esterne in riferimento alle apparecchiature;
- ▶ *Risonanza Magnetica*: per quanto riguarda la sicurezza degli impianti (attualmente sono in funzione 3 apparecchi di RM ad alto campo e 1 a basso campo), l'attività dell'Esperto responsabile si è concentrata sulla partecipazione alla stesura dei progetti impiantistici della RM dei P.O. di Cles e Cavalese e sull'accettazione tecnica delle due apparecchiature;
- ▶ *Servizi di supporto ai datori di lavoro*: è proseguita l'attività del Comitato interno dei preposti (tecnici e manutentori), con particolare riferimento a:
 - macchine e attrezzature del SIST (programma di sostituzione/adequamento normativo);
 - linee guida aziendali per l'esecuzione in sicurezza della manovra di emergenza ascensore;
 - linee guida per l'applicazione in APSS del Titolo IV (Cantieri temporanei e mobili) del Dlgs. 81/2008);
- ▶ *Gestione delle emergenze*, in particolare dell'emergenza incendio: è proseguita l'attività di progettazione e svolgimento di esercitazioni specifiche, in particolare:
 - esercitazioni antincendio di reparto (16 e 21 gennaio 2008) e una di evacuazione (16 aprile 2008) eseguite presso il presidio ospedaliero S. Chiara; presso lo stesso presidio ospedaliero è stata eseguita anche 1 simulazione di reparto il 15 dicembre 2008;
 - una esercitazione antincendio di reparto (22 gennaio 2008) presso il presidio ospedaliero di Tione;
 - esercitazioni antincendio di reparto (10 aprile e 12 dicembre 2008) presso il presidio ospedaliero di Arco;
 - due simulazioni di reparto presso il presidio ospedaliero di Rovereto (2 e 3 dicembre 2008);
 - simulazioni di reparto anche presso il presidio ospedaliero di Borgo V. (17 e 24 novembre 2008; 1 dicembre 2008).
- ▶ *Controllo degli esiti degli interventi*: l'attività di controllo è stata esplicitata essenzialmente attraverso le seguenti attività:
 - visite agli ambienti di lavoro ex art. 25, Dlgs. 81/2008;
 - sopralluoghi in riferimento alle segnalazioni di rischio;
 - sopralluoghi per l'aggiornamento della valutazione dei rischi;
 - attività preliminare alla predisposizione del PASSL 2009.Gli esiti di queste attività sono confluite nel Consuntivo del PASS 2009;

- ▶ *Riesame periodico dell'intero processo:* il controllo sull'intero processo viene garantito dal SPP (NOPP, NOMC), la cui attività è costantemente monitorata anche da terzi in quanto, nell'ambito della certificazione ISO 9001:2000, è soggetto a verifiche di parte terza; il 3, 4 e 5 dicembre 2008 il NOPP e il NOMC hanno ricevuto la visita dell'organismo di certificazione finalizzata al rinnovo del certificato; la visita ha avuto esito positivo, per cui la certificazione è stata rinnovata per altri 3 anni. Il SIST, con l'individuazione al suo interno del referente per la sicurezza (che è anche RLS) e con la costituzione del Comitato dei preposti, ha messo in piedi una struttura organizzativa capace di monitorare le proprie attività in materia di sicurezza. Tutte le altre strutture interessate al processo hanno propri sistemi di monitoraggio delle attività svolte; manca il coordinamento a livello aziendale di tali attività, che verrà realizzato con il percorso di certificazione BS OHSAS 18001. Il riesame del sistema è stato svolto in sede di Conferenza dei datori di lavoro (25/9/2008; 18/12/2008) e nelle riunioni ex art. 11, Dlgs. 626/94 (ora ex art. 35, Dlgs. 81/2008), svoltesi il 5 febbraio 2009;
- ▶ *Attività di formazione dei lavoratori in materia di sicurezza:* la Tabella 5.2.8 evidenzia l'attività realizzata nel 2008.

TAB. 5.2.8 Formazione dei lavoratori in materia di sicurezza – Anno 2008.

CORSO	Edizioni	Personale formato
PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITÀ A RISCHIO DI INCENDIO ELEVATO	6	167 (+34)
LA RADIOESPOSIZIONE DEL PAZIENTE E DEL PROFESSIONISTA TSRM SECONDO IL D. LGS. 187/2000	4	145
VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA UTILIZZO DI AGENTI CHIMICI	1	37
LA SOMMINISTRAZIONE DEI FAR E DEI FARMACI BIOLOGICI A BERSAGLIO MIRATO	3	93
LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI AD ALTO RISCHIO E DEI FARMACI BIOLOGICI A BERSAGLIO MIRATO	1	32
SICUREZZA NELL'USO DEI CARRELLI ELEVATORI	1	15
SICUREZZA NELL'USO DEI TRANSPALLET	1	18
LA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E LA SICUREZZA DELL'UTENTE	2	59
LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE DI BASE NELL'ADULTO E LA DEFIBRILLAZIONE PRECOCE	41	605 di cui 125 interni e 480 appaltati
SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	6	34
FORMAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 135/90	2	19
UTILIZZO CLINICO DELL'ANTIBIOGRAMMA	1	129

Continua il trend di riduzione, sia pur lento, della percentuale degli infortuni occupazionali: dal 2002 al 2008 la percentuale è passata dal 7,54% al 5,74% (cfr. Tabella 5.2.9 e Tabella 5.2.10).

TAB. 5.2.9 Infortuni denunciati in APSS, per tipologia e per Distretto – Anni 2002-2008.

INFORTUNI DENUNCIATI	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PER TIPOLOGIA							
rischio biologico (esposizione a materiale biologico potenzialmente infetto)	290	262	253	206	167	234	205
conseguenti a incidente stradale o infortuni in itinere	43	42	39	63	69	56	57
traumatismi di varia natura (cadute, distorsioni, lesioni da sforzo per movimentazione carichi, ecc.)	94	81	138	120	140	94	129
ferite da taglio e da punta	12	22	14	23	26	9	15
altro o non specificato (ustioni, ecc.)	59	45	12	10	15	7	0
aggressione (da agito aggressivo)						8	9
Totale	498	452	456	422	417	408	415
PER DISTRETTO							
Distretto Giudicarie e Rendena	24	19	23	20	10	10	15
Distretto di Trento	16	17	21	16	17	17	23
Distretti valli di Non e Sole	14	21	23	20	37	16	18
Direzioni Centrali	6	11	29	24	25	21	19
Distretti Fiemme e Fassa	26	30	25	23	24	13	20
Ospedale di Trento	228	182	174	169	151	155	113
Ospedale di Rovereto	69	91	56	71	70	83	99
Distretto Vallagarina	7	3	14	2	4	6	5
Distretto Alto Garda e Ledro	48	34	37	41	35	38	38
Distretto Alta valsugana	14	12	23	15	19	12	17
Distretto Bassa Valsugana, Tesino e Primiero	37	24	24	14	21	12	13
Dipartimento Medicina di Laboratorio	9	6	7	5	4	9	7
Dipartimento Radiodiagnostica	0	2	0	2	0	4	0
Dipartimento di Anestesia e Rianimazione					0	12	28
Totale	498	452	456	422	417	408	415

TAB. 5.2.10 Infortuni occupazionali. Andamento anni 2002-2008.

ANNO	Numero dipendenti	Numero infortuni	%
2002	6.606	498	7,54
2003	6.739	452	6,71
2004	6.744	456	6,76
2005	6.795	422	6,21
2006	6.933	417	6,01
2007	7.045	408	5,79
2008	7.228	415	5,74

Nelle Tabelle 5.2.11a e 5.2.11.b sono riportati in dettaglio i numeri degli infortuni occupazionali nell'anno 2008.

TAB. 5.2.11a Infortuni occupazionali, per tipologia e sede – Anno 2008.

Prima parte

Tipologia degli infortuni	Alto Garda	Giudicarie	Direzione Igiene	Valle di Non	Bassa Valsugana e Primiero	Alta Valsugana	Laboratorio	Distretto Trento	Direzione Cura	(TOTALE)
Rischio biologico (esposizione a materiale biologico potenz. infetto)	20	5	0	12	9	9	5	3	0	(205)
Conseguenti a incidente stradale o infortuni in itinere	4	3	0	0	0	0	0	8	0	(57)
Traumatismi di varia natura, di cui:	14	7	3	6	3	2	2	10	0	(129)
<i>lesioni da sforzo per movimentaz. di carichi inanimati</i>	6	0	0	0	1	0	0	2		(19)
<i>cadute e scivolamenti</i>	0	3	3	3	0	2	2	4		(32)
<i>distorsioni</i>	3	0	0	2	0	0	0	2		(14)
<i>schiacciamento</i>	2	1	0	0	1	0	0	1		(9)
<i>altro</i>	3	3	0	1	1	0	0	1		(55)
Ferite da taglio e da punta	0	0	0	0	1	1	0	1	0	(15)
Altro o non specificato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(0)
Aggressione (da agito aggressivo)	0	0	0	0	0	5	0	1	0	(9)
TOTALE	38	15	3	18	13	17	7	23	0	(415)

TAB. 5.2.11b Infortuni occupazionali, per tipologia e sede – Anno 2008.
Seconda parte

Tipologia degli infortuni	Distretto Fiemme	Dir. Approvvig.	Distretto Vallagarina	Ospedale Trento	Ospedale Rovereto	Direzione Generale	Direzione Personale	Radiodiagnostica	Anestesia	TOTALE
Rischio biologico (esposizione a materiale biologico potenz. infetto)	4		2	60	51	0	7	0	18	205
Conseguenti a incidente stradale o infortuni in itinere	0	2	0	24	13	0	1	0	2	57
Traumatismi di varia natura, di cui:	5	5	3	29	32	0	0	0	8	129
<i>lesioni da sforzo per movimentaz. di carichi inanimati</i>	1	1	0	3	5		0	0	0	19
<i>cadute e scivolamenti</i>	3	2	1	0	9		0	0	0	32
<i>distorsioni</i>	0	1	1	0	1		0	0	4	14
<i>schiacciamento</i>	1	1	0	0	2		0	0	0	9
<i>altro</i>	0		1	26	15		0	0	4	55
Ferite da taglio e da punta	10	1	0	0	1	0	0	0	0	15
Altro o non specificato	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Aggressione (da agito aggressivo)	1		0	0	2	0	0	0	0	9
TOTALE	20	8	5	113	99	0	8	0	28	415

I progetti e le attività di livello aziendale di seguito elencati, in corso nel 2008, hanno la caratteristica di trasversalità rispetto ai sottoprocessi precedentemente descritti, che costituiscono il processo di gestione del personale.

► **Programma di Sviluppo delle Risorse Umane**

Progetto di miglioramento e sviluppo dei sistemi e metodi di gestione delle risorse umane dell'APSS, sulla base di una definizione di un modello dei ruoli e delle relative competenze. Il progetto comprende la selezione e implementazione di un sistema informativo aziendale integrato di gestione delle risorse umane, per una maggiore automazione dei processi, anche in una logica di "self-service".

- Implementazione del nuovo software integrato di gestione del personale secondo le specifiche definite in conclusione della prima fase di "disegno organizzativo".

- Estensione del modello di sviluppo delle competenze ad altri ruoli (dirigenti e responsabili amministrativi, coordinatori, dirigenti medici).
 - Applicazione del nuovo modello professionale: definizione dell'organigramma nel nuovo software con precisazione dei ruoli e delle posizioni; utilizzo dei nuovi profili di ruolo nei processi di acquisizione, sviluppo, formazione, ecc.
 - Realizzazione incrementale dei processi "a tendere", anche in base alla disponibilità del nuovo software integrato.
 - Integrazione tra il piano della formazione biennale (aggiornato annualmente), i piani di sviluppo personalizzati (per i ruoli previsti) e i piani formativi individuali.
 - Evoluzione dall'attuale organizzazione dei servizi del personale (a livello centrale e periferico) a un'organizzazione a tendere definita in modo da assicurare: i) continuità dell'esistente; ii) presidio del nuovo; iii) applicazione ottimale del sistema informativo.
- *Progetto PerLa*
- Progetto sperimentale di flessibilità dell'orario di lavoro e di telelavoro, presentato al Ministero del Lavoro ai sensi dell'art. 9 della legge n.53 del 2001, che ha come finalità quella di permettere la conciliazione tra vita lavorativa e vita personale dei dipendenti.
- Avvio della sperimentazione degli orari di lavoro personalizzati e del telelavoro sulla base del programma, formazione e contratti definiti nel 2008 ed eventuale estensione ad altri ambiti organizzativi.

5.2.4 LA GESTIONE DELLE RISORSE E DELLE ALLEANZE

GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

La finalità del processo è quella di garantire all'Azienda sanitaria una corretta ed equilibrata gestione delle risorse.

La "gestione finanziaria" all'interno di un'azienda si riferisce – nel significato tecnico – alla gestione del cash flow e quindi al governo del solo processo di finanza inteso come equilibrio tra le entrate e le uscite monetarie. La gestione delle risorse finanziarie va intesa, con riferimento all'APSS, come gestione complessiva dei "mezzi" a disposizione e, quindi, anche delle risorse patrimoniali ed economiche.

Il *mantenimento dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale* costituisce per l'Azienda sanitaria un vincolo derivante dalla normativa nazionale di riforma sanitaria che pone la fattispecie del "grave disavanzo" fra le cause di risoluzione del contratto del Direttore Generale: in ragione delle responsabilità che pone direttamente in capo alla Direzione Generale, il processo è ben presidiato a tutti i livelli attraverso i diversi meccanismi di controllo di seguito descritti e analizzati:

- *Risorse del Fondo Sanitario Provinciale di parte corrente e equilibrio economico*: la maggior parte delle risorse finanziarie è garantita dal Fondo Sanitario Provinciale (FSP) che distingue i finanziamenti “di parte corrente” da quelli per le “spese d’investimento”. Il FSP di parte corrente rappresenta la quasi totalità delle risorse a disposizione dell’Azienda, circa il 94% del totale; tale dimensione è storicamente consolidata in quanto negli anni le variazioni sono contenute in frazioni di unità percentuale. Ciò conferma che *l’Azienda sanitaria è un “ente a finanza tipicamente derivata” la cui fonte è originata dalla fiscalità generale.*

L’attribuzione della quota del FSP è effettuata – ai sensi dell’art. 7 della legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 – dalla Giunta Provinciale in coerenza con le risorse disponibili nell’ambito del Bilancio annuale e pluriennale della Provincia Autonoma di Trento.

Il provvedimento di assegnazione è particolarmente dettagliato nella definizione dei costi e dei ricavi previsionali che hanno determinato l’assegnazione: è evidente, pertanto, che *il raggiungimento di un risultato di equilibrio dipende in gran parte dalla congruità delle risorse stanziare su detto FSP*, tenuto conto della relativa modesta rilevanza, in termini relativi, dei ricavi propri.

Inoltre, sul fronte dei costi, si è soliti distinguere la *spesa “amministrata”* – che ricomprende tutte quelle voci che l’Azienda amministra senza possibilità di incidere, essendo le relative dinamiche decise all’esterno (contratti di lavoro, convenzioni, tariffe delle cliniche accreditate, imposte, ecc.) – dalla *spesa “gestita”* che riguarda la componente di spesa sulla quale vi è un’effettiva possibilità di gestione (in particolare la spesa per i beni e servizi, le variazioni nel numero del personale e nella relativa composizione).

La capacità di raggiungere l’equilibrio economico è però garantita anche dal fatto che all’interno dell’Azienda sono stati sviluppati diversi strumenti gestionali di fondamentale importanza per tale scopo fra i quali, in particolare, le periodiche elaborazioni (a inizio anno trimestrali, a fine esercizio mensili) del Servizio Bilancio e Contabilità sulle proiezioni a finire dei costi e ricavi: dette proiezioni sono elaborate anche attraverso l’utilizzo dei c.d. *“budget trasversali”* che incrociano i report di costo per Centro di Responsabilità, elaborati nell’ambito del processo di pianificazione e controllo, con quelli dei programmi di spesa, diretti a monitorare l’andamento, anziché per utilizzatore, per ordinatore di spesa.

Anche nell’anno 2008 è stato elaborato il *“bilancio semestrale”*⁶⁰ – come ulteriore strumento di verifica e controllo sull’equilibrio economico – che viene redatto con gli stessi criteri con cui viene elaborato il bilancio d’esercizio e, quindi, con il calcolo delle c.d. poste di assestamento, rettifica e integrazione anche se il tutto avviene, ovviamente, in ambito extracontabile.

⁶⁰ Introdotto con l’esercizio 2006.

- ▶ *Gestione del bilancio*: il processo di gestione del bilancio risulta puntualmente normato in quanto la legge provinciale n. 10/93 ne individua le diverse fasi. In sintesi, entro fine anno l'Azienda sanitaria deve adottare il bilancio di previsione per l'anno successivo e il bilancio pluriennale; tale documento deve essere formulato in equilibrio. Eventuali successive assegnazioni di Fondi dalla Provincia sono recepite con provvedimenti di variazione. È importante rilevare che negli ultimi anni la Provincia ha eliminato la c.d. fase di "assestamento del bilancio" per responsabilizzare fin dall'inizio tutte le strutture e tutti gli enti funzionali sulla definitività delle risorse stanziare: in linea generale non vi è più la possibilità di avanzare richiesta di risorse aggiuntive a ripiano di spese ulteriori. Anche nel caso dell'APSS le ulteriori assegnazioni riguardano generalmente l'attribuzione di quote di fondi derivanti da finanziamenti statali (es. farmacovigilanza, procreazione assistita, progetti di ricerca, ecc.), ovvero lo storno di quote all'interno del Fondo Sanitario Provinciale dalle spese dirette della PAT a quelle dell'Azienda sanitaria. Tale regola può dirsi confermata anche nell'anno 2008 in quanto al provvedimento di riparto del Fondo Sanitario Provinciale iniziale è stata disposta l'integrazione complessiva di 13,9 milioni di euro e quindi dallo stanziamento iniziale di 957,6 milioni si è passati a 971,5 milioni. La quota di finanziamento riservata all'Azienda è stata pari a 962,6 milioni di euro. I provvedimenti di adozione del bilancio preventivo e del bilancio consuntivo (bilancio d'esercizio) sono corredati dal parere di regolarità tecnico-contabile del Collegio dei Revisori dei Conti e sono approvati dalla Giunta Provinciale. In particolare l'Organo di controllo redige la propria relazione sulla base delle linee guida predisposte dalla Corte dei Conti e approvate dalla Giunta provinciale. Le variazioni di bilancio sono adottate con deliberazione del Direttore generale. Le diverse fasi di gestione del bilancio sono quindi strutturalmente definite e presidiate dagli Organi di vigilanza.
- ▶ *Risorse finanziarie*: particolarmente importante, per la corretta gestione aziendale, è l'equilibrato andamento dei flussi finanziari. Posto che, come detto, la gran parte delle risorse a disposizione derivano dalle quote di finanziamento del FSP, l'equilibrio finanziario è in prevalenza determinato dalla regolarità con cui vengono trasferite le erogazioni provinciali. Trimestralmente l'Azienda provvede a formulare alla Provincia il *fabbisogno di cassa* sulla base del provvedimento di assegnazione disposto dalla Giunta Provinciale: il trasferimento avviene in acconto nella misura dell'85% del finanziamento, fatta eccezione per il livello assistenziale territoriale e per quello dei livelli sanitari aggiuntivi erogati nella misura del 100%. Il saldo è trasferito nell'anno successivo sulla base delle rendicontazioni per l'attività ospedaliera, per l'attività specialistica e per le strutture accreditate. Anche i finanziamenti per i progetti specifici è disposta a seguito di presentazione delle rendicontazione degli oneri sostenuti. L'erogazione avviene all'interno del sistema di Tesoreria provinciale mediante prelevamento giornaliero del Servizio Bancario aziendale sulla base dell'effettivo sbilancio di giornata.

A partire dal 2008, al fine di limitare al minimo le giacenze sul sottoconto di tesoreria provinciale, l'erogazione mensile da parte della Provincia avviene per decadi in concomitanza con le principali scadenze di pagamento. Nel corso del 2008 il Servizio Bancario ha prelevato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di 1.029,6 milioni di euro, con un incremento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente del 7,73% (Tabella 5.2.12).

TAB. 5.2.12 Erogazioni provinciali di cassa – Anni 2002-2008. In milioni di euro.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
720,8	848,8	834,0	840,3	908,3	955,7	1.030

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 2008 è stato mediamente pari a 158 giorni (superiore a quello registrato nel 2007). Il puntuale monitoraggio dell'equilibrio finanziario ha consentito anche nel 2008 di pagare puntualmente i fornitori, senza alcun addebito di interessi moratori per ritardato pagamento. L'Azienda sanitaria trentina risulta ai vertici della classifica nazionale nella puntualità di pagamento ai fornitori. L'indice di dilazione risulta nel 2008 pari a 66 giorni. Nel corso del 2008 l'Azienda ha attivato l'anticipazione di cassa del servizio bancario soltanto per alcuni giorni e per importo limitato nel corso del mese di dicembre per consentire il puntuale pagamento degli oneri stipendiali nelle more dei trasferimenti provinciali.

- *Risorse del Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale*: le iniziative di investimento sono in generale finanziate dal FSP di parte capitale e, in via residuale, da risorse per progetti di sperimentazione/ricerca.

I finanziamenti sono articolati e distinti per le attrezzature sanitarie, per le attrezzature tecnico economiche, per i presidi e per i lavori.

Il provvedimento di finanziamento per le spese di investimento approvato dalla Giunta provinciale identifica dettagliatamente le tipologie di immobilizzazioni e di lavori finanziati, fatta eccezione per alcuni importi residuali destinati alle spese indistinte. L'erogazione dei fondi avviene a consuntivo mediante rendicontazione delle spese sostenute nell'ambito di ciascun intervento finanziato con evidenza – attraverso apposita modulistica approvata dalla stessa Giunta provinciale – del fornitore, degli identificativi della fattura, dell'importo e del mandato di pagamento. Soltanto per i lavori è possibile richiedere il versamento di una anticipazione nella misura massima dell'80% della spesa finanziata. La rendicontazione degli investimenti eseguiti risulta particolarmente onerosa sotto il profilo degli adempimenti amministrativi anche perché richiede l'intervento di diversi Servizi aziendali competenti a gestire il processo (Servizio Immobili, Servizio Approvvigionamenti, Servizio

Bilancio, Servizio Finanza). L'entità dei finanziamenti in conto capitale (in milioni di euro) disposti dalla PAT sono visualizzati nella Tabella 5.2.13.

TAB. 5.2.13 Finanziamenti in conto capitale – Anni 2002-2008. In milioni di euro.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Attrezzature sanitarie	7,9	10,5	20,2	13,0	7,0	9,6	10,2
Attrezzature economali	6,4	5,4	7,7	6,0	8,7	5,0	6,2
Presidi protesici	2,2	3,1	4,0	3,0	3,5	3,0	3,0
Lavori	44,2	40,9	16,6	10,7	14,2	44,2	22,5
Totale APSS	60,7	59,9	48,5	32,7	33,4	61,8	41,9
Spese P.A.T	26,4	13,2	20,5	7,8	8,5	24,5	21,7
Totale generale	87,1	73,1	69,0	40,5	41,9	86,3	63,6

La legge provinciale n. 11/2006 (Finanziaria 2007) ha previsto un modello innovativo di finanziamento degli investimenti – attraverso la nuova società denominata “Cassa del Trentino S.p.A.” – che eroga i finanziamenti per conto della Provincia a fronte di contributi in conto capitale o in annualità: a partire dall'esercizio 2007, detto modello è stato utilizzato anche per il finanziamento di parte degli interventi di edilizia sanitaria da realizzare a cura dell'Azienda sanitaria. Per questi finanziamenti l'APSS formula richiesta di fabbisogni trimestrali a Cassa del Trentino S.p.A. fino a un massimo del 90% del contributo concesso. Nell'esercizio 2007 le quote di lavori finanziati attraverso la nuova modalità è pari a 31,9 milioni di euro e, rispetto ai medesimi, a fine lavori dovrà essere presentata al Servizio Economia e Programmazione Sanitaria della Pat la rendicontazione finale entro i termini previsti dalla disciplina dei lavori pubblici.

- **Risorse da Autofinanziamento:** le risorse da autofinanziamento rappresentano soltanto il 5-6% del totale anche se costituiscono, in termini assoluti, un importo di tutto rilievo (pari, per il 2008, a 37 milioni di euro). Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i servizi vari a imprese ed enti (le tre voci costituiscono oltre il 76% del totale). Dal punto di vista tariffario la competenza dell'Azienda riguarda unicamente la gestione della libera professione in quanto tutte le altre voci (prestazioni della specialistica ambulatoriale, Igiene e sanità pubblica, degenza ospedaliera a favore di stranieri) sono tariffate da nomenclatori approvati dalla Giunta Provinciale.

Nel corso del 2008, la Giunta provinciale ha modificato il *tariffario della specialistica* (limitatamente all'inserimento di talune prestazioni della branca di senologia e di medicina fisica) che non hanno avuto effetti sulla compartecipazione da parte dei cittadini, e il tariffario di igiene e sanità

pubblica (per l'eliminazione di alcune voci e per l'inserimento della vaccinazione HPV). Nel corso del 2008 si sono registrati gli effetti dell'abolizione di numerose *certificazioni di sanità pubblica* con impatto sui ricavi propri per una ammontare di ca. 0,5 milioni di euro.

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. Ciò nonostante le azioni dirette a performare ed efficientare i processi di riscossione posti in essere nel corso del 2008 sono state comunque significative. I controlli sulle esenzioni per patologia, estesi a tutte le malattie rare, consentono di verificare in tempo reale la titolarità con trattamento uniforme in tutti gli sportelli aziendali. Nel corso del 2008, i controlli sulle esenzioni per patologia hanno consentito un recupero di ticket di 834 mila euro. Per quanto riguarda la possibilità di intercettare posizioni creditorie in tutti gli sportelli aziendali, si rileva che, nell'anno 2008 sono stati riscossi crediti "a incaglio" per un importo totale di oltre 22 mila euro; va evidenziato, relativamente a tale ultimo aspetto, che oltre all'introito del credito, vi è un notevole risparmio in termini di attività amministrativa per le attività di recupero coattivo delle entrate. Relativamente al monitoraggio degli andamenti sui ricavi propri si precisa che mensilmente viene prodotto specifico report con tutti gli andamenti e le proiezioni a finire. Nel corso del 2008 è stato predisposto il progetto e l'analisi per la gestione dei contratti attivi che consente di attivare la funzione di compensazione di crediti APSS scaduti al momento dell'emissione dei mandati di pagamento nel caso di contemporanea esistenza di debiti e crediti nei confronti del medesimo soggetto.

- ▶ *Risorse per progetti finanziati da terzi*: ogni anno l'Azienda partecipa attivamente a progetti di ricerca finanziati da Enti esterni con indubbi vantaggi in termini di conoscenze acquisite dal personale dedicato, ma anche in termini di motivazione e valorizzazione delle risorse interne a iniziative di valenza anche nazionale se non addirittura internazionale. 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 delle relative pezze di appoggio. Nel corso degli ultimi anni è stata sviluppata, nell'ambito del sistema contabile, la gestione c.d. per "commessa" al fine di consentire una migliore individuazione dei costi riferibili a una certa iniziativa al fine di ottimizzare le procedure di rendicontazione dei progetti finalizzati. Nel corso dell'esercizio è stata affiancata la borsista incardinata presso la Direzione Cura e Riabilitazione per la gestione delle diverse attività connesse al processo di monitoraggio dei progetti di ricerca. Le funzioni saranno completamente trasferite in coerenza con la stabilizzazione del personale presso tale direzione. I finanziamenti per contributi finalizzati e progetti di ricerca sono elencati in Tabella 5.2.14.

TAB. 5.2.14 Finanziamenti per contributi finalizzati e progetti di ricerca – Anni 2006-2008.

	2006	2007	2008
CONTRIBUTI FINALIZZATI PAT	370	605	369
PROGETTI FINALIZZATI ALTRI ENTI	1.248	1.054	1.189

- *Gestione dei rischi finanziari*: all'interno dell'Azienda la gestione dei rischi finanziari è fondata su tre pilastri principali ⁶¹:
1. *il sistema di Tesoreria provinciale*: realizza un complesso integrato di gestione di tutta la finanza locale provinciale che consente al Servizio Bancario dell'Azienda di prelevare giornalmente il fabbisogno finanziario sulla scorta delle effettive necessità. La Provincia, quale Ente sovraordinato, evita inoltre di ricorrere ad anticipazioni di cassa per finanziare a inizio periodo gli enti funzionali in momenti in cui non vi è reale necessità. Tale sistema ha garantito fin dalla costituzione dell'Azienda (ma anche in precedenza all'epoca delle USL) la regolarità nella erogazione dei flussi finanziari, e soltanto per sfasature tecniche nell'erogazione dei fondi vi è stata necessità per alcuni giorni, nel 2007 e nel 2008, di ricorrere all'anticipazione del Servizio Bancario, peraltro per importi limitati.
 2. *il sistema di assicurazione per i rischi RCT*: Per le Aziende sanitarie la tematica della copertura assicurativa per i rischi da responsabilità civile costituisce una problematica di sempre maggiore criticità in quanto gli incrementi dei sinistri e delle richieste di risarcimento hanno determinato negli ultimi anni una esplosione degli oneri per i premi richiesti dalle compagnie. In talune realtà, addirittura, vi è la difficoltà a trovare la compagnia disposta a fornire la copertura assicurativa. In APSS il "progetto assicurativo" è riferito a tre aree di rischio: a) la responsabilità civile verso terzi; b) le assicurazioni dei dipendenti/collaboratori; c) le responsabilità per danni ai beni. Per le responsabilità civili i massimali per singolo sinistro e persona sono pari 11 milioni di euro (assicurazione di primo e secondo rischio). Già a partire dal secondo trimestre 2007 è stata prevista una polizza RC patrimoniale per danni non materiali subiti da terzi. Per i dipendenti e collaboratori sono attive le polizze infortuni, oltre alla polizza INAIL obbligatoria, in funzione di particolari rischi connessi all'attività svolta da talune categorie di lavoratori. Nella polizza per il danno ai beni sono assicurati tutti i beni mobili e immobili di proprietà o in uso all'Azienda, ove esista un interesse all'assicurazione.

⁶¹ Il rischio finanziario appare all'interno dell'Azienda adeguatamente coperto e come tale non necessita di interventi correttivi, anche se l'equilibrio complessivo è fondamentalmente condizionato dalla congruità delle risorse rese disponibili dalla Provincia Autonoma di Trento.

3. *l'accantonamento annuale ai Fondi rischi per eventuali eventi non coperti da assicurazione*⁶²: annualmente l'Azienda procede a effettuare degli specifici accantonamenti all'apposito fondo rischi per l'eventuale copertura delle c.d. "passività potenziali", ossia per eventi che potrebbero determinare a carico dell'Ente esborsi monetari futuri. A fine anno l'ammontare di tale fondo è pari a 4,8 milioni di euro.

Con tali presupposti il rischio finanziario appare all'interno dell'Azienda adeguatamente coperto e come tale non necessita di interventi correttivi, anche se l'equilibrio complessivo è fondamentalmente condizionato dalla congruità delle risorse rese disponibili dalla Provincia Autonoma di Trento. Si evidenzia, inoltre, che *non vi sono operazioni fuori bilancio e operazioni in derivati, nemmeno a copertura.*

GESTIONE DEGLI IMMOBILILI (INTERVENTI SULLE STRUTTURE)

La finalità del processo è quella di garantire la disponibilità e la funzionalità degli immobili necessari all'APSS per lo svolgimento della sua attività presente e futura.

La gestione patrimoniale riguarda sostanzialmente le seguenti attività:

- ▶ contatti con i Distretti al fine di dare soluzione a problemi di reperimento di spazi esterni;
- ▶ rapporti con soggetti terzi per la definizione dei contratti di locazione;
- ▶ predisposizione dei relativi contratti di locazione / comodato / convenzioni;
- ▶ redazione di perizie di stima;
- ▶ raccolta dei dati relativi all'immobile (abitabilità, visure catastali, ecc.);
- ▶ analisi dei costi parametrici dei Presidi Ospedalieri;
- ▶ gestione dei pagamenti inerenti i contratti: affitti, rimborsi spese condominiali, rimborsi spese varie;
- ▶ registrazione dei contratti e successiva gestione;
- ▶ verifica scadenze e gestione rinnovi contrattuali;
- ▶ gestione delle utenze: attivazione, disdetta, pagamento (utenze Energia, gas, acqua al 31 dicembre 2008 n. 268 contratti);
- ▶ predisposizione per il pagamento delle fatture inerenti le utenze e i contratti;
- ▶ gestione contratti (acquisto, vendita, convenzioni) beni di proprietà;
- ▶ predisposizione fine anno della documentazione di bilancio inerente i beni di proprietà, gli impianti, e i beni di terzi;

⁶² Per le Aziende sanitarie la tematica della copertura assicurativa per i rischi da responsabilità civile costituisce una problematica di sempre maggiore criticità in quanto gli incrementi dei sinistri e delle richieste di risarcimento hanno determinato negli ultimi anni un'esplosione degli oneri per i premi richiesti dalle compagnie. In talune realtà, addirittura, vi è la difficoltà a trovare la compagnia disposta a fornire la copertura assicurativa.

- ▶ raccolta e trasmissione di dati amministrativi o contabili richiesti al Servizio Immobili e Servizi Tecnici;
- ▶ gestione in formato pdf dei documenti principali inerenti i beni di proprietà e di tutti i documenti inerenti i beni di terzi;
- ▶ rapporti con l'economia sanitaria per quanto riguarda il patrimonio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e gli immobili a destinazione sanitaria di Enti terzi;
- ▶ raccolta dati per il bilancio sociale;
- ▶ predisposizione delle delibere relative alle attività sopra indicate.

La gestione informatizzata permette inoltre di inviare annualmente i conteggi necessari per la registrazione di bilancio di fine esercizio.

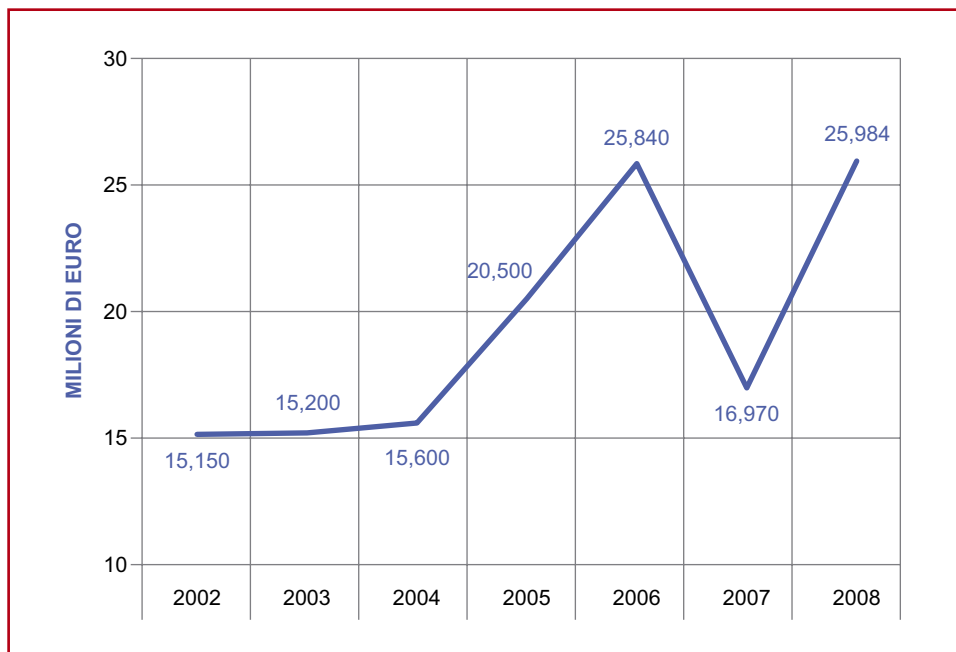
Nel corso del 2008 sono state implementate le seguenti azioni e attività:

- ▶ *raccolta e valutazione dei fabbisogni connessi agli immobili relativi a esigenze funzionali, di sicurezza, di manutenzione e di adeguamento*: il procedimento ha riguardato la raccolta dei fabbisogni, l'analisi e la classificazione, la valutazione e scelta degli investimenti e interventi realizzabili, la trasmissione alla PAT della bozza di piano e infine l'approvazione formale a seguito del finanziamento PAT. Da tutte le Direzioni di Distretto, Ospedale, Dipartimento e Direzioni Centrali e dal N.O. Prevenzione e Protezione sono state raccolte le esigenze di edilizia per il 2008 indicando in particolare oltre alla descrizione dell'intervento le motivazioni dello stesso, la priorità e il costo presunto. Analogamente dai Responsabili di Zona e di Settore e dai Dirigenti del SIST sono state acquisite le esigenze relative alle grandi opere e alle necessità proprie del Servizio (messa a norma, manutenzione...). Per il 2008 sono stati quindi individuati e classificati fabbisogni per complessivi 56.745.091 euro. La Provincia ha posto per il 2008 come vincolo di bilancio il finanziamento di opere in conto capitale per 22.525.000 euro. Come risulta dalla delibera del DG n. 1468 del 12.12.2007, è stato quindi approvato il piano aziendale di edilizia sanitaria per l'anno 2008, previa discussione nel Comitato dei Direttori, compatibile con il finanziamento assegnato. Il piano edilizia sanitaria per il 2008 prevede: euro 15.932.523 a copertura di opere che si riferiscono a impegni in corso ed euro 6.592.477 a copertura di nuove opere minori; complessivamente il piano edilizia prevede opere per un valore totale pari a 175.919.230 euro;
- ▶ *scelta tra le diverse modalità di realizzazione e acquisizione degli immobili*: le scelte in oggetto sono determinate dalla programmazione sanitaria provinciale che finanzia le opere che dovranno essere realizzate;
- ▶ *gestione in proprio e in interfaccia con la PAT della realizzazione delle opere (costruzione ex novo, ristrutturazione, altro)*: la programmazione, attuata secondo le direttive aziendali, delle opere finanziate in conto capitale determina i piani edilizi da realizzare; le macrofasi del processo di attuazione di ogni singola opera sono le seguenti: analisi delle esigenze, progettazione

(fattibilità, preliminare, definitiva, esecutiva), validazione e approvazione del progetto, gara e affidamento dei lavori, realizzazione, collaudo dell'opera. Ogni fase coinvolge una pluralità di soggetti (interni ed esterni all'Azienda) con il coordinamento generale del Responsabile di Procedimento (Project Manager) mediante la propria struttura organizzativa. A seguito dell'approvazione del piano edilizia il Responsabile del SIST provvede a nominare i Responsabili di Procedimento delle opere. Nella fase di realizzazione può inserirsi un processo analogo (fasi 1-6) per varianti in corso d'opera con significativa influenza sul processo globale.

Il coordinamento sulla singola opera avviene principalmente tramite riunioni verbalizzate tra le parti interessate in cui vengono decise le azioni da svolgere, gli attori e i tempi. Il monitoraggio complessivo avviene mediante la suddivisione dei lavori in commesse e registrazione dei dati economici e amministrativi di ogni commessa. Le opere di maggior rilievo sono oggetto di apposita reportistica inviata semestralmente alla PAT. In aggiunta a questo nel 2008 su richiesta del competente Assessorato sono state monitorate separatamente alcune opere prioritarie per la PAT o per l'APSS. Come previsto dalla legislazione sui Lavori Pubblici vi è l'obbligo di invio dei dati all'Autorità per la Vigilanza dei Lavori Pubblici presso l'Ufficio Osservatorio e Prezziario dei Lavori Pubblici della PAT. In tale ambito un indicatore utilizzato è l'importo liquidato delle realizzazioni in conto capitale. L'andamento negli anni è rappresentato nel Grafico 5.2.2.

GRAF. 5.2.2 Importo liquidato delle realizzazioni in conto capitale – Andamento 2002-2008



Dai dati registrati presso l'Autorità di Vigilanza è possibile desumere ulteriori indicatori rappresentativi dell'attività svolta, elencati nella Tabella 5.2.15.

TAB. 5.2.15 Opere registrate all'Autorità di vigilanza dei Lavori Pubblici – Anni 2007-2008.

ANNO 2007						
Opere	Importo a base di gara tra € 20.000 e € 150.000		Importo a base d'asta > di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €
In corso	111	5.672.670,39	32	66.649.736,28	143	72.322.406,67
di cui iniziate nell'anno	62	3.003.963,61	8	20.956.602,92	70	23.960.566,53
di cui concluse nell'anno	61	2.637.425,85	6	8.207.261,30	67	10.844.687,15
ANNO 2008						
Opere	Importo a base di gara tra € 20.000 e € 150.000		Importo a base d'asta > di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €	n°	base d'asta €
In corso	103	6.011.154,07	40	70.686.456,36	143	76.697.610,43
di cui iniziate nell'anno	55	3.018.402,67	14	12.243.981,38	69	15.262.384,05
di cui concluse nell'anno	45	2.263.777,18	9	7.187.083,80	54	9.450.860,98

Oltre alla reportistica di cui sopra semestralmente tramite il Nucleo Contratti e Amministrazione viene acquisita una tabella riportante gli indicatori di sintesi dell'attività amministrativa;

- ▶ *gestione dell'acquisizione di nuovi immobili* (acquisto, locazione, comodato d'uso): l'attività viene svolta su richiesta delle Direzioni interessate o per necessità determinate dai progetti di sviluppo e ampliamento delle strutture aziendali. Questo comporta una fase di valutazione della congruità del prezzo, un'analisi degli aspetti normativi e fiscali, e la predisposizione e/o verifica dei relativi contratti. Si riportano nella Tabella 5.2.16 alcuni dati e indicatori relativi all'attività svolta. Per fabbricati è da intendersi la porzione di edificio, il singolo edificio o il complesso di edifici (come nel caso dell'Ospedale di Pergine e di Borgo Valsugana);
- ▶ *copertura assicurativa degli immobili in uso*: il Servizio affari Generali provvede alla stipula delle coperture assicurative. Il SIST comunica i dati del patrimonio e dei cantieri necessari. Al fine di tutelare il proprio patrimonio l'APSS ha contratto con Assitalia S.p.A. una polizza danni ai beni c.d. "all risk". Tale copertura comprende tutti i danni materiali e diretti causati da qualsiasi evento, qualunque ne sia la causa, salvo quanto esplicitamente escluso, ai beni, anche di proprietà di terzi, mobili e immobili, costituenti le sedi, i depositi, gli ambulatori, gli uffici nei quali si svolgono le attività istituzionali dell'APSS. Nel 2008, sulla polizza all risk non sono stati denunciati sinistri

TAB. 5.2.16 Gestione degli immobili – Anni 2007-2008.

	2007			2008		
IN PROPRIETÀ						
Numero fabbricati	44			52(*)		
volume complessivo	1.336.161,00 mc			1.340.815,00 mc		
valore contabile 31/12	450.436.391,27 euro					
IMMOBILI IN USO						
Numero fabbricati	2			2		
Ubicazione	Casa del Sole – Ospedale di Tione			Casa del Sole – Ospedale di Tione		
Volume complessivo	70.649,95 mc			70.649,95 mc		
DI TERZI						
	Numero	Superficie mq	Spesa annua euro	Numero	Superficie mq	Spesa annua euro
Totale contratti	135	53.187,56	2.127.457,70	130	51.581,95	2.108.804,12
di cui attivati nell'anno	9	3.670,00	119.162,00	12(*)	1.115,00	11.595,00
di cui chiusi nell'anno	3	594,61	25.797,00	10	2.720,61	30.248,58
Costo medio mensile/mq	3,33			3,41		

(*) di cui 6 codici creati per la gestione di impianti 118 in convenzione PAT-Rai; gran parte si riferiscono a contratti di comodato gratuito.

relativamente agli immobili aziendali, fatta eccezione per i seguenti eventi, peraltro rientranti in franchigia di polizza:

- scassinamento porte, finestre e cassaforte poliambulatori S. Chiara (danni alla struttura 2.800,00 euro oltre all'IVA);
- scassinamento porte, finestre e cassaforte poliambulatori presidio ospedaliero Mezzolombardo (danni alla struttura 5.000,00 euro).
- Per quanto riguarda l'attività di property risk management, allo scopo di individuare e valutare i possibili rischi connessi alle attività e agli insediamenti e formulare, se del caso, specifici suggerimenti circa le azioni da intraprendere per migliorare il grado di protezione aziendale, gli interventi effettuati nel 2008 hanno riguardato le seguenti sedi di attività:
- l'analisi dei rischi relativamente al Centro Servizi Sanitari di Trento e ai poliambulatori ex Crosina Sartori di Trento;
- l'aggiornamento dell'analisi rischi precedentemente effettuata relativamente ai presidi ospedalieri S. Chiara di Trento e S. Maria del Carmine di Rovereto;
- preparazione delle schede sintetiche COPE, specializzate per l'attività sanitaria/ospedaliera, per gli edifici ospitanti gli ambulatori aziendali (esclusi quelli oggetto di specifica analisi sopraindicati) senza effettuazione di sopralluoghi.

- ▶ *gestione degli impianti degli immobili in uso*: attività necessaria a garantire il mantenimento e il funzionamento degli impianti degli immobili dell'Azienda secondo gli usuali criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Nel corso del 2008 è stata indetta la gara per il nuovo appalto "multiservice" che è stato elaborato secondo criteri moderni e innovativi rispetto all'attuale contratto di "gestione calore". In tale ambito per esempio sono stati previsti e saranno implementati i seguenti sistemi: Piano di manutenzione PM, Call Center, Centrale operativa, Telecontrolli, Sistema informativo con registrazione attività e reporting, Contabilizzazione.

Gli indicatori di risultato in tale ambito saranno quindi disponibili nei prossimi anni. Attualmente l'indicatore utilizzato è il costo a metro cubo ottenuto incrociando i dati del SIST con quelli forniti dal Servizio Controllo di Gestione;

- ▶ *gestione della manutenzione ordinaria e di pronto intervento degli immobili in uso*: dal 2007 è stata adottata la nuova procedura per la manutenzione ordinaria facendo chiarezza in merito al processo di gestione delle manutenzione dalla richiesta, alla validazione, all'ordine di lavoro, alla consuntivazione dell'intervento. Sono stati considerati con attenzione gli aspetti relativi alla sicurezza e alla tracciabilità del processo. Nel 2008 è stata seguita da parte dei responsabili l'implementazione di tale procedura. La gestione ordinaria degli immobili corrisponde alle seguenti voci contabili:

- materiali per manutenzioni e riparazioni e altro materiale di consumo (materiali per elettricisti, idraulici ...);
- manutenzioni in appalto degli immobili e pertinenze (manutenzione edifici, segnaletica ...);
- manutenzione in appalto degli impianti e macchinari (centrale termica, ascensori, impianti speciali ...);
- manutenzioni attrezzature (macchine stampa, sistemi antincendio ...);
- altre manutenzioni (aree verdi, vasche ...);
- appalto centrale termica e riscaldamento (gestione calore);
- altri servizi appaltati (sgombero neve, italspurgo ...);
- utenze energia elettrica e forza motrice, acqua, gas;
- spese per combustibili;
- spese per personale operatore tecnico.

L'attività viene svolta in parte in amministrazione diretta tramite il personale operatore tecnico del SIST (elettricisti, idraulici, caldaisti, falegnami ...) ammontante a n. 109 operai e in parte tramite ordinativi e contratti con Ditte esterne. Annualmente viene redatto dal Nucleo Patrimonio un riepilogo dei dati inerenti i costi di gestione aggregati secondo varie modalità ottenuto intrecciando i dati del SIST con quelli forniti dal Servizio Controllo di Gestione. La spesa complessiva nel 2007 sostenuta presso i Presidi Ospedalieri indicati nella tabella sotto è risultata pari a 16.964.739,29 euro, corrispondente a un valore medio di 15,46 euro/mc. Nel 2008 la spesa stimata al 31 dicembre risulta pari a 18.572.358,49

euro, corrispondente a un valore medio di 16,42 euro/mc. Si riporta di seguito un grafico riportante l'indicatore di costo a metro cubo suddiviso per area e tipologia e per anno. La stima del costo 2008 è stata effettuata secondo due modalità:

- per i costi inerenti le utenze e la gestione calore, che solitamente presentano consistenti conguagli a fine anno, è stato considerato il valore percentuale che solitamente tale conto raggiunge alla fine del mese di ottobre. Si è quindi rapportato il costo a oggi sostenuto la percentuale ottenuta.
- gli altri conti sono stati stimati considerando il valore registrato fino al 31 ottobre 2008 dieci dodicesimi della spesa prevista per il 2008.

Nella Tabella 5.2.17 si evidenziano i costi e le loro variazioni di pertinenza del Servizio Immobili e Servizi Tecnici nel triennio 2006-2008 (i valori del Presidio di Pergine Valsugana sono condizionati dall'aumento di volume del nuovo Villa Rosa);

TAB. 5.2.17 Costi di pertinenza del Servizio Immobili Servizi Tecnici – Anni 2006-2008. In euro/mc.

PRESIDIO	2006	2007	2008
Ex Ospedale Pschiatrico di Pergine	19,04	5,11	4,57
Presidio Ospedaliero Alto Garda	15,71	14,63	15,00
Presidio Ospedaliero di Ala	10,23	7,34	9,62
Presidio Ospedaliero di Cavalese	14,78	15,50	17,63
Presidio Ospedaliero di Cles	17,75	18,03	17,55
Presidio Ospedaliero di Rovereto	22,32	18,11	20,30
Presidio Ospedaliero di Tione	11,42	11,64	12,59
Presidio Ospedaliero di Borgo	8,53	8,57	10,10
Presidio Ospedaliero Santa Chiara	22,34	19,61	21,19
Presidio Ospedaliero San Giovanni	16,28	16,49	18,13
Presidio Ospedaliero Villa Igea	24,14	20,39	21,45
Presidio Ospedaliero Villa Rosa	6,85	7,79	8,76

- *verifiche periodiche di funzionamento/sicurezza degli immobili in uso:* per legge è necessario effettuare e registrare alcune verifiche tecniche (estintori, idranti e naspi, porte antincendio, armadi antincendio, rilevatori di fumo, segnaletica di sicurezza, evacuazione gas medicali, gruppi elettrogeni, gruppi di continuità, lampade di emergenza, impianti di terra, impianti protezione scariche atmosferiche, trasformatori di isolamento, ispezioni avio-superfici ...). L'entrata in vigore del DPR 462/01 obbliga l'affidamento delle verifiche elettriche a un ente terzo certificato con ispezioni periodiche sull'attività di manutenzione svolta. Per questioni di carattere legale è necessario registrare ed effettuare anche altri tipi di verifiche tecniche (percorsi, parti appese, vetri, parapetti ...). L'attività viene svolta dalle competenti unità organizzative del SIST sotto il coordinamento

del Nucleo Gestione Immobili in parte tramite il personale operatore tecnico del SIST in parte tramite ordinativi o contratti con Ditte esterne;

- ▶ *messa a disposizione di terzi degli immobili aziendali* (per esempio, gli ambulatori ai MMG e PLS): l'attività è stata regolarmente assicurata dal Nucleo Patrimonio del SIST in collaborazione con i Servizi Amministrativi dei Distretti;
- ▶ *sviluppo delle attività di monitoraggio per la valutazione e il riesame del processo da parte della direzione aziendale*: l'attività viene svolta mediante il controllo dei tabulati e degli indicatori sopra indicati e affrontando di volta in volta le situazioni critiche;
- ▶ *promuovere la sostenibilità ambientale nella progettazione, costruzione e gestione degli immobili APSS*: le centrali termiche di tutte le strutture sanitarie dell'APSS funzionano a metano già da anni. Alcune strutture aziendali sono già collegate agli impianti di teleriscaldamento funzionanti in provincia (Cavalese e Rovereto). Già a partire dal 2005 tutte le progettazioni e i lavori avvengono secondo le indicazioni provinciali relative agli edifici a basso consumo e a basso impatto ambientale⁶³.

⁶³ *Centro Servizi Sanitari di Storo*: si è pensato ad un sistema di impianti innovativo rispetto a quelli comunemente installati attraverso l'impiego di tecnologie di sfruttamento delle fonti alternative che permettono bassissimi costi di gestione unitamente a condizioni termiche e idrotermiche ideali.

Il sistema edificio/impianto prevede infatti:

- la tecnologia dell'accumulo inerziale: raccogliendo l'acqua calda in grossi contenitori si ottiene una maggiore durata nel tempo dei componenti dell'impianto, un minor consumo energetico, un minor inquinamento e l'ottimizzazione dei rendimenti di emissione e di distribuzione;
- la pompa di calore con pozzo di emungimento dalla falda: mediante un pozzo si è intercettata la falda a 90 metri di profondità in modo da pescare l'acqua a 10 °C di temperatura. Ciò abbinato a quattro pompe di calore rende l'edificio autonomo per il raffrescamento estivo e per il riscaldamento invernale con rendimenti notevolmente più alti rispetto a quelli tradizionali;
- il riscaldamento radiante in bassa temperatura: è stato scelto il sistema di riscaldamento (e raffrescamento estivo) radiante a pavimento che ben si combina con le tecnologie suddette ed il livello di confort risulta decisamente superiore rispetto a qualunque altro sistema tradizionale;
- i pannelli fotovoltaici: sono stati utilizzati sistemi a basso impatto visivo costituiti da strisce flessibili applicate su copertura in lamiera e quindi l'impatto visivo è decisamente ridotto rispetto ai sistemi tradizionali; ciò nell'intento di produrre energia elettrica a "costo zero" senza compromettere l'aspetto estetico dell'edificio. L'impianto ha una superficie di 170 metri quadri che producono 11 kw di energia elettrica per una produzione annua stimata di 11.700 kwh;

Asilo nido aziendale: è realizzato con materiali semplici e naturali (pannelli sandwich in legno) rivestiti esternamente con doghe verticali di larice naturale con ampi serramenti vetrati sul fronte prato. Le tecnologie di costruzione sono a secco e sono in linea con il modello CasaClima che coniuga ridotti consumi energetici, ottimizzazione dello sfruttamento della luce naturale e utilizzo di materiali eco-compatibili e comfort". Dal punto di vista energetico, il progetto ha ottenuto il livello di prestazione Gold secondo il protocollo "ITACA sintetico - TN1", adottato dalla Giunta provinciale nell'aprile 2007 per valutare la sostenibilità degli edifici (sono previste quattro classi di qualità: Certificato, Silver, Gold e Platinum) ed è il primo edificio realizzato nella nostra provincia conforme a tale protocollo. *Distretto Alto Garda e Ledro*: sono state sostituite unità di trattamento aria in grado di modulare la velocità di ogni singolo ventilatore secondo le richieste istantanee.

Già a partire dal 2006 l'APSS ha sottoscritto il protocollo di intesa con la PAT, il Comune di Pergine e alcune altre amministrazioni locali finalizzato alla realizzazione di un impianto di trigenerazione per la produzione combinata di energia elettrica, termica e frigorifera.

Gli interventi edilizi sulle strutture, realizzati nel 2008, sono riferiti a quattro grandi tipologie:

1. interventi edilizi – opere maggiori;
2. interventi edilizi – opere minori e interventi per la sicurezza;
3. interventi edilizi per l'adeguamento alle norme antincendio;
4. interventi edilizi per l'adeguamento ai requisiti minimi per l'autorizzazione.

Nel 2008 si registrano le seguenti realizzazioni riferite alle singole sedi.

► Ospedale di Trento

- Nel *Presidio Ospedaliero S. Chiara*: sono proseguiti gli interventi di ristrutturazione e ampliamento dell'edificio ospedaliero⁶⁴ e, in particolare:
 - proseguo dei lavori relativi alla realizzazione del corpo D ovest (laboratorio Farmacia, nuova area ambulatoriale per Cardiologia e nuova area direzionale di Anestesia);
 - completamento dei lavori per nuovi ambulatori di Ginecologia al piano rialzato del corpo stellare centrale;
 - completamento nuovo Pronto Soccorso (area codici rossi), potenziamento Radiologia e ambulatori Ortopedia al piano rialzato del corpo D ovest;
 - proseguo lavori Laboratori al 2° piano del corpo stellare;
 - completamento dei lavori degenze Ortopedia al 7° piano del corpo degenze;
 - completamento dei lavori di una parte dei filtri pazienti del blocco operatorio;
 - completamento dei lavori della nuova elisuperficie;
 - avvio della progettazione relativa alla ristrutturazione della Cardiologia-Chirurgia Vascolare al piano rialzato del corpo degenze.

Sono stati realizzati i seguenti *ulteriori lavori interni*, gestiti dall'APSS e connessi all'attivazione di nuove funzioni, potenziamento di altre, completamento di opere in corso, acquisizione di nuova tecnologia, razionalizzazione/miglioramento dei servizi:

- completamento dei lavori nuova area PET-TC e SPECT-TC;
- affidamento dei lavori della broncoscopia al 5° piano del corpo degenze;
- completamento di alcuni lavori per il potenziamento Neurologia-Neurochirurgia al 5° piano del corpo degenze;
- avvio lavori Sezione malattie infettive al 4° piano del corpo Infettivi (corpo V);

⁶⁴ La ristrutturazione dell'Ospedale, iniziata nel 2001, è gestita direttamente dalla Provincia Autonoma di Trento (procedura di somma urgenza) in stretta collaborazione con l'APSS; trattasi di un intervento molto complesso, anche perché realizzato a "ospedale aperto", in cui le esigenze di natura tecnica devono contemperarsi con le esigenze organizzative di funzionamento.

- avvio lavori Struttura di Ematologia al 3° piano del corpo Infettivi (corpo V);
 - completamento lavori nuovi spogliatoi al piano terra del corpo degenze;
 - avvio progettazione per la ristrutturazione Cardiochirurgia-Chirurgia Vascolare al piano rialzato del corpo degenze;
 - Nel *Presidio Ospedaliero Villa Igea* è stata avviata la progettazione della cabina elettrica;
 - Nel *Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Mezzolombardo* sono stati avviati i lavori di ristrutturazione del Piano rialzato (corpo degenze).
- Ospedale di Rovereto
- Nel *Presidio Ospedaliero S. Maria del Carmine* sono stati realizzati i seguenti interventi:
 - avvio della progettazione per il completamento della sterilizzazione centrale;
 - completamento procedure di appalto lavori per adeguamento strutturale piazzola eliporto;
 - modifiche impiantistiche presso la centrale frigorifera (al fine di rendere indipendente ogni singola torre evaporativa) e installazione nuovo gruppo frigorifero autonomo a servizio del nuovo reparto di Rianimazione e Sterilizzazione;
 - sostituzione autoclavi acqua potabile (centrale termica) e sostituzione unità di trattamento aria dell'edificio degenze;
 - realizzazione nuovo sito gruppi elettrogeni (centrale elettrica) e completamento anello MT/bt – completamento procedure appalto lavori;
 - progettazione per la riqualificazione di tre sale operatorie (blocco operatorio);
 - progettazione per ampliamento della centrale di sterilizzazione;
 - piastra Servizi 2° lotto: al piano rialzato; completamento dei lavori per la realizzazione degli spazi a uso Prenotazioni, cassa, portineria, area per il futuro bar, rivendita giornali, e completamento ambulatori ortopedici a servizio della sala gessi; al primo piano; trasferimento della sala gessi nella nuova sede;
 - terzo lotto (riqualificazione degenze) 1° stralcio: completamento fase progettuale prima fase;
 - definizione procedura lavori per appalto area addetti servizio pulizia;
 - ambulatori: accorpamento al piano rialzato degli ambulatori di otorinolaringoiatria presenti al seminterrato a seguito del trasferimento delle altre attività specialistiche nella Piastra;
 - riqualificazione del reparto di cardiologia con la realizzazione di una nuova sala di elettrofisiologia, una sala emergenza e un locale per guardia medica;

- Servizio di Emodialisi adeguamento elettrico, sostituzione quadro elettrico generali, e trasmissione dati;
- Laboratorio analisi : progettazione per adeguamenti strutturali;
- Servizio Mortuario: progettazione per adeguamenti strutturali;
- U.O. Medicina sezione Infettivi: progettazione per adeguamenti strutturali;
- Servizio di Farmacia: progettazione per adeguamenti strutturali;
- Cablaggio Complesso Ospedaliero: avanzamento lavori impianto trasmissione dati;
- altri interventi di manutenzione ordinaria straordinaria e sistemazione locali anche in relazione all'adeguamento alle normative sulla sicurezza secondo le indicazioni del P.I.P.;
- Nell'*edificio "ex Casa di Riposo"* sono stati completati i lavori per la realizzazione di nuovi spazi a uso del servizio di neuropsichiatria infantile.

► Distretto Alta Valsugana

Gli interventi più significativi eseguiti sono stati:

- l'esecuzione, per stralci funzionali, dei lavori necessari per l'attivazione di sedi di alcuni servizi da trasferire nel Nuovo Ospedale Villa Rosa per il suo progressivo utilizzo: trasferimento nella nuova struttura delle sedi della cucina-mensa; esecuzione dei lavori di adattamento e allestimento macchine dell'officina, della falegnameria, dei settori tecnici, della lavanderia, guardaroba; continuazione dell'esecuzione degli impianti speciali di trasmissione dati e telefonici;
- la progettazione riorganizzazione e adattamento locali ex Osservazione per ampliamento poliambulatorio e punto prelievi e inizio dei lavori necessari;
- la progettazione preliminare per la riorganizzazione funzionale delle sedi dei servizi del Distretto presenti nell'area dell'ex Ospedale Psichiatrico con l'obiettivo di realizzare la "Casa della Salute";
- l'esecuzione dei lavori necessari alla riorganizzazione e al potenziamento delle utenze acquedotto e alla realizzazione della rete antincendio esterna agli edifici dell'area dell'ex Ospedale Psichiatrico;
- la costruzione rete di tele riscaldamento e tele raffrescamento per il collegamento dei vari edifici dell'area dell'ex Ospedale Psichiatrico alla centrale di trigenerazione e attivazione delle prime utenze;
- la progettazione esecutiva per la ristrutturazione della "Casa della Salute" di Lavarone.

► Distretto Bassa Valsugana e Tesino

Gli interventi più significativi eseguiti sono stati:

- il completamento dei lavori di ristrutturazione dell'ex reparto Maternità a zona ambulatoriale specialistica di ginecologia e ostetricia (centro ambulatoriale ostetrico-ginecologico);

- la progettazione definitiva per rifacimento e ampliamento servizi igienici dei due piani di degenza (Medicina e Chirurgia);
- la progettazione esecutiva delle coperture delle rampe dei parcheggi interrati del “Nuovo Edificio” e su ingresso dell’Edificio ex Sanatorio;
- la progettazione definitiva per il percorso di collegamento tra il Parcheggio Multipiano e gli edifici Principale, Nuovo e Sanatorio;
- l’attivazione del nuovo parcheggio multipiano a servizio del Presidio Ospedaliero, con completamento della segnaletica e installazione di impianto di videosorveglianza e sbarre di accesso;
- la redazione del progetto preliminare per ristrutturazione e ampliamento dell’Edificio principale presidio S. Lorenzo di Borgo Valsugana;
- la redazione del progetto definitivo per la costruzione del nuovo garage ambulanze e ampliamento cucina;
- l’appalto e completamento lavori di ristrutturazione della Casa della Salute di Pieve Tesino;
- l’installazione di barriere automatiche per regolamentare gli accessi veicolari all’interno dell’area del Presidio;
- la progettazione preliminare nuova area Centro Prelievi e unità raccolta sangue adiacente al pianoterra Nuovo Edificio (piastra servizi del Nuovo edificio);
- l’avvio dei lavori di rifacimento stanze di degenza della Medicina e della Chirurgia;
- l’avvio dei lavori per la realizzazione degli ambulatori Centro per la cura del piede diabetico;
- la progettazione di barriera parasassi a protezione del Presidio ospedaliero sul pendio a Nord.

► Distretto del Primiero

Gli interventi hanno riguardato lo studio e la definizione di una sede nel Poliambulatorio di Tonadico per l’attivazione di un centro ambulatoriale di Medici di Medicina Generale associati mediante la riorganizzazione degli spazi afferenti al Centro di salute mentale.

► Distretto Alto Garda e Ledro

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- assistenza al Servizio Grandi Opere della PAT relativamente alla progettazione esecutiva dell’intervento edilizio dei lavori di completamento dell’ospedale di Arco – 4° lotto (demolizione e ricostruzione padiglione A).
- inizio dei lavori di adeguamento statico e dimensionale della piazzola dell’eliperficie dell’Ospedale di Arco;
- sostituzione dei portoni di accesso alla camera calda del Pronto Soccorso dell’Ospedale di Arco con porta motorizzata ad arrotolamento;

- realizzazione segnaletica orizzontale e verticale per delimitare ed evidenziare i passaggi pedonali presso l'Ospedale di Arco (parcheggi esterni e parcheggio interrato);
- realizzazione tubo di aspirazione reflui di laboratorio dell'Ospedale di Arco;
- installazione misuratori di portata sui pozzi a servizio dell'Ospedale di Arco (attuazione della delibera della Giunta Provinciale n° 1164 del 08/06/2007);
- trasferimento degli uffici amministrativi dall'immobile di Villa Elena (per il quale è programmata la dismissione) al padiglione Palme di Arco;
- inizio dei lavori di ristrutturazione del Centro Servizi Sanitari Valle di Ledro a Bezzecca;
- inizio dei lavori per la realizzazione di un ricovero per animali nell'ambito del progetto onoterapia presso la comunità terapeutica "Villa Ischia" di Riva del Garda;
- lavori per la sostituzione e integrazione dell'impianto luci di emergenza presso il Centro Servizi Sanitari di Via Rosmini a Riva del Garda;
- realizzazione di un impianto rilevazione fumi presso il SERT di Riva del Garda;
- realizzazione di altri interventi di manutenzione straordinaria e sistemazione locali anche in relazione all'adeguamento alle normative sulla sicurezza.

► Distretti di Fiemme e Fassa

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- avvio della progettazione della nuova elisuperficie del presidio di Cavalese;
- avvio della riprogettazione dell'ampliamento sud del presidio ospedaliero di Cavalese;
- attivazione nuova sala d'attesa nel Pronto Soccorso dell'ospedale di Cavalese;
- adeguamento alle normative vigenti dei parapetti nei vani scala presso l'ospedale di Cavalese;
- fine lavori di compartimentazione nel poliambulatorio di Pozza di Fassa;
- ristrutturazione dell'ex garage ambulanze al fine di installare un'apparecchiatura per la risonanza magnetica;
- ricostruzione di un muro esterno lungo il confine est dell'ospedale;
- adeguamento alla normativa vigente dei quadri elettrici, dei corpi illuminanti e dell'equipotenzialità presso il poliambulatorio di Predazzo;
- realizzazione di una zona filtro nel reparto operatorio dell'ospedale di Cavalese
- realizzazione di altri interventi di manutenzione straordinaria e adeguamento locali anche in relazione all'adeguamento alle normative di sicurezza secondo le indicazioni del P.I.P.

► Distretto Giudicarie e Rendena

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- presso l'ospedale di Tione proseguono i lavori di potenziamento dell'eliperficie e sono iniziati i lavori di ristrutturazione con la realizzazione del parcheggio a monte del complesso ospedaliero e con le opere propedeutiche nelle aree esterne ospedaliere; effettuazione di lavori relativi all'adeguamento normativo dell'impianto elettrico; trasloco della sede amministrativa in Via Trento a Tione di Trento, propedeutico alla ristrutturazione del complesso ospedaliero;
- presso il Centro Servizi Sanitari di Condino sono iniziati i lavori di ristrutturazione; verranno conclusi nell'anno 2009;
- i lavori di costruzione del nuovo edificio atto a ospitare il Centro Servizi Sanitari di Storo sono terminati ; la struttura è operativa da Settembre 2008;
- conclusi i lavori di ristrutturazione dell'edificio Centro Servizi Sanitari di Tione; la struttura è operativa;
- effettuata la progettazione e l'affidamento per l'installazione di un impianto rilevazione fumi e un impianto anti aggressione presso il Centro Salute Mentale di Tione di Trento;
- realizzazione di altri interventi di manutenzione straordinaria e sistemazione locali anche in relazione all'adeguamento alle normative sulla sicurezza.

► Distretti Trento e Valle dei Laghi, Cembra, Rotaliana-Paganella

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- completamento dei lavori per la realizzazione del nuovo Consultorio in via Malta;
- proseguo dei lavori del Centro per Servizi Sanitari e assistenziali di Mezzolombardo;
- esecuzione dell'Asilo Nido Aziendale (per 30 bambini);
- installazione pellicole a controllo solare presso il Centro Servizi Sanitari di Trento;
- altri interventi di manutenzione straordinaria anche in relazione ad adeguamenti normativi.

► Direzione Igiene e Sanità Pubblica

Sono stati ultimati i lavori di realizzazione del nuovo Laboratorio di Sanità Pubblica presso il Centro per i Servizi Sanitari.

► Distretto Vallagarina

Sono stati realizzati – oltre agli interventi di manutenzione straordinaria e sistemazione locali finalizzati all'adeguamento alle normative sulla sicurezza secondo le indicazioni del P.I.P. – i seguenti interventi edilizi:

- Ex convitto S. Pellico in Ala: prosecuzione dell'iter progettuale per la ristrutturazione e realizzazione della nuova sede del Polo Universitario delle professioni sanitarie;
- "Area ex Bimac" Terzo Polo: procedure per appalto dei lavori per la realizzazione della nuova sede del servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- Poliambulatorio: definizione procedure per appalto lavori di adeguamento vano scala, riqualificazione di parte di serramenti esterni piano seminterrato, ristrutturazione ufficio accettazione;
- Presidio ospedaliero di Ala: lavori per il rifacimento del quadro elettrico di consegna e per la sostituzione del gruppo elettrogeno per emergenza elettrica; sostituzione del gruppo elettrogeno per la continuità elettrica della struttura; adeguamento antincendio; rifacimento rete elettrica e dati edificio distrettuale;
- Ambito di Brentonico: progettazione esecutiva per la ristrutturazione e ampliamento dell'edificio in Via Ospedale, al fine di ricavare spazi idonei per consentire forme associative della medicina generale;
- Appartamento protetto di Via Benacense: adeguamento antincendio;
- Poliambulatorio di Via San Giovanni Bosco: ristrutturazione ambulatori di oculistica, e ristrutturazione degli spogliatoi del personale maschile e femminile e sistemazione locali magazzini per posizionarvi nuovo armadio compatto;
- Struttura sanitaria di Ala, Servizio di Psichiatria: redistribuzione degli spazi dell'atrio ingresso; ha iniziato l'attività il nuovo centro prelievi;
- ulteriori interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria per sistemazione locali anche in relazione all'adeguamento alle normative sulla sicurezza secondo le indicazioni del P.I.P.

► Distretti Valle di Non e Valle di Sole

Nel *Presidio ospedaliero di Cles* sono stati realizzati di interventi di:

- ampliamento dell'edificio (4° lotto);
- conclusione del progetto esecutivo della variante n.8;
- adeguamento dell'eliperficie ai nuovi elicotteri tipo Agusta;
- realizzazione locali per posa Risonanza magnetica;
- realizzazione locali per 5 posti letto di semintensiva U.O. di Medicina;
- Sistemazione facciate est fabbricato prelievi e Radiologia;
- Sistemazione ex novo bancone Portineria;
- Posa in opera impianto di telefonia DECT P.O. di Cles;
- Posa in opera impianto di telemetria U.O. di Medicina;
- altri interventi di manutenzione straordinaria e sistemazione locali anche in relazione all'adeguamento alle normative sulla sicurezza secondo le indicazioni del P.I.P.

GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

La finalità del processo consiste nel fornire all'organizzazione aziendale le informazioni necessarie per raggiungere i propri obiettivi, assolvendo ai requisiti e alle direttive per la qualità e la sicurezza dell'informazione⁶⁵.

Lo sviluppo dei sistemi informativi dell'APSS è rivolto a integrare e semplificare un ambiente applicativo e tecnologico particolarmente complesso e diversificato.

Il primo ambito di applicazione di tale strategia è quello dei *sistemi di gestione dei dati clinico-sanitari* al cui riguardo, è stato seguito un *approccio incrementale di sanità elettronica* basato sulle seguenti linee guida generali:

- ▶ allineare i bisogni e la strategia attraverso l'identificazione dei servizi da digitalizzare e la definizione di un piano d'azione condiviso con i referenti clinico-sanitari, la Direzione Aziendale e i Sistemi Informativi;
- ▶ assicurare un'implementazione corretta attraverso la gestione di progetti maggiormente allineati con i bisogni e la strategia aziendale (con sistemi di Project e Project Portfolio Management);
- ▶ partire dai dati, in modo da ottenere la piena l'integrazione delle informazioni relative ai cittadini/assistiti, univocamente identificati; l'integrazione delle informazioni dei pazienti, univocamente riconosciuti a livello provinciale, è una condizione per la riduzione dei silos informativi e organizzativi, per la digitalizzazione dei referti e delle altre informazioni cliniche e per l'alimentazione di un unico archivio aziendale dei referti e dell'immagini in formato digitale;
- ▶ estendere i servizi collegando i partner strategici del territorio quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; quest'ultimi sono soggetti che hanno bisogni più facilmente categorizzabili, interazioni più regolari con l'Azienda, aggregano una grande quantità di cittadini (ogni medico circa 1500 assistiti).

Seguendo tali linee guida, i progetti d'implementazione già realizzati hanno consentito, tra l'altro, la piena integrazione dei dati dei cittadini/pazienti e l'accesso da parte dei professionisti clinici e sanitari ai referti e alle immagini diagnostiche dei propri pazienti.

Per quanto attiene i processi di supporto (dell'area amministrativa e tecnica) negli ultimi anni è stato ulteriormente migliorato il livello di automazione dei sistemi, attraverso l'evoluzione delle funzionalità esistenti e la collegata digitalizzazione (o de-materializzazione) dei documenti.

Tale obiettivo è stato realizzato prevalentemente attraverso la manutenzione evolutiva dei sistemi già in uso. Un'area di nuovo sviluppo è la gestione del personale,

⁶⁵ Gestione integrata di tutte le attività che consentono di produrre, elaborare, scambiare e conservare le informazioni aziendali.

essendo in corso un vasto progetto di cambiamento dei processi e dei sistemi che li supportano, attualmente basati su un numero elevato di applicazioni disconnesse.

Coerentemente con tale strategia di consolidamento applicativo, è stata intrapresa un'attività di consolidamento delle infrastrutture di rete e dei server, in modo da facilitare una gestione centralizzata e sicura di un maggiore numero di servizi, rivolti a un numero crescente di utenti interni ed esterni all'Azienda, assicurando la più elevata continuità del servizio.

Su tale impostazione generale, le principali attività realizzate nel 2008, nell'ambito del processo di gestione delle informazioni, sono di seguito distinte per i vari sottoprocessi:

- ▶ *Pianificazione e organizzazione della gestione delle informazioni:* sono stati prodotti e/o aggiornati i documenti di specifica dei flussi gestiti dal servizio sistemi informativi (SSI) – “Procedura di codifica e classificazione dei dati 2008” e “Codifiche standard aziendali 2008”; è stato rivisto il piano di sviluppo del SIO in conclusione del progetto “SIO Evoluzione Funzionale”;
- ▶ *Acquisizione soluzioni e tecnologie:* è stato definito il layout della carta e l'ordine per l'acquisizione di 3.120 smart card per operatori sanitari di APSS, per le funzioni di firma digitale e di autenticazione forte per l'accesso sicuro ai principali applicativi aziendali; è stato realizzato l'upgrade del sistema di integrazione aziendale (middleware), con acquisizione delle licenze Sun/JCAPS, attivato sia in test che in produzione con migrazione della versione precedente ICAN e predisposizione delle evoluzioni della soluzione Noemalife ITACA; è stato prorogato il sistema CUP fino a inizio 2009 per possibile allineamento con la scadenza dei servizi di sportello (CAPIRR) prevista nel 2011;
sono stati acquisiti: il nuovo sistema dipartimentale di gestione della Terapia Intensiva (fornito da GE clinical), il nuovo sistema aziendale di gestione delle Risorse Umane (fornito da Oracle/PeopleSoft), il nuovo sistema dipartimentale della Medicina Fisica e Riabilitativa SIMFR (fornito da Solinfo) e un nuovo modulo del sistema di laboratorio (LIS) per la realizzazione del sistema di rilevazione e gestione delle infezioni ospedaliere e del laboratorio di genetica (forniti da Noemalife);
sono proseguite le attività di server consolidation e di virtualizzazione degli ambienti server sulla piattaforma VMWARE e potenziamento dell'architettura hardware di tipo blade;
- ▶ *Implementazione soluzioni e tecnologie:* si è, in particolare:
 - concluso il progetto “Integrazione PACS con servizi APSS”; fase conclusiva del programma pluriennale PACS, per l'integrazione del sistema con i servizi/sistemi esterni alla radiologia, quali i servizi “opzionali” (supplementari) già previsti nel contratto iniziale con il fornitore (anagrafica, order entry, CUP, screening, PS, repository aziendale);

- concluso il progetto “AMPERSA”, realizzato nell’ambito del programma obiettivo PAT XIII 2007, per migliorare ed estendere i servizi d’interoperabilità con i medici di medicina generale e i pediatri e con le RSA;
- avviato il secondo progetto di “realizzazione del cambiamento” nell’ambito del Programma di Sviluppo RU, rivolto all’implementazione dei processi e dei sistemi, così come specificati nel primo progetto di “disegno organizzativo”;
- concluso il progetto “SIO Evoluzione funzionale – Ambulatoriale” rivolto allo sviluppo interno di una scheda ambulatoriale di base nell’ambito del SIO APSS;
- concluso il progetto “SIO Evoluzione funzionale – Gestione Reparto” rivolto all’analisi delle nuove funzionalità trasversali del SIO per la gestione del processo di cura (diario clinico, terapia e somministrazioni, refertazione specialistica) in regime di ricovero;
- avviata la fase d’implementazione del progetto “Terapia Intensiva”, presso gli ospedali di Trento e di Rovereto, organizzata in due distinte fasi: 1) Sviluppo e collaudo funzionale; 2) Estensione del sistema;
- avviato il progetto d’implementazione del “Sistema Informativo di Gestione Medicina Fisica e Riabilitativa”, che è in fase di conclusione;
- avviato il progetto di “Estensione del sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere”, che è in fase di conclusione;
- avviata la collaborazione al progetto provinciale “TreC – Cartella Clinica del Cittadino”;
- esteso e ulteriormente sviluppato il sistema di “Gestione Documentale”, con coinvolgimento di tutti i servizi amministrativi delle AOF e il rilascio delle funzionalità finora realizzate a oltre 1.300 utilizzatori del sistema;
- attivate nuove modalità di comunicazione verso i cittadini sul canale internet (sito aziendale), con attivazione di un motore semantico in linguaggio naturale sul sito aziendale e di una modalità di richiesta via SMS, in collaborazione col Consorzio dei comuni trentini, per domande inerenti gli orari e l’articolazione dei servizi di medicina generale, farmacie;
- ▶ *Gestione operatività dei sistemi e supporto agli utenti*, le attività significative per assicurare il corretto e sicuro funzionamento dei sistemi informativi, l’assolvimento degli obblighi e delle direttive per la sicurezza e privacy delle informazioni, nonché un’efficace azione di contrasto alle interruzioni delle attività fondamentali aziendali sono state le seguenti:
 - Proseguimento delle attività di accentramento presso un unico data center aziendale dei server anche attraverso l’implementazione di macchine virtuali (su piattaforma VMWARE);
 - Completamento dell’installazione della piattaforma ad alta affidabilità di tipo “campus cluster”, suddivisa in due sedi distanti, con migrazione entro l’anno del sistema delle anagrafiche, SIO, SIT e ITACA;

- Attivazione della soluzione aziendale d'integrazione delle applicazioni JCAPS, con l'upgrade della soluzione ICAN e la predisposizione dell'ambiente per le evoluzioni del sistema ITACA;
 - adeguamento e comunicazione della regolamentazione aziendale in materia di accesso ai documenti amministrativi e sanitari (del. n. 537 dd. 16.04.2008);
 - costruzione della pagina web relativa alle scelte organizzative operate dell'APSS a tutela della privacy degli utenti, anche al fine di rendere possibile l'espressione on-line del consenso al trattamento dei dati personali per finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, nell'ambito della procedura di gestione integrata con i Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta;
 - predisposizione del materiale informativo sulla privacy, tradotto nelle undici principali lingue utilizzate dagli utenti dell'APSS, consultabile on-line e distribuito presso le strutture aziendali;
 - aggiornamento del materiale didattico in materia di privacy per la FAD rivolta al personale aziendale e per la formazione dei neoassunti; un intervento formativo ad hoc è stato definito per i lavori temporanei;
 - istituzione di una nuova modalità di gestione del reset (modifica) della password di rete, per ovviare a due problemi presenti nella gestione corrente: un problema di velocità nell'esecuzione dell'operazione e un problema di sicurezza nel rilascio di una credenziale abilitata ad accedere al patrimonio informativo azienda (1.500 richieste assolute nel 2008); il meccanismo verrà esteso anche agli applicativi;
- *Monitoraggio e valutazione del processo IT di gestione delle informazioni:* nel 2008 sono state svolte diverse rilevazioni per il monitoraggio del processo e per considerare il confronto con le organizzazioni esterne. Gli indicatori relativi al *grado di adozione delle soluzioni implementate* sono i seguenti:
- incremento degli utenti, degli accessi e dei volumi di attività sul sistema SIO (oltre 3.000 utenti a fine 2008 con aumento di oltre il 10% annuo), dovuto all'attivazione del modulo di prenotazione dei ricoveri e delle sale operatorie avviato in 20 reparti delle strutture ospedaliere aziendali;
 - accesso e aggiornamento dei contenuti dell'Intranet Aziendale (numero di documenti presenti raddoppiato nel corso dell'anno, accessi incrementati di circa il 50%), visualizzazione dei cedolini on-line (da parte di oltre 3900 dipendenti a fine anno);
 - livello di adesione ai servizi d'interoperabilità da parte dei MMG/PLS (a fine 2008 più di 300 MMG/PLS oltre il 90% dei medici informatizzati, con una media di 150 comunicazioni a settimana ciascuno, contenenti le informazioni cliniche individuali dei propri pazienti) e da parte delle RSA (48 RSA sulle 53 presenti in provincia hanno aderito al servizio);

TAB. 5.2.18 Sistema di Gestione Documentale – Andamento 2004-2008 e situazione a fine 2008

Sistemi informativi Indicatori Utenze	Valore assoluto					Incremento (%)	
	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2007	2008/2004
Postazioni di lavoro	3.277	3.707	4.036	4.499	4.920	9,4	50,1
Utenti collegati	4.726	5.503	6.794	7.677	9.414	22,6	99,2
Caselle posta el. attivate	4.177	4.905	6.004	6.593	8.129	23,3	94,6

2008				
	TOTALE	APSS	ESTERNI	Esterni (*) su totale (%)
Postazioni di lavoro	4.920	4.680	240	4,9
Utenti collegati	9.414	7.747	1.667	17,7
Caselle posta el. attivate	8.129	7.485	644	7,9

(*) esterni = strutture accreditate, RSA, MMG-PLS

In aggiunta, l'APSS ha pubblicato il primo *“Benchmark dello stato della sicurezza ICT-APSS 2007”* che confronta lo stato della APSS rispetto a circa 50 strutture della Pubblica Amministrazione (Tabella 5.2.19): la rilevazione sullo stato della sicurezza in APSS ha visto l'adozione di un *“modello comune per la sicurezza”* che si basa sulla identificazione di quattro *indicatori chiave di performance* (KPI) che misurano, rispettivamente, la sicurezza logica (modello organizzativo, policy sulla sicurezza, ecc.), dell'infrastruttura (sicurezza fisica, wireless, firewall, ecc.), dei servizi (business continuity, disaster recovery, ecc.) e dell'organizzazione (piano di sicurezza, la formalizzazione di policy, l'individuazione di responsabilità, compiti e ruoli legati alla sicurezza, le skills, ecc.).

TAB. 5.2.19 Indicatori KPI. Confronto APSS-CNIPA

KEY PERFORMANCE – INDICATORI (KPI)	RISULTATO APSS	RISULTATO CNIPA
KPI1 – Protezione logica	9,00	7,33
KPI2 – Sicurezza dell'infrastruttura	8,33	7,08
KPI3 – Sicurezza dei servizi	9,67	5,47
KPI4 – Sicurezza dell'organizzazione	6,77	5,41

Tra le attività rivolte al *confronto esterno* è da evidenziare la partecipazione ad alcuni gruppi di lavoro e progetti per la sanità elettronica a livello nazionale ed europeo (Tavolo Sanità Elettronica, etc.) e interregionale (Progetto SOLE con l'Emilia Romagna, collaborazione con l'A.O. universitaria di Padova e altre Ausl del Veneto).

Altri *progetti nazionali ed europei*, utili ai fini di confronto con l'esterno, in cui è coinvolto il Servizio Sistemi Informativi, sono:

- ▶ il *Progetto pilota Prenotazione On line* (riavviato a livello ministeriale, dopo un anno di stasi) che prevede la definizione degli strumenti per l'interconnessione tra i sistemi di prenotazione delle alcune Regioni pilota italiane. Sono state avviate le attività preliminari per l'*integrazione dei CUP dell'APSS e della Ausl di Feltre*, a favore di servizi integrati per la popolazione del Primiero.
- ▶ Il *progetto ICAR Cooperazione tra Regioni* ha definito le modalità tecniche e operative per la cooperazione applicativa tra le PA interessate; in particolare si prevede di far colloquiare i sistemi anagrafici (ambito AP1 sanitario e ambito AP2 comunale), i sistemi CUP e i repository clinici a livello sovra regionale.

Infine, per quanto attiene il *livello di soddisfazione degli utenti dei sistemi informativi*, è svolta periodicamente un'indagine di soddisfazione specifica in collaborazione con Informatica Trentina SPA per i servizi di assistenza agli utenti. Anche il questionario di soddisfazione somministrato a tutto il personale nel 2007 e pubblicato nell'anno 2008 contiene alcuni elementi relativi alla gestione delle informazioni nell'Azienda (Tabella 5.2.20).

TAB. 5.2.20 Gestione delle informazioni in APSS. Livello di soddisfazione degli utenti – Anni 2006-2007

ITEM VALUTATO	% SODDISFATTI	
	2006	2007
La complessiva disponibilità di soluzioni informatiche per rendere più efficiente ed efficace il lavoro	70,1	77,0
La complessiva disponibilità di informazioni utili a rendere più efficiente ed efficace il lavoro	63,7	68,8

L'andamento dei livelli di soddisfazione (con differenza statisticamente significativa rispetto al 2006) sembra confermare anche nella percezione delle persone un significativo miglioramento rispetto all'anno precedente.

GESTIONE DEI RAPPORTI CON LE STRUTTURE ACCREDITATE (CON IL SSP)

Lo scopo del processo è quello di gestire in modo coerente e integrato le attività amministrative connesse alla negoziazione del fabbisogno (tipologia quantità) di prestazioni in sinergia e in rete con i presidi APSS.

Il processo – che riguarda lo svolgimento di attività amministrative connesse all'acquisto di prestazioni sanitarie dirette all'utenza, ma erogate dalle strutture private accreditate e convenzionate con il SSP – è stato individuato a seguito della revisione dei processi di gestione di risorse e alleanze realizzata nel 2007.

Il processo di negoziazione e gestione dei contratti è strutturato in modo diversificato in relazione alla tipologia del fornitore (classe). Il processo di gestione dei contratti (grado di definizione del processo) di fornitura delle prestazioni si articola nelle seguenti fasi:

- ▶ *Analisi presupposti normativi* Autorizzazione-Accreditamento, Sistema tariffario, Finanziamento, Direttive (es. RSA), Linee guida (es. schema contratto);
- ▶ *Analisi fabbisogno prestazionale*: Storico, Obiettivi PAT (es. tempi attesa), Domanda emergente (nuovi volumi/discipline rispetto all'anno precedente);
- ▶ *Negoziazione*: Stipula contratto (annuale/triennale);
- ▶ *Gestione contratto*: Comunicazione atto, tipologia e volumi di attività, obiettivi alle articolazioni aziendali, Monitoraggio in corso d'anno, Rinegoziazione volume, Controlli e vigilanza.

L'elenco dei contratti in essere al 2008 di competenza del Servizio Prestazioni e rapporti con strutture convenzionate è descritto nella Tabella 5.2.21.

TAB. 5.2.21 Servizio Prestazioni e rapporti con strutture convenzionate. Contratti in essere - Anno 2008

AREA	conto	clas.	num.	durata anni	Rev.ni anno	Verif.	Spesa 2008
Degenza	deg.	A	7	1	1	obiettivi	51.862.000
Specialistica	spec.	A	18	1	1	budget	8.816.000
Terme	term.	A	6	1	1	budget	2.700.000
RSA	RSA	A	52	1	var. p.l.	scheda	119.968.000
Ass. Vol. trasporto infermi	TE118	A	22	3		forniture	6.705.000
Riabilitazione							
<i>ex art. 26 legge 833/78</i>	Ist. Spec.	B	4	1		gg.deg.za	351.000
<i>tossicodipendenze</i>	Ist. Spec.	B	3	1		presenze	2.304.000
<i>psichiatrica</i>	Ist. Spec.	B	2	1		gg.deg.za	2.173.000
<i>AIDS, Ist. spec., disturbi alim...</i>	Ist. Spec.	C	5	1		budget	2.600.000
Rapporti strutture extra-PAT							
<i>OTI, S.Raffaele, Banche organi</i>	Ist. Spec.	B	10			autoriz.ni	1.000.000
<i>psich., riabilitaz, tossicodip.</i>	Ist. Spec.	C	40			autoriz.ni	3.000.000
<i>Sangue/plasma</i>		A	6	3		budget	1.100.000
Consulenze							
<i>attive</i>		B	37	1		forniture	400.000
<i>passive</i>		B	13	1		spesa	500.000
Cessioni di servizio		A	10				500.000
Supporto giuridico/amm.vo al Serv. Farmaceutico		A				ispezioni	
Contratti Distretti (p.p., altre)		A	8				50.000
TOTALE			233				204.029.000

Per quanto riguarda le *attività di degenza*⁶⁶ – avuto riguardo al finanziamento assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento e alle linee d'indirizzo dei budget dei Distretti/Dipartimenti – nel mese di gennaio il Servizio negozia con le singole strutture la tipologia e il volume finanziario dell'attività per l'anno in corso (Tabella 5.2.22).

In settembre si rinegoziano i volumi di attività in caso di fabbisogni emergenti non previsti a inizio d'anno e d'interesse dell'APSS.

⁶⁶ *Procedura*: Nel mese di gennaio il Servizio predispone, per ciascuna struttura, la stima del fabbisogno di prestazioni di degenza (tipologia e quantità) per l'anno in corso, preparando: il riepilogo dell'attività erogata nell'anno precedente, lo schema di contratto anno di riferimento, eventuali variazioni delle linee guida, il calendario degli incontri, A seguito del negoziato, trasmette i contratti e predispone: l'adeguamento del programma gestionale GPS, la nota ai Distretti/Dipartimenti con i rispettivi volumi di risorse disponibili. In corso d'anno si verificano: variazioni tariffarie, ricalcolo dei volumi finanziari, monitoraggio dell'andamento dei volumi di attività, rinegoziazione in caso di richiesta (di APSS o struttura) di variazione dei volumi, istruzioni per i verificatori (riabilitazione, ldg), istruzioni ai Distretti/Dipartimenti per l'allineamento dei trasferimenti dei pazienti (riabilitazione e ldg) con i budget assegnati.

Esempio di Obiettivi specifici negoziati

Area Acuti

- a) riorientamento dell'attività chirurgica: aumento dei casi trattati di almeno il 10% rispetto a quelli del 2005;
- b) ricovero ordinario - DRG medici: conferma dell'indicatore di cui al contratto 2007;
- c) ricovero di day surgery - DRG chirurgici: conferma dell'indicatore di cui al contratto 2007;
- d) messa in rete di posti letto: numero di ricoveri attesi per trasferimenti dal PS dell'Ospedale di Trento non inferiore a 250.

Area Lungodegenza

- a) criteri di appropriatezza: definiti con nota dell'Azienda n. prot. 25419 del 17.07.2006:
 - 1. il numero di reingressi in area acuti inferiore al valore anno 2005;
 - 2. degenza media pari o inferiore a quella del 2005 a parità di peso medio del Drg.
- b) messa in rete di posti letto: disponibilità dei posti letto per il numero di giornate di degenza negoziate.
- c) tempestività di accesso alla lungodegenza: accoglienza del paziente trasferito dall'ospedale pubblico entro i termini previsti dalla richiesta.

Area Riabilitazione

- a) messa in rete di posti letto: disponibilità dei posti letto per il numero di giornate di degenza negoziate.
- b) tempestività di accesso alla riabilitazione: rispetto dei tempi concordati e richiesti dai reparti pubblici invianti.
- c) appropriatezza delle prestazioni: di cui alle linee guida "Percorso riabilitativo" del dicembre 2007.

Esempio di Controlli negoziati

- a) *Area acuti*: verifiche in relazione alle attività di cui all'art. 4.
- b) *Area lungodegenza*: mediante verifica della realizzazione del piano di assistenza contenuto nella lettera di dimissione dell'ospedale inviante.
- c) *Area riabilitazione*: attuazione dei protocolli per la riabilitazione motoria.
- d) Sul *raggiungimento* degli obiettivi negoziati, mediante accessi in loco da parte di dirigenti medici aziendali.

Gli accordi prevedono i seguenti processi di comunicazione, monitoraggio e verifica dell'attività negoziata tramite le seguenti categorie: comunicazione dell'attività negoziata alle articolazioni aziendali, monitoraggio in corso d'anno, linee guida, controlli effettuati, riepilogo economico.

TAB. 5.2.22 Attività di degenza. Negoziazione anno 2008

STRUTTURA	Area degenza	utenza	GG		casi	degenza media	SPESA	
			Neg.	Effet.			negoziato	effettivo
S. PANCRAZIO	RIABIL.	SSN	8.378	8.405	508	16,55	1.500.000,00	1.520.710,33
	RIABIL.	SSP	22.000	21.475	1.267	16,95	4.100.000,00	4.149.521,46
	totale gen.		30.378	29.880	1.775	16,83	5.600.000,00	5.670.231,79
EREMO	RIABIL.	SSN	30.100	29.707	1.652	17,98	6.080.000,00	5.669.854,02
	RIABIL.	SSP	21.000	21.011	1.152	18,24	3.500.000,00	4.009.312,43
	totale gen.		51.100	50.718	2.804	18,09	9.580.000,00	9.679.166,45
V. REGINA	LUNGODEG	SSN	28.450	29.233	815	35,87	4.315.000,00	4.229.452,49
	LUNGODEG	SSP	19.000	18.222	508	35,87	2.580.000,00	2.631.168,46
	totale gen.		47.450	47.455	1.323	35,87	6.895.000,00	6.860.620,95
S. FAMIGLIA	LUNGODEG	SSN	4.570	5.245	203	25,84	1.020.000,00	758.942,10
	LUNGODEG	SSP	4.550	3.904	117	33,37	1.020.000,00	561.780,13
	totale gen.		9.120	9.149	320	28,59	2.040.000,00	1.320.722,23
SOLATRIX	ACUTI SSP			6.874	823	8,35	2.580.000,00	2.564.819,80
	ACUTI SSN			3.665	763	4,80	2.000.000,00	2.156.281,29
	RIABIL.	SSP	5.400	5.422	241	22,50	1.050.000,00	995.369,17
	RIABIL.	SSN		132	7	18,86		24.249,72
	LUNGODEG	SSN		659	25	26,36		95.399,02
	LUNGODEG	SSP	17.000	17.874	506	35,32	2.400.000,00	2.584.017,97
	totale gen.			34.626	2.365	14,64	8.030.000,00	8.420.136,97
V. BIANCA	ACUTI SSP	totale		6.322	2.179	2,90	4.465.000,00	4.749.588,26
	ACUTI SSN	totale		1.732	775	2,23	1.900.000,00	1.621.959,92
	LUNGODEG	SSN			4			24.583,65
	LUNGODEG	SSP	2.900	2.894	81	35,73	410.000,00	417.359,85
	totale gen.			10.948	3.039	3,60	6.775.000,00	6.813.491,68
S. CAMILLO	RIABIL.	SSP	2.190	2.038	155	13,15	430.000,00	374.400,98
	RIABIL.	SSN		204	15	13,60		37.476,84
	ACUTI SSP	totale		16.988	4.632	3,67	9.010.000,00	9.469.680,12
	ACUTI SSN	totale		2.061	572	3,60	1.800.000,00	1.886.057,79
	LUNGODEG	SSP	9.000	9.333	257	36,32	1.250.000,00	1.297.289,38
	LUNGODEG	SSN		230	8	28,75	70.000,00	32.720,28
	totale gen.		11.190	30.854	5.639	5,47	12.560.000,00	13.097.625,39
Totale complessivo				213.630	17.265		51.480.000,00	51.861.995,46
riabilitazione SSP			50.590	49.946	2.815	17,7	9.080.000,0	9.528.604,04
lungodegenza SSP			52.450	52.227	1.469	35,6	7.660.000,0	7.491.615,79

Per quanto riguarda la *vigilanza di tipo tecnico sanitario*, nel corso del 2008 è stata istituita la *Commissione di vigilanza* e definiti gli *ambiti di competenza* (con delibera APSS n. 1213/2008).

Nel mese di novembre 2008, la citata Commissione ha esaminato un campione di Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dell'Ospedale S. Camillo, procedendo alle relative segnalazioni e contestazioni.

In ordine alla *attività Specialistica ambulatoriale*, va evidenziata la *estensione dell'accreditamento a un maggior numero di potenziali fornitori*: la PAT, con specifiche deliberazioni, ha esteso l'accreditamento provvisorio ad RSA che hanno dato disponibilità ad aprire punti prelievo e punti di erogazione di cure fisiche (per utenti esterni). La situazione al 2008 è rappresentata in dettaglio nella Tabella 5.2.23.

TAB. 5.2.23 Accredimento attività specialistica ambulatoriale – Anno 2008

LABORATORIO ADIGE		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZiate E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO ⁽²⁾
LAB. ANALISI CHIMICO-CLINICHE ⁽¹⁾	Tutte le prestazioni del vigente tariffario afferenti le branche accreditate, escluse quelle contrassegnate dalle sigle H e R	
MEDICINA NUCLEARE ⁽¹⁾	Limite finanziario per p.p. Trento Centro ⁽¹⁾	
PNEUMOLOGIA ⁽¹⁾	limite finanziario per p.p. Valle di Cembra (Segonzano, Cembra, Albiano, Giovo)	
		590.000,00
	TOTALE EFFETTIVO (1)	595.828.38

⁽¹⁾ Sconto tariffa 20% ex legge finanziaria 326/2006

⁽²⁾ Regressione tariffaria (40%, 20%, 0%) in caso supero budget

OSPEDALE SAN PANCRAZIO		
BRANCHE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZiate E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	
ANESTESIA ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Escluse: quelle del tariffario contrassegnate con la sigla "R"; • Attività urologica ed endocrinologia 	
NEFROLOGIA ⁽¹⁾		
UROLOGIA ⁽¹⁾		
ALTRE PRESTAZIONI ⁽¹⁾		
ENDOCRINOLOGIA ⁽¹⁾		
	LIMITE FINANZIAMENTO	50.000,00
	TOTALE EFFETTIVO EURO ⁽¹⁾	18.792.06

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

continua >

LABORATORIO DRUSO		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZIATE E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO ⁽²⁾
	Tutte le prestazioni del vigente tariffario afferenti le branche accreditate, escluse quelle contrassegnate dalle sigle H e R	
	Limite finanziario per p.p. Folgaria	45.000,00
	Limite finanziario per p.p. Mori	50.000,00
LAB. ANALISI CHIMICO-CLINICHE ⁽¹⁾	Limite finanziario per p.p. Villa Lagarina	20.000,00
	Limite finanziario per p.p. Rovereto	80.000,00
MEDICINA NUCLEARE ⁽¹⁾	Limite finanziario per p.p. Bezzeca	25.000,00
PNEUMOLOGIA ⁽¹⁾	Limite finanziario per p.p. Lavis	80.000,00
	Limite finanziario per p.p. Cavedine	20.000,00
	Limite finanziario per p.p. Trento Centro, via Madruzzo 68	160.000,00
	Limite finanziario per p.p. Trento Nord, via Pranzelores 78	
	Limite finanziario per p.p. Andalo	20.000,00
	Limite finanziario per p.p. Mezzocorona	20.000,00
TOTALE NEGOZIATO ⁽¹⁾		500.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		489.263,28

⁽¹⁾ Sconto tariffa 20% ex legge finanziaria 326/2006

⁽²⁾ Regressione tariffaria (40%, 20%, 0%) in caso supero budget

STUDIO TECNOMED – TRENTO E ROVERETO		
DIVERSE	PRESTAZIONI NEGOZIATE E CONDIZIONI SPECIFICHE DI EROGAZIONE	LIMITE FINANZIARIO
ECOGRAFIE MEDICHE ⁽¹⁾ (es. internistici, urologici, ostetrico ginecologici, pediatrici, ortopedici, cardiologici, vascolari)	Sono escluse le prestazioni che il vigente Tariffario contrassegna con la sigla "H" e "R"	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		1.000.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		1.006.355,07

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

e Regressione tariffaria (40%, 20%, 0%) in caso supero budget

APAN		
BRANCHE ACCREDITATE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E CONDIZIONI DI EROGAZIONE	
NEFROLOGIA ⁽¹⁾	Sono ammesse le seguenti prestazioni: 39.96.1/2 (dialisi in acetato)	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		300.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		254.270,00

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

continua >

OSPEDALE SAN CAMILLO		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZiate E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
CARDIOLOGIA ⁽¹⁾	Per le prestazioni 89.43, 88.72.1/2/3/4 e 89.50, si applicano le linee guida di cui all'art. 3 Ecodoppler 88.73.5/...	240.000,00
CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE ⁽¹⁾	in particolare ecodoppler tronchi sovraortici 88.75.5	65.000,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ⁽¹⁾	Da riservarsi, per una quota pari ad almeno l'80%, alla diagnostica ecografica	300.000,00
	Max 3.500 RMN muscoloscheletriche	780.000,00
	Sono escluse le prestazioni TAC e dentalscan cod....	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ⁽¹⁾	Sono ammesse le prestazioni di cui alla tab.1 allegata. Sono escluse le prestazioni di cui alla tab. 4 allegata.	50.000,00
REUMATOLOGIA ⁽¹⁾	Visite 89.7/1	30.000,00
NEUROLOGIA ⁽¹⁾	EMG	120.000,00
UROLOGIA ⁽¹⁾	57.32, 89.24, 89.7/1	20.000,00
OCULISTICA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	150.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	110.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	50.000,00
GASTROENTEROLOGIA ⁽¹⁾	Almeno n. 1100 visite	30.000,00
	In particolare endoscopie 45.13 e 45.16 e colonscopie 45.23	285.000,00
LABORATORIO ANALISI ⁽²⁾	Attività riservata agli ospiti della RSO ⁽²⁾	30.000,00
OST – GINECOLOGIA ⁽¹⁾	In particolare ecografie ostetriche	110.000,00
ANESTESIA ⁽¹⁾ PNEUMOLOGIA ⁽¹⁾ NEUROCHIRURGIA ⁽¹⁾ ONCOLOGIA ⁽¹⁾ RADIOTERAPIA ⁽¹⁾ ALTRE cod. branca 0 ⁽¹⁾		30.000,00
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		2.400.000,00
TOTALE EFFETTIVO		2.170.640,33

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

⁽²⁾ Sconto tariffa 20% ex legge 326/2006

continua >

AGSAT		
BRANCHE ACCREDITATE ⁽¹⁾	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E CONDIZIONI DI EROGAZIONE	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	Valutazione e riabilitazione del soggetto artistico cod. 93.89.4	
	Valutazione monofunzionale (valutazione logopedica) 93.01.3	
	Training per disfasia (10 sedute di riabilitazione logopedica) 93.72.1	
	Valutazione funzionale delle funzioni corticali superiori (valutazione psicomotoria) 93.01.4	
	Training per disturbi cognitivi (10 sedute di trattamento psicomotorio) 93.89.2	
PSICHIATRIA	Visita neuropsichiatria di controllo cod. 94.12.1	
	Colloquio psicologico clinico 94.09	
	Visita neuropsichiatria di controllo 94.12.1	
	Colloquio psicologico clinico 94.09	
	Test proiettivi e della personalità 94.08.3	
	Somministrazione di test di intelligenza 94.01.1	
	Psicoterapia individuale 94.3	
ALTRE PRESTAZIONI	Visita generale – visita specialistica 89.7	
	Anamnesi e valutazione, definite brevi 89.01	
TOTALE NEGOZIATO		90.000,00
TOTALE EFFETTIVO		80.840,11

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

CASA DI CURA EREMO		
PRESTAZIONI ACCREDITATE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E CONDIZIONI DI EROGAZIONE	LIMITE FINANZIARIO
NEUROLOGIA ⁽¹⁾	EMG cod. 93.08.1/2/3/4/5/6/7/8, 93.09.1/2	
CARDIOLOGIA ⁽¹⁾		
CHIRURGIA VASCOLARE ⁽¹⁾	88.73.5 Ecocolordoppler tronchi sovraaortici 88.77.2 degli arti sup e inf	
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	RMN	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		1.050.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		998.777,41

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

CASA DI CURA SOLATRIX		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZIATE E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	
NEUROLOGIA ⁽¹⁾	EMG 93.08.1/2/3	150.000,00

continua >

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ⁽¹⁾	Da riservarsi, per una quota pari ad almeno l'80%, alla diagnostica ecografica	250.000,00
	Max n. 6.000 RMN	1.200.000,00
	Sono escluse le prestazioni TAC e dentalscan cod....	
CARDIOLOGIA ⁽¹⁾	Per le prestazioni 89.43, 88.72.1/2/3/4 e 89.50, si applicano le linee guida di cui all'art. 3 Ecodoppler 88.73.5/...	80.000,00
OCULISTICA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	20.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	15.000,00
GASTROENTEROLOGIA ⁽¹⁾	almeno n. 1.200 visite	20.000,00
	endoscopie cod. 45.13 e 45.16 e colonscopie cod. 45.23	350.000,00
REUMATOLOGIA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	30.000,00
ENDOCRINOLOGIA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	30.000,00
LABORATORIO DI ANALISI ⁽²⁾	Per prestazioni di anatomia patologica e istologia ⁽²⁾	135.000,00
CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE ⁽¹⁾ ANESTESIA OST.-GINECOLOGIA ⁽¹⁾ <i>inclusa ecografia ostetrica</i> NEUROCHIRURGIA ONCOLOGIA, ⁽¹⁾ RADIOTERAPIA, ALTRE PRESTAZIONI ⁽¹⁾		20.000,00
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		2.300.000,00
TOTALE EFFETTIVO⁽¹⁾		2.267.758,96

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

⁽²⁾ Sconto tariffa 20% ex legge 326/2006

CASA DI CURA VILLA BIANCA		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZiate E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	
CARDIOLOGIA ⁽¹⁾	Per le prestazioni 89.43, 88.72.1/2/3/4 e 89.50, si applicano le linee guida di cui all'art. 3 Ecodoppler 88.73.5/...	290.000,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ⁽¹⁾	Da riservarsi, per una quota pari ad almeno l'80%, alla diagnostica ecografica	260.000,00
	Sono escluse le prestazioni di TAC e RMN	

continua >

OCULISTICA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	20.000,00
ORTOPEDIA ⁽¹⁾	da riservarsi per almeno 80% a prima visita	30.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA ⁽¹⁾		
GASTROENTEROLOGIA ⁽¹⁾	Almeno n. 500 visite	10.000,00
	In particolare coloscopie	110.000,00
CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE ⁽¹⁾	ECODOPPLER e TSA e periferici	60.000,00
ANESTESIA ⁽¹⁾		Nota 1 20.000,00
NEFROLOGIA		
OST.-GINECOLOGIA ⁽¹⁾ <i>inclusa ecografia ostetrica</i>		
PNEUMOLOGIA ⁽¹⁾		
LABORATORIO ANALISI ⁽²⁾		
NEUROCHIRURGIA ⁽¹⁾		
ONCOLOGIA ⁽¹⁾		
RADIOTERAPIA ⁽¹⁾		
UROLOGIA ⁽¹⁾		
ALTRE PRESTAZIONI ⁽¹⁾		
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		800.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		779.397,23

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

⁽²⁾ Sconto tariffa 20% ex legge 326/2006

UCIPEM – Consultorio Trento		
AREA CONSULTORIO ex legge 405/75		TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E CONDIZIONI DI EROGAZIONE
BRANCA	COD.	
PSICHIATRIA	94.09	Colloquio psicologico clinico
	94.30	Psicoterapia individuale
	94.42	Psicoterapia familiare (per seduta)
	94.44	Psicoterapia di gruppo (per seduta e per partecipante)
ALTRE PRESTAZIONI	89.01	Anamnesi e valutazione definite brevi
	89.03	Anamnesi e valutazione, definite complessive
	89.7	Visita generale
	89.07	Consulto definito complessivo
TOTALE NEGOZIATO		100.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		86.667,85

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

continua >

RSA BRENTONICO		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZIATE E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ⁽¹⁾	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per un max di prestazioni	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		35.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		7.324,87

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

RSA CONDINO		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZIATE E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ⁽¹⁾	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per un max di prestazioni	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		25.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		4.493,73

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

RSA PINZOLO		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZIATE E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ⁽¹⁾	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per un max di 2.000 prestazioni	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		30.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		1.729,13

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

RSA PERGINE		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZIATE E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	

continua >

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ⁽¹⁾	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		40.000,00
TOTALE EFFETTIVO ⁽¹⁾		3.812,99

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

RSA TAI0		
BRANCHE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI NEGOZiate E SPECIFICHE CONDIZIONI DI EROGAZIONE	IMPORTO MASSIMO
	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (1)	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per un max di prestazioni	
LIMITE MASSIMO DI FINANZIAMENTO		25.000,00
TOTALE EFFETTIVO (1)		5.193,55

⁽¹⁾ Sconto tariffa 2% ex legge 326/2006

La Tabella 5.2.24a e la Tabella 5.2.24b riportano l'elenco dei 17 Istituti Speciali ⁶⁷, nei confronti dei quali APSS sostiene i costi sanitari o fornisce prestazioni sanitarie sulla base di specifici criteri stabiliti dalla Provincia.

TAB. 5.2.24a Istituti Speciali. Tipologia – Anni 2006-2008

STRUTTURA	natura	accredit.	tipo di prestazioni	tipo di pagamento		
				2006	2007	2008
ASSISTENZA PSICHIATRICA STRUTTURE TIPO B						
MASO S. PIETRO	privato	SI	accoglienza	retta	retta	retta
residenzialità differenziata				retta	retta	retta
semi residenzialità				retta	retta	retta
VILLA SAN PIETRO	privato	SI	accoglienza	tariffa	tariffa	tariffa
residenzialità				tariffa	tariffa	tariffa
semiresidenzialità				tariffa	tariffa	tariffa
residenzialità differenziata				tariffa	tariffa	tariffa
residenzialità adolescenti				tariffa	tariffa	tariffa
semiresidenzialità adolescenti	tariffa	tariffa	tariffa			

continua >

⁶⁷ Rispetto ad alcuni di questi, la PAT deve stabilire nell'ambito dei propri LEA la tipologia/qualificazione di "strutture a prevalente attività socio-assistenziale o sanitaria".

STRUTTURA	natura	accredit.	tipo di prestazioni	tipo di pagamento		
				2006	2007	2008
ASSISTENZA RIABILITATIVA ART. 26 legge 833/78						
MUTILATI VOCE	privato	SI	ambul./riab.	tariffa	tariffa	tariffa
SCLEROSI MULTIPLA TOTALE	privato	SI	ambul./riab.	contributo	contributo	contributo
Sclerosi Multipla visita		SI	ambul./riab.	tariffa	tariffa	tariffa
Sclerosi Multipla trattamenti		SI	ambul./riab.	tariffa	tariffa	tariffa
ARCIVESCOVILE PER SORDI	pubblico	SI	ambul./riab.	tariffa	tariffa	tariffa
IRIFOR CIECHI	privato	SI	ambul./riab.	contributo	contributo	contributo
ASSISTENZA TOSSICODIPENDENTI – ASSISTENZA ANORESSIA						
CENTRO ANTI DROGA	privato	SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
Comunità Alloggio – Comunità						
Comunità Alloggio – Rientro		SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
C.T.S. GIANO	privato	SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
Doppia diagnosi						
Accoglienza		SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
Voce Amica	privato	SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
Gruppo appartamento						
Comunità terapeutica		SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
Istit. Tossicodip. fuori PAT	privato	SI	accoglienza	retta	retta	retta
ALTRA ASSISTENZA ISTITUTI SOCIO ASSISTENZIALI						
Piccola Opera	pubblico	NO	accoglienza	contributo	contributo	contributo
Villa Maria	privato	NO	accoglienza	contributo	contributo	contributo
Casa Serena	privato	NO	accoglienza	contributo	contributo	contributo
ASSISTENZA RIABILITATIVA – VARIA						
Istit. Riab. fuori PAT Fisiatrice	privato	n.d.	accoglienza	retta	retta	retta
Istit. Riab. fuori PAT psichiatr.	privato					
CAD -Centro Anoressia	privato	SI	accoglienza	tariffa	vuoto/pieno	vuoto/pieno
LAMAR assist. AIDS – CTS	privato	NO	residenzialità	appalto	appalto	appalto

TAB. 5.2.24b Istituti speciali. Prestazioni e spesa – Anni 2006-2008

STRUTTURA	N. PRESTAZIONI			SPESA			% 08/07
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
ASSISTENZA PSICHIATRICA STRUTTURE TIPO B							
Maso San Pietro							
residenzialità	8.345	8.081	8.327				
residenzialità differenziata	2.197	2.437	2.165				
semi residenzialità	523	318	444				
totale	11.065	10.836	10.936	1.332.096,26	1.358.566,65	1.367.854,60	0,7

continua >

STRUTTURA	N. PRESTAZIONI			SPESA			% 08/07
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
Villa San Pietro							
residenzialità	5.690	4.672	5.296				
semiresidenzialità	524	751	1.001				
residenzialità differenziata	53	191	78				
totale	6.267	5.614	6.375	794.487,96	707.420,58	805.924,25	13,9
TOTALE	17.332	16.450	17.311	2.126.584,22	2.065.987,23	2.173.778,85	5,2
ASSISTENZA RIABILITATIVA ART. 26 legge 833/78							
Mutilati Voce				10.228,50	12.435,00	13.926,00	12,0
Sclerosi Multipla Totale	7.817	8.193	8.339	197.555,50	211.946,40	219.670,30	3,6
Arcivescove per Sordi	4.012	3.892	3.998	99.730,00	91.370,00	99.602,63	9,0
IRIFOR Ciechi				23.794,44	22.189,00	18.161,57	-18,2
TOTALE	29.161	28.535	29.648	2.457.892,66	2.403.927,63	2.525.139,35	5,0
ASSISTENZA TOSSICODIPENDENTI – ASSISTENZA ANORESSIA							
Centro Anti Droga	6.277	4.080	3.390	325.578,69	283.016,69	281.791,00	-0,4
C.T.S. Giano							
doppia diagnosi			4.002				
accoglienza			2.562				
totale	2.099	1.213	6.564	897.900,00	897.900,00	907.252,00	1,0
Voce Amica							
Gruppo appartamento			4.296				
Comunità terapeutica			1.318				
totale	3.790	4.085	5.614	213.525,00	259.755,00	292.904,00	12,8
Ist. Tossicodip. fuori PAT	12.989	11.796	11.984	724.219,85	710.609,13	822.323,80	15,7
TOTALE				2.161.223,54	2.151.280,82	2.304.270,80	7,1
ALTRA ASSISTENZA ISTITUTI SOCIO ASSISTENZIALI							
Piccola Opera				543.000,00	542.000,00	542.000,00	—
Villa Maria				785.989,00	788.801,79	790.000,00	0,2
Casa Serena				541.000,00	541.000,00	541.000,00	—
TOTALE				1.869.989,00	1.871.801,79	1.873.000,00	0,1
ASSISTENZA RIABILITATIVA – VARIA							
Istituti Riab. Fisiatria Fuori PAT		7.058	5.116	1.528.743,00	847.005,27	587.348,74	-30,7
Istituti Riab. Psichiatr. Fuori PAT		3.266	3.201		587.910,62	580.923,54	-1,2
CAD -Centro Anoressia					229.950,00	306.330,00	33,2
LAMAR assist. AIDS – CTS				313.592,64	345.610,44	345.610,44	—
TOTALE				1.842.335,64	2.010.476,33	1.820.212,72	-9,5
TOTALE COMPLESSIVO				10.458.025,06	10.503.473,80	10.696.401,72	1,84

TAB. 5.2.25 Associazioni di Volontariato. Attività e spesa – Anno 2008

Dist.	Associazione	Servizio attivo	Reperibilità	spesa per eventi		spesa per km		persone trasportate	totale
				< 10 km	< km15	km urg.	km progr.		
1	CB Tesero	113.274,00		1.090,00	15,00	46.066,68	159.317,73	3.170	319.763,41
1	CRI Cavalese	13.836,00	1.316,00	120,00		958,32	37.898,57	392	54.128,89
2	Vol. Primiero	27.216,00	18.112,50	120,00		17.610,12	21.442,59	424	90.417,21
2	CRI C. S. Bovo	63.084,00	2.142,00	780,00		56.001,00	70.607,10	1.466	193.111,53
3	CRI Borgo	25.296,00		610,00		3.036,00	34.247,05	743	63.189,05
3	Vol. Tesino	19.488,00	25.060,00	200,00		13.155,12	27.752,40	607	84.785,46
4	CRI Lavarone	124.008,00	9.492,00	470,00		20.225,04	11.690,58	547	165.885,62
4	CRI Pergine	37.548,00		160,00		11.663,52	83.639,23	1.233	133.010,75
4	CRI Levico	6.348,00		140,00		489,72	18.498,83	298	25.476,55
5	CB Trento	86.292,00		230,00	27.915,00	38.451,60	159.199,56	5.842	340.960,16
5	CRI Trento	119.628,00		1.080,00	59.355,00	34.914,56	110.730,18	7.124	325.707,74
5	CB Rotaliana	143.784,00		2.440,00	2.205,00	26.400,00	189.261,54	5.255	364.090,54
5	CB Fai	131.280,00		920,00		63.695,28	71.464,77	2.487	267.360,05
5	CRI Mezzocorona	11.136,00		160,00		2.278,32	13.480,71	186	27.055,03
5	CRI Vezzano	41.736,00		570,00		9.708,60	57.586,19	1.651	112.423,19
5	S.B. Segonzano	1.504,20	30.299,69	60,00		5.343,36	5.452,20	143	42.659,45
5	S.B. Albiano	1.693,20	30.247,35	110,00		4.445,76	35.397,18	729	71.893,49
5	S.B. Cembra	6.460,80	28.855,40	140,00		20.537,88	13.073,58	489	69.067,66
5	CRI Sover	120,00	30.744,00	40,00		6.156,48	30.019,80	368	67.080,28
5	CRI Lavis	36.228,00		710,00		18.321,60	39.873,58	1.099	95.133,18
6	Vol. Cles	45.156,00	10.192,00	1.300,00	45,00	9.358,80	81.091,79	1.076	147.143,59
6	CRI Coredò	18.276,00	262,50	100,00		6.762,36	36.367,08	441	61.767,94
6	Vol. Fondo	21.384,00	25.942,00	240,00		18.246,36	1.181,70	311	66.994,06
6	CB Tuenno	33.792,00		1.170,00		2.336,40	96.512,13	2.038	133.810,53
7	Vol. Pellizzano	30.336,00	26.442,50	260,00		24.317,04	69.345,90	1.594	150.701,44
7	CRI Dimaro	29.904,00		10,00		6.255,48	47.307,75	818	83.477,23
8	Vol. Storo	21.268,20	59.766,00	100,00		20.503,56	50.094,72	726	151.732,48
8	Vol. Pinzolo	25.680,00	28.252,00	510,00		20.828,28	47.128,77	1.048	122.399,05
8	Vol. Campiglio	21.384,00	28.567,00	6.170,00		40.481,76	4.937,40	1.088	101.540,16
8	CRI Giudicarie	76.080,00		260,00		10.466,52	120.329,64	1.536	208.495,10
8	CRI Condino	14.832,00		10,00		2.141,56	16.929,74	251	33.913,30
9	CB Altogarda	153.468,60		24.920,00		27.931,20	274.732,10	8.169	515.467,90
9	CRI Arco	46.644,00		3.420,00		5.376,36	35.445,78	1.334	90.886,14
9	CRI Bezecca	49.092,00	20.552,00	310,00		14.851,32	39.110,65	875	123.915,97
10	CRI Rovereto	75.228,00		21.950,00		7.956,96	118.532,67	4.840	223.667,63
10	CRI Brentonico	636,00	16.912,00	10,00		8.768,76	7.675,13	321	34.001,89
10	CRI Folgaria	282.324,00	30.744,00	11.390,00	150,00	34.384,68	277.129,93	6.357	678.122,61
10	Vol. Vallarsa	26.916,00	1.207,50	1.540,00		1.943,04	45.509,49	1.046	77.116,03
10	Vol. Ala	81.264,00		4.780,00		15.104,76	81.220,23	3.120	185.824,99
11	CRI Fassa	113.424,00	5.040,00	3.080,00		36.420,12	26.990,70	1.089	184.954,82
11	CB Canazei	106.140,00	30.744,00	570,00		46.222,44	19.414,98	753	203.091,42
11	CRI Moena	114.420,00	30.744,00	470,00		37.407,48	30.354,40	890	213.395,88
	2008	2.397.609,00	491.636,44	92.720,00	89.685,00	797.524,20	2.717.976,05	73.974	6.705.619,40
	2007	1.788.716,16	495.011,98	19.387,38	84.776,34	727.821,67	2.511.644,93	39.190	5.666.548,24
	Variazione 2008/2007	608.892,84	-3.375,54	73.332,62	4.908,66	69.702,53	206.331,12	34.784	1.039.071,16

All'inizio 2008 è stata data attuazione alla deliberazione G.P. n. 2826 del 14.12.2007, concernente lo Schema tipo di convenzione con le *Associazioni di volontariato per il trasporto infermi* per il triennio 2007-2009.

Gli adempimenti previsti dalle direttive e assegnati all'APSS riguardano:

- ▶ la rinegoziazione dell'attività e dei contratti con le Associazioni;
- ▶ lo sviluppo del sistema informativo per la gestione delle chiamate e trasporti delle Associazioni di volontariato (EMMA);
- ▶ la fornitura dell'ossigeno terapeutico mediante estensione del relativo contratto di servizio dell'APSS (Air Liquide);
- ▶ la formazione del personale volontario e del medico responsabile;
- ▶ l'estensione del servizio lavanderia del materiale lettereccio delle ambulanze;
- ▶ il servizio smaltimento rifiuti speciali;
- ▶ la fornitura di medicinali e materiali di medicazione e assi spinali;
- ▶ l'accesso alle mense aziendali del personale in servizio volontario.

Le attività e la spesa delle Associazioni di volontariato nell'anno 2008 sono evidenziate nella Tabella 5.2.25.

GESTIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE

La finalità del processo consiste nella gestione integrata delle attività connesse al ciclo di vita di tutte le attrezzature sanitarie.

Sia per le implicazioni assistenziali che per quelle tecnico-organizzative, le attrezzature sanitarie sono un elemento particolarmente importante per i processi aziendali. La procedura di gestione delle attrezzature sanitarie costituisce, allo stato attuale, un *processo unitario* che inizia con la proposta motivata dell'acquisizione, prosegue con l'individuazione del livello di priorità, l'assegnazione del finanziamento, la definizione dei piani di investimento, l'istruttoria per l'acquisto, il collaudo e la messa in funzione, la programmazione della manutenzione e l'eventuale messa fuori uso e smaltimento delle attrezzature sostituite.

Le diverse fasi del processo implicano le seguenti azioni/attività:

- ▶ *Raccolta e valutazione dei fabbisogni di attrezzature sanitarie secondo logiche di HTA (sostituzioni, innovazioni, sicurezza dei pazienti e del personale):* nel 2008 è stata utilizzata la procedura collaudata nei precedenti anni: le UU.00. e i servizi hanno presentato le proprie richieste di nuove attrezzature (sostituzioni, innovazioni o finalizzate alla sicurezza) tramite l'apposita scheda per la richiesta motivata di nuove attrezzature, allegando, per le attrezzature più importanti o innovative, una documentazione basata su criteri di HTA; le direzioni degli Ospedali, dei Distretti e dei Dipartimenti hanno vagliato e ordinato le richieste secondo criteri espliciti di priorità e hanno trasmesso gli elenchi con le priorità e la relativa documentazione al Servizio Ingegneria Clinica (SIC);

- ▶ *Pianificazione investimenti*: il SIC e la Direzione Cura e Riabilitazione (DCR) negli ultimi mesi dell'anno hanno effettuato una prima analisi di tutte le richieste pervenute, integrando, ove necessario, la documentazione secondo logiche di HTA e di evidenza clinica, predisponendo tutto il materiale necessario per l'analisi valutativa delle richieste di investimenti da parte della Commissione aziendale (nominata dal Direttore Generale e composta da clinici e da tecnici). Alla fine dei lavori la Commissione proporrà al Direttore Generale un piano complessivo di investimenti compatibile con le priorità espresse e con le risorse rese disponibili dalla PAT. Successivamente all'approvazione del piano investimenti da parte della PAT, la DCR trasmetterà la relativa documentazione alle Direzioni degli Ospedali, Distretti e Dipartimenti, specificando anche le attrezzature non finanziate o finanziate su fondi diversi dal piano investimenti 2009 (somme residue, piani straordinari, progetti di ricerca, ecc.);
- ▶ *Pianificazione e gestione degli acquisti e delle altre forme di acquisizione* (leasing, donazioni, comodati d'uso, prestiti, in prova): nel primo trimestre dell'anno il SIC, in collaborazione con il Servizio Approvvigionamenti e la DRC, ha predisposto un calendario di attuazione degli acquisti di attrezzature sanitarie finanziate nel conto capitale 2008. La precedenza temporale è stata data all'acquisto di attrezzature previste nel piano aziendale della sicurezza, alle sostituzioni di apparecchiature obsolete, alle innovazioni urgenti per la realizzazione di determinati progetti specifici a valenza aziendale. Inoltre sono state definite le varie modalità di acquisizione (acquisti in economia, acquisti a trattativa privata, acquisti con gara europea) cercando di razionalizzare le gare per tipologia di attrezzature con l'obiettivo di ottenere economie di scala negli acquisti. Nella fase di realizzazione del piano investimenti nel corso del 2008 il SIC ha redatto 394 relazioni tecniche che hanno determinato acquisti di attrezzature sanitarie per un valore pari a circa 7,9 Milioni di Euro. L'andamento temporale delle procedure di acquisto è monitorato per mezzo di un archivio informatizzato, con trasmissione trimestrale dello stato di avanzamento al Controllo di Gestione. Prendendo come riferimento le somme disponibili in conto capitale, il piano 2006 risulta completato al 92%, il piano 2007 completato al 70% e il piano 2008 completato al 66%. Nella stesura delle relazioni di comparazione tecnica, ove possibile, sono state utilizzate informazioni pubblicate da organismi internazionali, in modo particolare le pubblicazioni dell'ECRI, e per le tecnologie più importanti sono state adottate metodologie di valutazione basate su criteri di HTA. Le gare di acquisto con formula di service o di noleggio sono istruite dal Servizio Approvvigionamenti secondo un calendario che tiene conto delle scadenze dei contratti in atto; il SIC partecipa, ove necessario, alla stesura dei capitolati tecnici e alle successive commissioni di valutazione. Le donazioni destinate all'acquisto di attrezzature sanitarie sono state valutate dal SIC per verificarne la congruità con le linee aziendali e con il parco macchine

esistente; il parere positivo o negativo è stato trasmesso al Servizio Logistica per il completamento delle pratiche di accettazione delle donazioni.

Per quanto riguarda le richieste di prova di attrezzature i Direttori delle UU.OO. interessate richiedono l'autorizzazione alle rispettive Direzioni di Ospedale/Distretto che, consultato il SIC per un parere tecnico e normativo, rilascia l'eventuale autorizzazione per periodi di 30-60 giorni, richiedendo una relazione finale;

- ▶ *Gestione della fase di installazione delle attrezzature* (inventario, montaggio, collaudo, documentazione di corredo): la procedura di collaudo delle attrezzature sanitarie effettuata dai tecnici del SIC prevede il controllo di congruità fra quanto ordinato e quanto consegnato dalle ditte fornitrici, la verifica della documentazione e delle certificazioni previste dalle normative, l'esecuzione di controlli visivi e strumentali, l'inserimento dei dati nell'inventario dei cespiti e nell'archivio informatizzato del SIC, il rilascio della lettera di collaudo ai servizi interessati (Approvvigionamenti, Logistica, Direzioni Ospedale, UU.OO.). Per le installazioni di grandi apparecchiature nel corso del 2008 è stata intensificata la collaborazione con il SIST e con il SSI per le procedure relative alle installazioni di grandi apparecchiature (in modo particolare sistemi radiologici, sistema PACS, sistema gestione ECG, ecc) che implicano la predisposizione di lavori, impianti e collegamenti informatici. In particolare sono stati installati un Tomografo a Risonanza Magnetica a Cavalese, tre diagnostiche digitali e la TAC nella Radiologia d'Urgenza di Trento. Inoltre sono state trasferite tutte le attrezzature sanitarie dei reparti del C.T.O. al S. Chiara, dei codici rossi del PS, di altri reparti del S. Chiara legati alla ristrutturazione in atto e del Laboratorio Igiene Pubblica presso il CSS. Nella Tabella 5.2.29 è riportata la distribuzione dei collaudi nei vari Ospedali/Distretti dell'APSS: complessivamente sono state eseguite 2.147 procedure di collaudo su nuove apparecchiature (rispetto ai 2.450 collaudi del 2007). Per quanto riguarda i tempi, tutte le procedure di collaudo sono state contenute entro un periodo di 10-20 giorni dalla consegna in funzione della attrezzatura, con una media di 15 giorni;
- ▶ *Gestione operativa di tutte le attrezzature sanitarie, a qualsiasi titolo acquisite*: il parco delle attrezzature sanitarie in esercizio nelle varie strutture dell'APSS risulta molto ampio: complessivamente le attrezzature presenti sono circa 16.697 per un valore di acquisto pari a oltre 138 milioni di Euro. La distribuzione per Ospedali/Distretti è riassunta nella Tabella 5.2.27. Dall'inizio del 2007 tutto il personale del SIC utilizza una nuova procedura informatica (CLINGO) per la gestione operativa delle attrezzature, collegata con l'archivio dei cespiti e funzionante in modalità web su intranet. Negli primi mesi dell'anno, quale azione di miglioramento sviluppata nel corso dell'anno precedente, è entrata in esercizio la gestione informatizzata delle riparazioni (richieste interventi, attività interne dei tecnici, spedizioni alle

TAB. 5.2.26 Attrezzature installate in Ospedali e Distretti – Anni 2007-2008

Ospedali / Distretti	valore acquisto migliaia di euro	% acquisto	numero attrezzature	peso %
2007				
Ospedale di Trento e Distretto Valle dell'Adige	68.509	55,4	7.673	46,8
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	23.779	19,2	3.217	19,6
Distretti Fiemme e Fassa	5.142	4,2	611	3,7
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	4.904	4,0	668	4,1
Distretto Alta Valsugana	1.975	1,6	545	3,3
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	5.279	4,3	886	5,4
Distretto Giudicarie	4.562	3,7	643	3,9
Distr. Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	9.466	7,7	2.145	13,1
Totale	123.619.243	100,0	16.388	100,0
2008				
Ospedale di Trento e Distretto Valle dell'Adige	77.441	56,1	8.187	46,3
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	25.530	18,5	3.389	19,2
Distretti Fiemme e Fassa	5.905	4,3	656	3,7
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	5.033	3,6	714	4,0
Distretto Alta Valsugana	2.099	1,5	581	3,3
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	6.837	4,9	992	5,6
Distretto Giudicarie	5.083	3,7	715	4,0
Distr. Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	10.221	7,4	2.463	13,9
Totale	138.149	100,00	17.697	100,00

ditte per riparazione, chiamate ditte esterne, ecc.) in modo da documentare tutte le attività svolte sulle singole attrezzature.

La gestione operativa delle attrezzature è suddivisa nelle seguenti attività:

- *controlli per la sicurezza*: una fase importante del processo complessivo di gestione delle attrezzature è quella delle verifiche di sicurezza elettrica. Secondo un programma iniziato nel 2000, sono continuate le verifiche nelle varie strutture aziendali e sono state eseguite le verifiche di sicurezza secondo quanto prescritto dalle Norme e dalle Guide CEI per le apparecchiature elettromedicali. Complessivamente i controlli effettuati nel 2008 dal personale interno sono risultati pari a 2.865 suddivisi per i vari Ospedali/Distretti secondo la tabella 3 (decremento del 8% rispetto anno 2007);
- *controlli per la qualità e la funzionalità*: sono proseguite, secondo un calendario prestabilito, le verifiche di qualità e funzionalità su alcune

tipologie particolari di apparecchiature quali defibrillatori, elettrobisturi, incubatrici neonatali, apparecchi anestesia, apparecchiature di fisioterapia (ultrasuoni, elettroterapie e laser terapeutici) e sono state effettuate le relative misurazioni sulle apparecchiature in uso presso le varie UU.OO. Questi controlli sono stati effettuati secondo protocolli interni, che seguono quanto prescritto dalle norme CEI particolari per le specifiche categorie, dal personale tecnico del SIC. Per altre tipologie di attrezzature i controlli di funzionalità sono stati affidati in appalto a ditte esterne, secondo protocolli definiti dalle normative e concordati in fase di gara di appalto. Di particolare rilevanza per la sicurezza dei pazienti sono i controlli per le convalide annuali sulle autoclavi per la sterilizzazione a vapore, sulle termosaldatrici e sulle apparecchiature lavaferri in esercizio in tutti i servizi di sterilizzazione dell'APSS: i risultati delle convalide vengono distribuiti ai servizi interessati su supporto elettronico e memorizzate nell'archivio informatizzato di gestione. Per quanto riguarda la sicurezza dei lavoratori vengono effettuati, sempre in appalto, i controlli semestrali sulle cappe chimiche e biologiche in esercizio nelle varie UU.OO. dell'APSS. Le verifiche di qualità e le verifiche proteximetriche su tutti i sistemi radiologici sono state eseguite dal Servizio di Fisica Sanitaria. Nel corso dell'anno è stato acquisito e installato un sistema di telecontrollo computerizzato delle temperature per varie apparecchiature (frigoriferi, congelatori, termostati, incubatori) di tutti i laboratori del Dipartimento di Laboratorio e del Laboratorio Sanità Pubblica. Nella Tabelle 5.2.27 e 5.2.28 sono riassunti numericamente i controlli effettuati nel 2008 (verso il 2007);

TAB. 5.2.27 Numero dei controlli di qualità e funzionalità – Anno 2008

CATEGORIE ATTREZZATURE SANITARIE	2007	2008
Defibrillatori	169	84
Elettrobisturi	52	48
Incubatrici neonatali	32	30
Apparecchi anestesia	17	17
Autoclavi (*)	51	51
Termosaldatrice sterilizzazioni (*)	41	41
Lavaferri (*)	15	17
Cappe chimiche e biologiche (*)	65	63
Totale	442	351
Sistemi radiologici fatti dal Servizio fisica sanitaria	tutti	tutti
Telecontrollo temperatura (frigoriferi, congelatori, incubatori, ecc.)	—	200

(*)controlli effettuati in appalto con ditte esterne

TAB. 5.2.29 Numero dei controlli di sicurezza elettrica – Anno 2008

OSPEDALI E DISTRETTI	2007	2008
Ospedale di Trento e Distretto Valle Dell'adige	1.305	1.465
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	450	829
Distretti Fiemme e Fassa	153	95
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	145	127
Distretto Alta Valsugana	68	58
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	196	189
Distretto Giudicarie	141	187
Distretto Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	665	636
Totale	3.123	3.586

- *manutenzione programmata*: la gestione della manutenzione delle attrezzature viene garantita attraverso contratti di manutenzione, quasi tutti di tipo full-risk, sottoscritti direttamente con le singole ditte produttrici. Nei contratti sono inserite tutte le apparecchiature più complesse e tutte le apparecchiature considerate critiche per la sicurezza del paziente: pertanto gli interventi di manutenzione programmata avvengono secondo quanto previsto dai protocolli dei singoli produttori, mentre gli interventi di manutenzione correttiva, ordinaria o straordinaria, avvengono su chiamata con tempi di risposta concordati in fase di sottoscrizione del contratto. Nel corso dell'anno il SIC effettua un monitoraggio continuo degli interventi di manutenzione preventiva e di manutenzione correttiva previsti dai contratti in essere con le ditte esterne: in caso di difformità vengono effettuate segnalazioni, sia telefoniche sia scritte, dei disservizi nei tempi di intervento dei tecnici delle ditte manutentrici, con eventuale richiesta alla Ditta esterna di penali per la mancata rimessa in funzione dell'apparecchiatura entro i termini massimi previsti dal contratto. A inizio anno, dopo l'effettuazione delle variazioni dovute a fine esercizio o a fine garanzia di alcune apparecchiature, sono stati confermati i contratti in essere per il triennio 2007-2009 con 89 ditte, per un valore complessivo di circa 6,7 Milioni di Euro (IVA compresa) per l'anno 2008; le attrezzature inserite nei contratti complessivamente sono pari a 1.862. Durante l'anno sono state sospese dai contratti le varie apparecchiature dimesse o sostituite;
- *manutenzione ordinaria e straordinaria*: per tutte le attrezzature sanitarie che non sono inserite nei contratti di manutenzione gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria vengono eseguiti dal personale tecnico del SIC e tracciati attraverso la procedura CLINGO: a seguito della valutazione del livello di guasto la riparazione viene effettuata direttamente nei reparti o nei laboratori del SIC (Trento, Rovereto, Arco e Pergine) oppure

- viene chiesto l'intervento della ditta esterna in regime di economia. Per le piccole apparecchiature si procede alla spedizione ai centri di riparazione autorizzati. Nell'ambito della manutenzione ordinaria presso la sede del SIC di Trento viene gestito un magazzino di pezzi di ricambio e di accessori per effettuare gli interventi manutentivi di primo livello;
- *pratiche di fuori uso*: le motivazioni per l'avvio delle pratiche di fuori uso delle attrezzature sono diverse: sostituzione con una nuova attrezzatura, non rispondenza alle normative di sicurezza emersa durante i controlli periodici, riparazioni non possibili o non convenienti economicamente, obsolescenza tecnologica, non adeguatezza alle esigenze cliniche. In ogni caso, dopo una valutazione tecnica e funzionale, viene effettuata da parte del SIC una comunicazione al Servizio Logistica per la richiesta di fuori uso, con conseguente cancellazione dall'inventario. Se l'attrezzatura è inserita in un contratto di manutenzione viene fatta comunicazione alla ditta per la sospensione del canone. Il Servizio Logistica provvede a immagazzinare le attrezzature ancora utilizzabili per eventuali cessioni alle associazioni no-profit e a smaltire le altre attrezzature;

TAB. 5.2.29 Numero dei collaudi e dei fuori uso – Anno 2008.

OSPEDALI E DISTRETTI	COLLAUDI		FUORI USO	
	2007	2008	2007	2008
Ospedale di Trento e Distretto Valle Dell'adige	1.152	1.034	726	537
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	284	302	243	201
Distretti Fiemme e Fassa	93	64	24	45
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	94	62	59	61
Distretto Alta Valsugana	54	47	30	41
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	272	134	22	78
Distretto Giudicarie	117	77	38	19
Distretto Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	384	427	102	64
Totale	2.450	2.147	1.244	1.046

- *messa a disposizione le informazioni necessarie agli utilizzatori* (manuali d'uso, alert): nel corso del 2008 è proseguito l'impegno per migliorare il contenuto informativo del sito Intranet del Servizio di Ingegneria Clinica; in particolare, sono stati inseriti numerosi manuali d'uso delle apparecchiature elettromedicali permettendone la visualizzazione direttamente via Intranet. Per quanto riguarda la manutenzione sono pubblicati tutti gli elenchi delle apparecchiature inserite nei contratti suddivisi per Ospedali/Distretti e singole UU.00., completi di tutte le informazioni relative al calendario delle visite di manutenzione preventiva, alle condizioni contrattuali (tempi intervento, numeri di riferimento, ecc.).

Le segnalazioni sulla sicurezza delle attrezzature provenienti dai produttori o eventuali segnalazioni ritenute importanti provenienti da vari enti nazionali e internazionali sono state comunicate direttamente ai Direttori delle UU.OO. che utilizzano le apparecchiature oggetto delle segnalazioni;

- *Sviluppo attività di monitoraggio per la valutazione e il riesame del processo da parte della direzione aziendale:* per quanto riguarda la pianificazione degli investimenti viene rilasciato un calendario annuale delle relative gare di acquisto. È stata realizzata una nuova procedura informatizzata per seguire in modo più semplice e trasparente l'iter completo di ogni richiesta di acquisto, prevista dal piano degli investimenti, dal momento iniziale fino al collaudo della nuova apparecchiatura, con rilascio di report trimestrali per la Direzione Approvvigionamenti e il Controllo di Gestione. Questa azione di miglioramento, è stata completata nel 2008 con la disponibilità dello stato di avanzamento del piano acquisti alla consultazione da parte delle Direzioni di Ospedale/Distretto direttamente sul sito Intranet.

GESTIONE DI ATTREZZATURE E MATERIALI NON SANITARI

La finalità del processo consiste nella gestione unitaria e integrata di tutte le attività aziendali che consentono di mettere a disposizione delle strutture aziendali i materiali di consumo necessari allo svolgimento delle attività istituzionali (esclusi farmaci, dispositivi medici e prodotti dietetici) e permette di gestire in modo integrato le attività connesse al ciclo di vita delle attrezzature non sanitarie (escluse le attrezzature connesse al processo "gestione dell'informazione").

L'attività logistica in ambito aziendale è gestita attraverso il Servizio Gestione Alberghiera e Logistica con le strutture di magazzino, di deposito e di archivio centrali e da tutti i magazzini presenti in ogni struttura aziendale.

L'attività di approvvigionamento è assicurata dal Servizio Approvvigionamenti con l'organizzazione centrale e da tutti gli uffici presenti presso le Direzioni di Amministrazione di ogni Ospedale/Distretto.

A seconda della tipologia i Servizi Approvvigionamenti e Gestione Alberghiera e Logistica curano la raccolta dei fabbisogni di beni sia di consumo che a utilità ripetuta (sia per nuova dotazione che per sostituzione). Sulla base delle richieste pervenute annualmente viene stilato un *piano di acquisti beni e servizi* programmando l'attività istruttoria che, propedeutica all'acquisto, coinvolge trasversalmente numerose figure professionali a seconda della tipologia di bene da acquistare (UO richiedenti, Servizio Protezione Aziendale, Direzioni di Distretto/Ospedale). La fase d'acquisto prosegue con l'esperimento della gara e si conclude con l'emissione dell'ordine al fornitore e la consegna del bene alle strutture aziendali.

In ordine ai *beni di consumo non sanitari* si rileva una movimentazione complessiva di circa 5.000 beni economici gestiti dai magazzini distribuiti sul territorio

i quali, assieme ai depositi di farmacia, formano un unico trasparente magazzino informatizzato. I beni non sanitari sono stati messi a disposizione direttamente a tutte UU.OO./Servizi secondo le richieste giornalmente inoltrate sia in modo telematico che cartaceo. Nel corso del 2008 non sono state rilevate contestazioni in merito a ritardi o disguidi relativi alle consegne agli utilizzatori.

Al 31.12.2008 è stata contabilizzata una rimanenza di n. 4.787 differenti articoli non sanitari pari a un valore, calcolato al costo medio ponderato, di 1.514.489,86 euro. I beni non sanitari presentano la caratteristica di forte variabilità e numerosità a fronte di basso valore economico infatti, incidono sul totale delle rimanenze per più del 53% in quantità e solo per il 12,5% del valore.

Dal punto di vista contabile in questi ultimi anni si è rilevato un graduale miglioramento dell'indice generale di rotazione delle scorte il quale è passato dal 4,37 del 2005 al 4,66 del 2006, al 5,42 del 2007 per stabilizzarsi al 5,40 del 2008, riscontrando di conseguenza, nel 2008 rispetto al 2007, un costante tempo medio di permanenza delle merci quantificato in 67,57 giorni.

Assieme alla ditta che gestisce il software di magazzino è stata fatta una analisi di fattibilità di gestione dei prodotti utilizzando il codice a barre da sperimentare nel corso del 2009. L'ufficio gestione merci, oltre all'attività istituzionale di controllo ed effettuazione di tutte le attività connesse alla gestione delle merci, ha offerto formazione sia in aula che sul campo per quanto riguarda la gestione delle merci. Inoltre ha offerto a tutte le strutture una sorta help desk per la risoluzione delle problematiche che, in una struttura così complessa, giornalmente si presentano. Sono state elaborate e trasmesse a tutti gli interessati quattro schede operative: "La gestione completa di lotti e scadenze", "Lo scarico di magazzino", "I depositari", "Come inserire una richiesta urgente".

I *beni durevoli* acquisiti dall'APSS dopo essere stati collaudati dai fornitori sono inseriti nel *libro cespiti aziendale* a cura del Servizio Gestione Alberghiera e Logistica.

La gestione operativa dei beni è affidata alle UU.OO. assegnatarie, mentre le attività di controllo ed eventuale movimentazione sul libro cespiti è affidata al referente locale di inventario. Si evidenzia come nel corso d'anno sia stata data piena applicazione al regolamento sulle immobilizzazioni con l'aggiornamento dell'elenco dei delegati dei responsabili. È stata inoltre apportata una significativa modifica al software di gestione dell'inventario dei beni finalizzata alla maggiore chiarezza nella stampa del libro cespiti.

In merito al *parco automezzi* si sottolinea la costante attività dell'APSS tesa a individuare forme di mobilità a bassa impatto ambientale, in particolare nel 2008 gli automezzi a trazione alternativa (35 benzina/metano – 3 elettrici) sono arrivati a coprire più del 20% del parco totale automezzi. Inoltre, sono stati presi accordi per

una sperimentazione, da attuare in aprile-maggio 2009, di noleggio di un numero considerevole di *biciclette* da utilizzare per gli spostamenti interni all'azienda.

Per il parco autoveicoli il Servizio Gestione Alberghiera e Logistica cura direttamente la manutenzione attraverso un contratto di fleet management assegnato alla ditta Car Server. Per quanto riguarda tutto il settore dei beni hardware dal 2006 è operativo un contratto di fleet management che garantisce, al raggiungimento dei tre anni di anzianità della postazione di lavoro in dotazione, il rinnovo del parco macchine e dei sistemi di base a esso legati con fornitura di attrezzature a noleggio.

L'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari è tenuta al rispetto degli *obblighi in materia di archivi* e, attenendosi alle direttive impartite dalla Giunta Provinciale, deve, in particolare:

- ▶ provvedere alla conservazione e all'ordinamento dei propri archivi e alla loro inventariazione;
- ▶ procedere ai dovuti scarti di documenti previa autorizzazione del Dirigente della Soprintendenza dei Beni librari e archivistici della Provincia autonoma di Trento.

La funzione è assicurata da una archivista e da un nucleo di persone dedicate la cui attività è regolamentata dal *Manuale di Gestione degli archivi* e dal *Documento programmatico sulla sicurezza*.

Al fine di adempiere alle prescrizioni inerenti la sicurezza dei dati, nel corso del 2007 è stata rafforzata l'attività di trasferimento di documentazione in archivi di deposito appositamente individuati e autorizzati. In particolare ha preso pieno avvio l'attività presso gli archivi di deposito dell'Ospedale S. Chiara e del Distretto di Trento siti a Spini di Gardolo, e dell'*archivio robotizzato* situato nelle vicinanze della sede centrale e adibito alla custodia di tutta la *documentazione a conservazione illimitata*.

GESTIONE DEI MATERIALI SANITARI

La finalità del processo è quella di gestire in maniera unitaria tutte le attività aziendali che consentono di mettere a disposizione delle parti interessate dell'APSS (cittadini, operatori, strutture accreditate, altri) farmaci, dispositivi medici e prodotti dietetici sicuri, efficaci e appropriati.

Nel corso del 2007, per governare la domanda di farmaci/dispositivi medici e per monitorarne i consumi, sono state svolte le seguenti attività:

- ▶ *Assistenza farmaceutica convenzionata (sul territorio):* al fine di monitorare e qualificare l'assistenza farmaceutica sul territorio, APSS ha fornito ai medici convenzionati report trimestrali sulle prescrizioni rilasciate nel periodo, con confronti temporali e con le medie distrettuali e provinciali. Quali indicatori principali sono stati utilizzati il numero di dosi definite giornaliere (DDD) e la spesa, rapportati alla popolazione pesata del singolo medico. Inoltre, sono state

effettuate specifiche verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, segnatamente sulla presenza e sulla corretta compilazione del Piano terapeutico specialistico quale condizione necessaria per la prescrizione a carico del SSN di molti medicinali. Per il 2008, l'analisi quali-quantitativa dei consumi farmaceutici ha suggerito il monitoraggio delle prescrizioni di medicinali antiaggreganti impiegati in prevenzione cardiovascolare e di nuovi antidiabetici, sia orali che a base di insulina, per la continuità terapeutica ospedale-territorio. APSS ha gestito e diffuso fra gli operatori interessati l'aggiornamento mensile delle liste di trasparenza, che fissano a livello regionale il prezzo massimo di rimborso alle farmacie delle confezioni di medicinali non più coperti da brevetto. Inoltre, a seguito di recenti, importanti scadenze brevettuali, sono state fornite da APSS raccomandazioni a tutti i medici dipendenti e convenzionati affinché prescrivano, nell'ambito delle terapie con farmaci antiulcera, antipertensivi e ipolipemizzanti (che complessivamente determinano il 50% circa della spesa farmaceutica), i medicinali equivalenti dotati di un migliore rapporto costo/beneficio. Tramite l'*assistenza farmaceutica convenzionata*, nel 2008 sono state erogate *sul territorio* della provincia di Trento 780 dosi giornaliere definite di farmaci (DDD) ogni 1000 abitanti/die (+3,7% rispetto al 2007), cui vanno aggiunte 15,4 DDD/1000 ab./die di farmaci per la continuità ospedale-territorio erogati in confezione ospedaliera tramite accordi con le farmacie convenzionate (+23% rispetto al 2007) e 1,1 DDD/1000 ab./die erogati in dimissione dal ricovero tramite le farmacie ospedaliere. A livello nazionale, l'OsMe ha reso disponibile solo il dato relativo al periodo gennaio-settembre. Il valore medio nazionale registrato è di 931 DDD/1000 ab./die. La differenza (-16%) fra i volumi prescrittivi rilevati nella Provincia di Trento e quelli nazionali, che si riscontra da diversi anni, non corrisponde a un basso livello di copertura dei fabbisogni terapeutici della popolazione da parte del Servizio sanitario provinciale. La *spesa farmaceutica privata pro capite* (classe C + automedicazione) dei cittadini trentini, infatti, è in linea con i valori registrati nelle regioni limitrofe. Il consumo di medicinali è aumentato principalmente per i farmaci ipolipemizzanti, antitrombotici, antipertensivi, gastroprotettori, ipoglicemizzanti orali e insuline. La *spesa netta pro capite*, calcolata sulla popolazione pesata per età e sesso, è di 159 euro (-2,4% rispetto al 2007), un valore molto inferiore alla media nazionale (197 euro, dato ASSR). Ciò riflette sia un basso livello di consumi che una minore tendenza allo spostamento delle prescrizioni verso farmaci più costosi (c.d. effetto mix positivo) e non necessariamente innovativi. Le dosi di farmaci liberi da brevetto prescritte a carico del SSP sono state il 46% del totale. Si rammenta che la perdita della copertura brevettuale determina una riduzione di almeno il 20% del costo del medicinale per il SSP. Le dosi di farmaci unbranded (cioè commercializzati con il nome del principio attivo) sono state il 16% sul totale delle dosi rimborsate. Tali dati collocano la PAT al primo posto fra le regioni italiane per consumo di medicinali equivalenti;

- ▶ *Assistenza farmaceutica ospedaliera*: particolare attenzione è stata riservata ai *nuovi farmaci oncologici targeted*, secondo le indicazioni fornite dall'Agenzia italiana del farmaco. Le nuove modalità di prescrizione e dispensazione, che prevedono la costituzione di un Registro dei pazienti trattati, hanno come obiettivo il monitoraggio dell'uso appropriato di tali farmaci, anche al fine di produrre dati sul loro impiego nella pratica clinica che potranno essere utili a integrare le limitate conoscenze emerse dalle sperimentazioni condotte a fini registrativi. Inoltre, specifici progetti di monitoraggio del consumo ospedaliero di medicinali sono stati attivati dalla *Commissione per il Prontuario ospedaliero*, a seguito dell'inserimento nel Prontuario di *farmaci riservati a particolari categorie di pazienti o dotati di un rapporto costo/efficacia in via di definizione*. Anche l'erogazione in dimissione di farmaci per la continuità ospedale-territorio, particolarmente rilevante per talune categorie di pazienti sottoposti a follow up ravvicinato (dializzati, oncologici, trapiantati ecc.), è stata oggetto nel 2008 di monitoraggio quali-quantitativo volto a valutare l'appropriatezza dei Piani terapeutici specialistici rilasciati ai pazienti. Nel 2008, nelle strutture sanitarie rifornite da APSS sono state utilizzate circa 52.000 dosi definite giornaliere (DDD)/die di farmaci (-10% rispetto al 2007). Nello stesso periodo, in valori assoluti, il consumo di medicinali più elevato si è registrato nei seguenti settori: medicina generale, chirurgia generale, terapia intensiva, assistenza psichiatrica e oncologia medica. Sempre in valori assoluti, gli ambiti nei quali si rileva la spesa maggiore sono: oncologia medica, medicina generale (inclusa sezione di malattie infettive), chirurgia generale, neurologia;
- ▶ *Farmacovigilanza*: presso il Servizio farmaceutico aziendale (dove opera il referente aziendale per la farmacovigilanza) è proseguita la raccolta, il trattamento e l'invio delle segnalazioni degli eventi avversi da farmaci. Inoltre, sono state inviate agli operatori sanitari numerose comunicazioni riguardanti la sicurezza dei medicinali ed è stata predisposta la *relazione annuale sull'andamento dell'attività di segnalazione spontanea delle reazioni avverse da farmaci*. È attivo anche un flusso informativo aziendale per la vigilanza sui dispositivi medici, tramite il quale sono stati segnalati gli incidenti o mancati incidenti. È stato inoltre garantito, previa verifica delle strutture aziendali interessate, il necessario flusso informativo riguardante i warning sui medicinali e sui DM provenienti dalle istituzioni (AIFA, Ministero della salute ecc.) o dalle ditte produttrici. Nel 2008 sono state raccolte e trattate le informazioni provenienti da 143 segnalazioni di reazioni avverse da farmaci, corrispondenti a un tasso di circa 28 segnalazioni ogni 100.000 abitanti. Tale dato è in crescita rispetto agli anni precedenti e la P.A. di Trento è ancora oggi una delle regioni con il tasso di segnalazione più elevato, prossimo al valore fissato dall'OMS come indice di elevata qualità dei sistemi di raccolta dati sulle reazioni avverse da farmaci (30 segnalazioni/100.000 abitanti);

- ▶ *Farmaci*: distribuzione diretta di farmaci (per conto di APSS e in dimissione): nel 2008 è proseguita, in applicazione della L. 405/2001 e tramite accordi con le farmacie convenzionate e la distribuzione intermedia, l'erogazione di medicinali di proprietà APSS per la continuità terapeutica ospedale-territorio (c.d. distribuzione per conto). Inoltre, è stata implementata la distribuzione di medicinali ai pazienti in dimissione o a seguito di visita specialistica tramite le strutture APSS. Nel complesso, l'attività di distribuzione diretta ha prodotto un consistente risparmio per il Servizio sanitario provinciale, consentendo agli assistiti un agevole e corretto accesso alla prestazione farmaceutica specialistica. Lo stesso approccio è stato seguito nell'erogazione di farmaci H/OSP agli assistiti per uso domiciliare;
- ▶ *Assistenza integrativa*: l'assistenza integrativa erogata direttamente tramite le farmacie convenzionate riguarda: presidi per incontinenza ad assorbenza (pannoloni, traverse) e a raccolta (cateteri, raccoglitori per urina, stomie), medicazioni per decubiti, dispositivi per diabetici, prodotti dietetici destinati a un'alimentazione particolare (per pazienti celiaci o affetti da malattie metaboliche, latte per neonati da madri HIV-positive), materiale di medicazione. Anche nel 2008, questa forma di assistenza è stata assicurata ai cittadini tramite la convenzione fra APSS e farmacie sul territorio. La prescrizione medica viene tradotta dai Distretti in autorizzazioni recanti il fabbisogno mensile, spendibili dall'assistito in farmacia.

Nel corso del 2008 sono state svolte, in correlazione al processo di gestione dei materiali sanitari, le seguenti ulteriori attività:

- ▶ *Informazione sull'uso appropriato dei farmaci e materiali sanitari*: per quanto riguarda l'informazione sui medicinali destinata agli operatori, fra gli strumenti utilizzati nel 2008 si segnala: l'abbonamento gratuito per 1.300 medici alla rivista Informazioni sui farmaci, una delle tre riviste italiane iscritte all'associazione internazionale dei bollettini indipendenti sui farmaci; la distribuzione ai prescrittori di tre numeri/anno della rivista *Farma. tn*, redatta da farmacisti dell'APSS in collaborazione con medici specialisti e di medicina generale allo scopo di integrare l'informazione in tema di medicinali con contenuti e dati di carattere locale; la distribuzione del bollettino di farmaco-vigilanza *Focus*, alla cui redazione collaborano farmacisti dell'APSS; la fornitura ai medici convenzionati di dettagliati report trimestrali sulla propria attività prescrittiva, comprensivi del confronto con le medie distrettuali e provinciali; l'aggiornamento dell'elenco dei medicinali off patent in commercio in provincia di Trento; la redazione/ distribuzione del Rapporto annuale sull'uso dei farmaci in Trentino. Nell'ambito delle attività di formazione continua del personale dipendente e convenzionato con APSS, su proposta del Servizio farmaceutico nel 2008 è stato programmato un corso denominato "La rete di farmacovigilanza - La segnalazione di reazioni

avverse come strumento per la tutela della salute pubblica” cui risultano iscritti più di 500 operatori (medici, infermieri, farmacisti) dipendenti e convenzionati con APSS;

► *Governo della domanda di farmaci e materiali sanitari:*

- *Assistenza farmaceutica ospedaliera:* la fornitura di medicinali all'interno delle strutture aziendali avviene sulla base di un Prontuario terapeutico ospedaliero (PT), unico per tutto il territorio dell'APSS. Gli aggiornamenti del PT sono stati approvati mediante deliberazioni del Direttore cura e riabilitazione. Nel 2008 è stato inoltre garantito l'aggiornamento dello specifico Prontuario terapeutico a uso delle Residenze sanitarie assistenziali. Nel 2008 sono state valutate ai fini del loro inserimento nel Prontuario terapeutico ospedaliero 25 principi attivi. Di questi, 16 sono stati inseriti e 9 non inseriti. In 4 casi l'inserimento è stato accompagnato da una limitazione dell'impiego a determinate indicazioni terapeutiche, finalizzata al monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica.
- *Dispositivi medici:* dal 2003 ha avuto inizio una strategia di governo della domanda di DM proveniente dai vari centri di responsabilità a opera del Gruppo dispositivi medici (GDM). Nel GDM sono presenti i professionisti coinvolti nella valutazione dei DM: farmacisti, clinici, infermieri, economato, logistica, ingegneria clinica; il coordinamento del gruppo avviene a livello del Servizio farmaceutico. I componenti del GDM hanno partecipato nel 2008 a gruppi di lavoro incaricati di: a) produrre i capitolati speciali per la fornitura di dispositivi medici di uso generale (con l'inserimento di prodotti dotati di dispositivo di sicurezza per l'operatore), dispositivi per l'oculistica, per la rianimazione (rinnovo gara precedente), dispositivi per l'endoscopia digestiva, guanti, medicazioni e disinfettanti (rinnovo); b) selezionare i dispositivi di protezione individuale più idonei. L'approccio descritto, basato su un'esplicita attività di technology assessment, ha ridotto sensibilmente il numero di nuove voci inserite annualmente nel Repertorio aziendale dei DM. Nel 2008 il Gruppo ha valutato 186 nuove tipologie di dispositivi e nel 74% dei casi è stato dato parere favorevole. In conseguenza del processo valutativo, sono state inserite 1.259 nuove voci. La spesa annuale per DM sostenuta da APSS (conto 51010300) ammonta a 31,3 milioni di euro (+8% rispetto al 2007). Oltre un terzo di tale cifra (11,8 milioni di euro) è riconducibile all'Ospedale S. Chiara di Trento, nonostante i consumi nell'ambito del Dipartimento di anestesia e rianimazione (5,9 milioni di euro) siano stati contabilizzati a parte;
- *Assistenza farmaceutica aggiuntiva:* la valutazione delle richieste di assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale è affidata al Gruppo tecnico per l'assistenza farmaceutica aggiuntiva, coordinato dal Servizio farmaceutico. Nel corso del 2008, sono state semplificate le procedure per l'accesso a molti farmaci di uso consolidato/validato e non conce-

dibili a livello nazionale, con la possibilità di ottenere l'autorizzazione alla prescrizione SSP direttamente dal Distretto. Una particolare forma di assistenza aggiuntiva provinciale riguarda la fornitura di preparati galenici magistrali presenti nel Formulario galenico provinciale, che viene aggiornato annualmente. All'interno del Formulario, sono identificate alcune preparazioni a significato terapeutico essenziale, destinate al trattamento di patologie croniche (insufficienza renale, psoriasi, dermatite atopica, ecc.) e pertanto prescrivibili in quantità più elevate. Nel 2008 è stata fornita assistenza farmaceutica aggiuntiva a più di 2.161 cittadini trentini, per un consumo di 3,2 DDD/1000 ab./die. Una larga parte delle autorizzazioni rilasciate ha riguardato farmaci impiegati nell'ambito delle cure palliative o destinati ai soggetti trapiantati o per il trattamento dei disturbi psichiatrici;

- ▶ *Sorveglianza sulle farmacie convenzionate:* nel 2008 sono state ispezionate 38 delle 138 (117 private e 21 pubbliche) farmacie convenzionate; in alcuni casi, sono state erogate sanzioni amministrative a causa dell'assenza in farmacia di taluni medicamenti ritenuti obbligatori dalla Farmacopea Ufficiale. Su indicazioni della PAT, a fine 2007 è stata regolamentata l'attività di informazione scientifica/pubblicità sui medicinali e sui dispositivi medici svolta dalle aziende produttrici nei confronti degli operatori del SSP. Il processo di accreditamento delle aziende farmaceutiche presso il Servizio farmaceutico, previsto dalla normativa provinciale ai fini dell'accesso degli informatori sul farmaco alle strutture del SSP, ha riguardato circa 70 aziende e più di 360 informatori sul farmaco operanti in provincia di Trento;
- ▶ *Governo della sperimentazione clinica:* secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, nel 2008 sono state riviste le disposizioni aziendali per l'effettuazione delle sperimentazioni cliniche e di ricerche sanitarie sul territorio della provincia di Trento. Oggetto della revisione sono stati, fra l'altro, le modalità per lo svolgimento di studi osservazionali e l'adozione della nuova modulistica prevista per la richiesta di autorizzazione alla sperimentazione. Per quanto riguarda l'attività di ricerca in medicina generale, è proseguito l'arruolamento dei pazienti per lo studio osservazionale "OMG, epidemiologia della gestione della patologia osteoartrosica in medicina generale" e per lo studio interventistico "Rischio e prevenzione", che si propone di valutare gli esiti del trattamento con omega-3 in pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Inoltre, è stato avviato lo "Studio italiano sulla depressione in Medicina generale". Tutte le attività di ricerca citate sono promosse dall'Istituto Mario Negri. L'adesione da parte dei medici convenzionati operanti sul territorio trentino a tali attività di ricerca è stata sostenuta da APSS attraverso la gestione del Registro dei MMG autorizzati a effettuare sperimentazioni, il coordinamento dell'attività di monitoraggio dello studio e la predisposizione dell'eventuale progetto formativo da sottoporre ad accreditamento provinciale. Nel 2008 la

Direzione cura e riabilitazione ha autorizzato l'effettuazione di 18 studi clinici e ha emendato 5 sperimentazioni precedentemente autorizzate; i dinieghi alla sperimentazione sono stati sei. Si tratta sia di studi clinici in cui l'intervento è costituito da farmaci o dispositivi medici che di studi osservazionali. In tutti i casi, l'atto di approvazione (o di diniego) è stato formulato sulla base del parere non vincolante fornito dal Comitato etico per le sperimentazioni cliniche. Per l'analisi dettagliata della tipologia e degli ambiti di effettuazione delle sperimentazioni autorizzate, si rimanda alla specifica sezione del Rapporto 2008 sull'uso dei farmaci in Trentino, curata dalla Segreteria scientifica del Comitato etico.

GESTIONE DEI SERVIZI ALBERGHIERI

La finalità del processo è quella di gestire in modo integrato le attività svolte dall'APSS (direttamente o attraverso propri fornitori) per garantire i servizi alberghieri nelle strutture aziendali.

Tale processo riguarda le seguenti attività:

- ▶ *Pulizia e sanificazione degli ambienti:* il gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito nel 2007, ha terminato i lavori di redazione di un nuovo capitolato d'appalto seguendo le indicazioni delle linee guida nazionali e operando una revisione totale delle procedure attualmente in uso in tale campo. Nel novembre 2008 è stata pubblicata la gara europea con procedura aperta.
- ▶ *Produzione e distribuzione pasti ai degenti e al personale:* lo scopo si rileva come presso tutte le strutture autogestite è stato implementato il sistema di prenotazione pasti integrato nel sistema SIO di gestione ospedaliera. È stata redatta la procedura aziendale per la corretta contabilizzazione dei pasti prodotti. Nel corso del mese di novembre è stata trasferita la cucina dell'ex Ospedale psichiatrico di Pergine nella nuova struttura. In tal modo si è risolta la criticità inerente la vecchia cucina considerata non più idonea agli attuali standard qualitativi aziendali. La nuova struttura, sempre autogestita, lavora partendo da materie prime e da semilavorati forniti da una ditta esterna. Presso l'Ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana è stata attuata la revisione della modalità di erogazione delle colazioni, tale cambiamento è propedeutico alla ristrutturazione di tutta l'area cucina. Relativamente al consumo di acqua minerale negli Ospedali di Trento, Rovereto, Arco e Tione è stata condotta l'analisi per l'introduzione di erogatori di acqua collegati alla rete idrica analogamente a quanto già realizzato con successo presso l'Ospedale di Cles. Su interessamento di un gruppo di dietiste è stato programmato per il 2009 un corso di aggiornamento teorico pratico per tutti i cuochi dipendenti APSS. Relativamente alla ristorazione in appalto presso le strutture di Trento è continuato il monitoraggio sulla produzione dei pasti e sono state riviste le procedure per la produzione delle diete speciali, con particolare riguardo alle

diete per celiaci (presenti sia per degenti che per il personale dipendente) a seguito del trasferimento della cucina dietetica dal centro di cottura di Ravina alla nuova struttura presso il S. Chiara.

- ▶ *Appalto lavanolo*: si evidenzia l'interesse a effettuare sperimentazioni sull'utilizzo di tessuto tecnico riutilizzabile in sostituzione di materiale monouso. Il trasferimento di Villa Igea all'Ospedale S. Chiara ha fatto emergere la necessità di attivare una procedura codificata per il lavaggio degli zoccoli di sala operatoria, problematica in via di soluzione.
- ▶ *Gestione dei rifiuti sanitari*: nel 2008 è stato reso operativo il controllo sull'appalto tramite la procedura di controllo aziendale. I referenti di ogni struttura coinvolta hanno operato le verifiche previste mediante le check-list allegate alla procedura. Di norma, i controlli hanno evidenziato un servizio regolare sugli standard quantitativi, salvo alcuni casi, tempestivamente risolti. Non si sono verificati, come più frequentemente accaduto in passato, gravi disservizi per mancanza del materiale. Nell'arco del 2008 è stato nuovamente sostituito il modello di contenitore per la raccolta dei rifiuti infettivi in quanto il precedente presentava alcune criticità risolte con l'introduzione del nuovo modello. I primi mesi di utilizzo dello stesso hanno registrato un miglioramento e una tendenza verso la stabilizzazione del parametro qualitativo. Durante tutto il periodo dell'appalto è stata costante l'attività di modifica e aggiustamento, svolta in collaborazione con la Ditta appaltatrice, sui parametri che caratterizzano gli aspetti tecnici e logistici del servizio (classificazioni dei rifiuti, organizzazione di servizi e scelta di imballaggi per rifiuti speciali da eliminare una tantum, modalità di preparazione dei colli, ecc.). Questa attività ha comportato un continuo aggiornamento delle procedure operative, che vengono trasmesse agli operatori referenti e ad altri interessati. È iniziato un lavoro per l'identificazione di nuovi contenitori per la raccolta di aghi e taglienti, svolto da un gruppo aziendale composto da elementi specificatamente scelti tra diverse aree di appartenenza (sanitaria, tecnica, amministrativa), con l'obiettivo è quello di identificare tipi diversi di contenitori in base alle diverse principali aree di lavoro preventivamente individuate. L'approvvigionamento dei nuovi contenitori, che verranno scelti, è stato affidato alla Ditta appaltatrice come integrazione del contratto esistente. A partire dal 2008 il sistema di gestione dei rifiuti si è arricchito di un nuovo software per la gestione documentale utilizzato dagli Ospedali e dai Presidi Ospedalieri dei Distretti. Il software prevede la compilazione dei registri di carico e scarico e la registrazione dei dati necessari alla compilazione del MUD. Resta in scrittura manuale, per motivi legati alla sottoscrizione, il formulario di trasporto dei rifiuti. Nell'arco del 2008 l'estensione del sistema di raccolta dei rifiuti prodotti dagli ambulatori dei Distretti ha portato alla totale copertura del servizio per tutti i Distretti dell'azienda. Il personale interessato è stato adeguatamente preparato con specifica formazione. A seguito delle molteplici trasformazioni delle normative

che disciplinano i rifiuti sopraggiunte negli ultimi anni e delle conseguenti modifiche procedurali per la gestione dei rifiuti prodotti dall'APSS nel corso del secondo semestre del 2008 è stata totalmente revisionata la Procedura Generale. La versione aggiornata della nuova Procedura Generale sarà emessa entro i primi mesi del 2009.

- ▶ *Gestione dei rifiuti*: il pieno rispetto delle normative viene accompagnato da obiettivi e azioni volontarie finalizzate a tenere costantemente sotto controllo il fenomeno. APSS ha programmato un miglioramento della gestione dei rifiuti intendendo perseguire, laddove attuabile, il principio dell'azione preventiva, integrando la gestione dei rifiuti con altri processi aziendali (sistema di acquisti sostenibili, formulazione, elaborazione e inserimento di specifiche tecniche e altri criteri ambientali per i bandi per gli appalti). In tal modo l'azienda intende operare un allineamento con le azioni ambientali promosse dall'UE riconoscendo l'importanza dello sviluppo di una politica integrata di prodotto (cd. "approccio IPP"). Ormai da diversi anni l'APSS ha messo a regime in tutte le strutture un sistema di raccolta dei rifiuti speciali pericolosi e non pericolosi distinti per categoria (rifiuti infettivi, liquidi radiologici e di laboratorio, medicinali chemioterapici e altri medicinali, toner, pile e accumulatori, ecc.). Per i rifiuti assimilati agli urbani sono inoltre funzionanti, in tutte le strutture dell'azienda, le raccolte differenziate (carta, cartone, imballaggi in vetro, plastica e poliaccoppiati, frazione compostabile, materiale metallico, ecc.), messe in atto nel rispetto delle regole previste dalle autorità e dagli enti territorialmente competenti. Nel 2008 sono stati prodotti 974.736,79 kg di rifiuti speciali di cui 753.264 appartengono alla categoria dei rifiuti infettivi.

Per sensibilizzare il personale sul tema della *corretta gestione dei rifiuti* sono state realizzate iniziative di formazione rivolte sia al personale sanitario che tecnico-amministrativo. L'APSS ha incaricato Trentino mobilità di svolgere un'indagine sugli spostamenti casa-lavoro del personale, con l'obiettivo di individuare soluzioni alternative all'uso individuale dell'auto privata al fine di rendere più razionali, in futuro, gli spostamenti. Alcuni dati significativi, desunti dalle analisi delle risposte ottenute sono: il 70% dei dipendenti APSS si reca al lavoro con la propria automobile, il 10% a piedi, il 7% in bicicletta e il 6% in autobus.

Per quanto riguarda la disponibilità a muoversi utilizzando altre forme di trasporto, il 58% risponde che sarebbe disposto a utilizzare un trasporto di gruppo aziendale e il 47% il *carpooling* (cioè a viaggiare in auto con colleghi). Appare possibile dunque pensare di elaborare e proporre forme di trasporto più comode, più convenienti, più sostenibili. L'APSS ha aderito all'"Accordo di programma sulla qualità dell'aria", sottoscritto dalle principali organizzazioni pubbliche e private trentine, che individua il complesso coordinato e integrato delle misure per il risanamento della qualità dell'aria

nel quinquennio 2005-2009. Per contribuire effettivamente alla riduzione dell'inquinamento atmosferico nel 2008, l'Azienda sanitaria ha:

- promosso l'utilizzo dei mezzi pubblici, facendo attivare corse (autolinee) e fermate (autolinee e tratte ferroviarie) in prossimità delle principali strutture aziendali e sottoscrivendo un accordo con Trentino trasporti Spa al fine di fornire ai propri dipendenti la possibilità di acquistare abbonamenti individuali annuali al trasporto pubblico urbano ed extraurbano scontati del 30% rispetto al prezzo di listino (all'iniziativa hanno aderito 114 dipendenti);
- acquistato 6 macchine bi-fuel e un automezzo elettrico (a fine 2008 il parco macchine dell'APSS era pari a 251 automezzi di cui 35 bi-fuel e 3 elettrici);
- partecipato al concorso "Al lavoro in bicicletta" organizzato dal Servizio mobilità del comune di Trento in collaborazione con l'APT (Azienda per la promozione turistica), l'APPA (Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente) e Graphic Line, per promuovere l'utilizzo della bicicletta negli spostamenti casa-lavoro.

Merita un cenno anche il meccanismo di riutilizzo sicuro di alcuni materiali nell'ambito della *gestione dell'assistenza protesica territoriale* (letti e materassi antidecubito, carrozzine, ecc.): tali dispositivi, con un ben definito percorso autorizzativi atto a garantire livelli assistenziali consoni alla condizione clinica, vengono assegnati ai pazienti a domicilio. Terminato il bisogno assistenziale tali dispositivi vengono ritirati, revisionati e riconsegnati a un nuovo paziente;

- ▶ *Gestione della rete telefonica aziendale, fissa e mobile*: nei primi mesi dell'anno è stata data completa attuazione alla convenzione Consip con il gestore Fastweb per il traffico telefonico su rete fissa. È stato inoltre completato il passaggio, sempre a Fastweb, delle linee telefoniche facenti capo alla centrale pubblica di Trento sud (linee che interessano tutte le strutture aziendali di Trento) aggiudicatario della gara effettuata sulle linee aperte a più concorrenti. Per la telefonia mobile, nell'ambito delle convenzione Consip, è stato rinnovato il contratto con Telecom.

5.2.5 LA GESTIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

ATTIVAZIONE DI NUOVI SERVIZI E INTERVENTI DI RIORGANIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE

Con riguardo alle attività assistenziali comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, si registrano nel 2008 le seguenti azioni di miglioramento, riferite alle singole sedi.

Ospedale di Trento

Il 2008 è stato un anno particolarmente significativo essendo giunti a compimento molti importanti progetti, a lungo perseguiti negli anni precedenti, le cui realizzazioni hanno modificato definitivamente e in modo irreversibile la struttura

dell'ospedale prefigurandone l'assetto definitivo. Gli elementi decisivi di cambiamento sono rinvenibili:

- ▶ nell'avanzamento del *progetto di ristrutturazione e ampliamento* iniziato nel 2001 e che nell'anno trascorso ha registrato un notevole impulso (come relazionato in dettaglio dal SIST nella sezione apposita): preme ricordare in particolare l'impatto positivo sulla qualificazione dell'ospedale di alcune opere/attività: la realizzazione della nuova sede dell'U.O. di Nefrologia; il trasferimento di tutta l'area ortopedico-traumatologica dalla sede decentrata di Villa Igea con enormi vantaggi per gli operatori e per i pazienti; la realizzazione del Pronto Soccorso unificato della città di Trento; la realizzazione dei nuovi ambulatori di Ostetricia-Ginecologia ad accesso diretto; l'attivazione della nuova PET-TC e dell'Angiografia; l'allestimento della recovery room nel blocco operatorio, la nuova elisuperficie; il trasferimento dell'area di degenza di Malattie infettive e l'approntamento degli spazi per l'Ematologia. Naturalmente queste realizzazioni sono passaggi obbligati di un disegno complessivo in più fasi che prevede, tra l'altro, (nel biennio 2009/2010) la riutilizzazione della struttura di Villa Igea secondo la precisa strategia di decentrare parte dell'attività a minor livello di complessità (a es. Day surgery, lungodegenza) concentrando e sviluppando a S. Chiara le funzioni più complesse dal punto di vista specialistico e più rilevanti sotto l'aspetto tecnologico;
- ▶ nello sviluppo delle logiche e degli strumenti di *gestione dipartimentale*: nel 2008 è stato attivato il 4° dipartimento strutturale intraospedaliero (Patologie neurologiche che comprende le UU.OO. di Neurologia, Neurochirurgia e Medicina fisica e riabilitativa) e sono stati perfezionati gli strumenti gestionali (budgeting, rilevazione attività e consumi, organizzazione delle risorse umane);
- ▶ nel consolidamento del *processo di accreditamento* dell'ospedale culminato nella survey di settembre.

Rispetto al Programma di attività 2008 sono state realizzate le seguenti, ulteriori, iniziative:

- ▶ *integrazione e continuità ospedale-territorio*: sono proseguite secondo programma le attività di interfaccia con il livello distrettuale con particolare riferimento alla continuità assistenziale ospedale-territorio (Coordinatore di percorso, ADI, Cure palliative, UVM). In alcuni ambiti la collaborazione si è ampliata rispetto all'anno precedente (Psicologia clinica, CDCA);
- ▶ *programma Joint Commission International (JCI)*: con riferimento al set di indicatori del Progetto IQIP sono stati raccolti su base mensile i dati relativi a: mortalità (intraospedaliera, neonatale, perioperatoria), rientri non programmati (in ospedale, in Terapia Intensiva, in Pronto Soccorso), Permanenza in Pronto Soccorso, pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima del termine del trattamento, trombosi venosa profonda e embolia

TAB. 5.2.30 Monitoraggio della completezza delle cartelle cliniche

REPARTI	ANALISI DATI	ELABORAZIONE REPORT
Cardiochirurgia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Cardiologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Chirurgia 1	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Chirurgia 2	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Chirurgia maxillo-facciale	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	no
Chirurgia pediatrica	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Chirurgia vascolare	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Dermatologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	no
Gastroenterologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Geriatria	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Malattie infettive	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	no
Medicina 1	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Medicina 2	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Nefrologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Neonatologia - Terap. int. neonatale	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Neurologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Oculistica	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Oncologia medica	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Ortopedia e traumatologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Ostetricia e ginecologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Otorinolaringoiatria	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Pediatria	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Pneumologia e broncoscopia	1° trimestre 2007-4° trimestre 2007	dal 2° trimestre 2005
Radioterapia	4° trimestre 2007-2° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005
Urologia	1° trimestre 2007-1° trimestre 2008	dal 2° trimestre 2005

polmonare dopo procedura chirurgica. La valutazione sugli indicatori clinici personalizzati per ogni U.O. è in corso (cfr. Tabella 5.2.30).

Tutti i progetti previsti dal programma di attività sono stati avviati con la *collaborazione a vario titolo di molte U.O. ospedaliere*. In particolare possono essere citati: gli obiettivi specifici assegnati dalla PAT (n. 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11 e 13), i progetti relativi a PACS, SIO, sviluppo RU, sistemi gestionali Cardiologia, Terapie intensive, Riabilitazione, sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere e della sicurezza del paziente (incident reporting), riaccreditamento JCI (cfr. Tabella 5.2.31), Ring;

TAB. 5.2.31 Adeguamento delle procedure

STESURA PROCEDURE RELATIVE AI NUOVI INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS
IPSG_PR_03 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio
IPSG_PR_04 Procedura per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedure in ambito chirurgico/interventistico)
IPSG_PR_06 Procedura per la prevenzione delle cadute in ospedale
REVISIONE ED ADEGUAMENTO DELLE PROCEDURE ESISTENTI AI NUOVI STANDARD
COP_PR_05 Procedura per la sedazione
MMU_PR_08 Procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti nelle unità operative
MMU_PR_11 Procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti nella farmacia ospedaliera
PCI_PR_02 Precauzioni di isolamento in ospedale
PCI_PR_02 Precauzioni di isolamento in ospedale
PCI_PT_01 Sorveglianza infezioni del sito chirurgico
PCI_PT_02 Sorveglianza infezioni delle vie urinarie in pazienti cateterizzati
PCI_PT_03 Sorveglianza delle infezioni da catetere venoso centrale a breve termine
Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (PEMAF) o altre maxiemergenze
REDAZIONE DI NUOVE PROCEDURE
ACC_PR_04 Procedura per la gestione del paziente nell'unità di osservazione breve del pronto soccorso
AOP_PR_05 Procedura per la determinazione del glucosio nel sangue
COP_PR_18 Procedura per garantire la continuità del servizio di immunoematologia e centro trasfusionale
COP_PR_19 Procedura per il trattamento dei pazienti in life support
COP_PR_20 Accettazione - osservazione dei pazienti sottoposti a procedure diagnostico – terapeutiche in endoscopia digestiva
COP_PR_22 Procedura per la ventilazione meccanica e la prevenzione della VAP nei pazienti in terapia intensiva
MMU_PR_12 Procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti Medicina d'urgenza e pronto soccorso
PCI_PI_01 Piano per il controllo e la riduzione del rischio di contrarre infezioni correlate alle pratiche assistenziali
PCI_PI_02 Piano per il controllo e la riduzione del rischio di contrarre infezioni correlate alle pratiche assistenziale per il personale sanitario
PCI_PR_20 Procedura per il trattamento dei dispositivi medici
PFR_PR_05 Procedura per il prelievo di cornee
PFR_PR_06 Protocollo operativo per il prelievo multiplo di organi da cadavere
AGGIORNAMENTO DEI CONTENUTI DELLA SEZIONE INTRANET JCI
<i>creata nuova cartella International Patient Safety Goals che contiene:</i>
IPSG_PR_03 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio
IPSG_PR_04 Procedura per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedure in ambito chirurgico/interventistico)
IPSG_PR_06 Procedura per la prevenzione delle cadute in ospedale

creata nuova cartella MMU e ricodificazione delle procedure

MMU_PR_01 Procedura per la gestione dei provvedimenti di revoca, sequestro, richiamo dei farmaci

MMU_PR_02 Procedura per la prescrizione dei farmaci

MMU_PR_03 Procedura per la somministrazione dei farmaci

MMU_PR_04 Procedura per la segnalazione di reazioni avverse

MMU_PR_05 Procedura per la gestione dei farmaci e dei dispositivi nelle unità operative

MMU_PR_06 Procedura per la segnalazione degli errori di terapia

MMU_PR_07 Procedura per la richiesta di farmaci non compresi nel prontuario terapeutico ospedaliero

MMU_PR_08 Procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti nelle unità operative

MMU_PR_09 Procedura per la prescrizione e somministrazione della terapia nutrizionale enterale

MMU_PR_10 Procedura per la prescrizione

MMU_PR_11 Procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti nella farmacia ospedaliera

creata nuova cartella sorveglianze in corso che contiene

sorveglianza infezioni sito chirurgico

sorveglianza infezioni da catetere urinario

sorveglianza infezioni da catetere venoso centrale

creata nuova cartella rischio biologico che contiene

protocollo comportamentale per la gestione dell'esposizione occupazionale a rischio biologico nel personale della APSS

tabella riassuntiva del protocollo per il rischio biologico

Aggiornamento del capitolo PCI

guida alla disinfezione e antisepsi in ospedale

indicazioni per la sterilizzazione dei dispositivi medici a vapore e gas plasma

precauzioni di isolamento in ospedale

Aggiornamento del capitolo ACC

procedura per la gestione dei pazienti nell'unità di osservazione breve del PS

Aggiornamento del capitolo AOP laboratorio

procedura per la determinazione del glucosio nel sangue

Aggiornamento del capitolo COP

procedura per la sedazione

**SUPPORTO/ MONITORAGGIO APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE NUOVE/ RIVISTE.
IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE DEL PAZIENTE SECONDO GLI STANDARD IN TUTTI I REPARTI**

Creazione checklist ad hoc per le visite ai reparti in preparazione alla verifica finale

Primo ciclo di visite ai reparti

Analisi dei dati raccolti

Restituzione dei dati ai reparti

Secondo ciclo di visite ai reparti

TRADUZIONE DI POLITICHE E PROCEDURE IN INGLESE RICHIESTE PER LA VERIFICA FINALE (A CURA DELLO STUDIO ACOMA)

ACC_PR_09 Procedure for transferring patients within the hospital's facilities

ACC_PR_11 Procedure for criteria to admit and discharge patients from intensive care and for treatment limitation

AOP_PR_02 Procedure for specific patient assessment

AOP_PR_02 Procedure for specific patient assessment

COP_PR_19 Procedure for the treatment of patients on life support

COP_PR_03 Procedures for the management of internal emergencies

COP_PR_09 Procedure establishing the criteria for initiation of dialysis

COP_PR_19 Procedure for the treatment of patients on life support

IPSG_PR_03 Correct use of concentrated potassium solutions

IPSG_PR_04 Procedure for identifying the right patient, the right site and the right type of surgery

MMU_PR_02 Procedure for prescribing drugs

MMU_PR_03 Procedure for drug administration

MOI_PR_01 Procedure for the management of documents of the S. Chiara hospital of Trento

PCI_PR_20 Procedure for processing of medical devices

PCI_PT_01 Plan for checking and reducing the risk of contracting infections correlated with healthcare practices

PCI_PT_02 Plan for checking and reducing the risk of contracting infections correlated with healthcare practices for hospital staff

PFR_PR_01 Procedure for providing information and consent

PFR_PR_05 Procedure for cornea removal

PFR_PR_06 Operational protocol for multi organ retrieval from cadaveric donors

Procedures for Incident Reporting

Policy for Sentinel Event

Organizational and Operating Regulations

EFQM "Recognised for Excellence in Europe" – participation document: part 1 – factors

EFQM "Recognised for Excellence in Europe" – participation document: part 2- results

INFORMAZIONE AI REFERENTI DEI SERVIZI DI SUPPORTO COINVOLTI

Sono stati coinvolti i seguenti servizi aziendali

Nucleo di Protezione e Prevenzione

Servizi Tecnici e Immobili

Servizio di Ingegneria Clinica

- ▶ **assistenza specialistica ambulatoriale:** sono state sviluppate molte attività specialistiche (es. neurochirurgia; PET-TC, dialisi peritoneale, cardiologia interventistica); permane, in taluni ambiti, una criticità di sistema rispetto ai tempi di attesa standard fissati dal piano provinciale e dal programma attuativo aziendale nonostante l'incremento dell'offerta registrato sia nel numero di prime visite ambulatoriali che di prestazioni specialistiche strumentali che di

consulenze interne. Per quanto riguarda la corretta applicazione del modello RAO è proseguita l'attività di monitoraggio dell'andamento della domanda di prestazioni con codice di priorità allo scopo sia di effettuare tempestivamente eventuali interventi correttivi che di ridefinire nel lungo periodo la quantità di posti RAO prenotabili direttamente dal call center, evitando "forzature" nelle agende. Si sono svolti incontri ad hoc con alcune Unità Operative finalizzati alla riorganizzazione delle agende di prenotazione, in particolare con la Nefrologia con l'Urologia e con la Reumatologia, dove si è concordato di eliminare le agende di prenotazione nominali per la prima visita e per i controlli. In collaborazione con la Direzione Cura e Riabilitazione e la ditta Argentea si sono svolti alcuni incontri al fine di predisporre dei rapporti sui tempi di attesa, personalizzati per le singole Unità Operative dell'ospedale di Trento. Sono infine proseguite come da programma le attività di consulenza specialistica presso altri Distretti/Ospedali;

- ▶ *erogazione delle prestazioni:* l'attività in regime di degenza è proseguita secondo i criteri di appropriatezza previsti: i principali dati e indicatori di attività dimostrano un *tendenziale incremento dei ricoveri in regime di day hospital/day surgery, del peso medio DRG e della durata media della degenza nonché dell'attività operatoria e di pronto soccorso* (compresa la funzione di osservazione breve); sono state promosse/avviate le attività connesse con le campagne di prevenzione di patologie di interesse sociale (screening);
- ▶ *utilizzo delle risorse:* il livello di utilizzazione delle risorse (dato provvisorio dei consumi) è superiore del 6% circa rispetto all'anno precedente e appare in gran parte giustificato dallo sviluppo delle attività specialistiche ospedaliere. Il consumo di risorse umane risulta complessivamente inferiore all'atteso (-1.7%) ed è riferibile quasi esclusivamente alla componente professionale (-2.2%).

Ospedale di Rovereto

Nel corso del 2008 sono state realizzate attività nei seguenti ambiti:

- ▶ *logistica:* sono stati effettuati i trasferimenti del CUP e del Servizio Cassa-ticket nella nuova sede; è stato attuato il trasferimento del Pronto Soccorso traumatologico ortopedico e dei relativi ambulatori nella nuova sede;
- ▶ *riqualificazione funzionale:* è stato dato corso, per quanto di competenza, alle previsioni della deliberazione PAT n. 348 dd 23.02.2007: "Prime direttive per la riqualificazione funzionale dell'ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto", con particolare riferimento alla realizzazione di un Centro Dialisi di riferimento (CDR) e al potenziamento dell'attività di chirurgia vascolare e urologica. Tali attività progrediscono a livello assistenziale, di ricovero e ambulatoriale conformemente all'incremento delle risorse professionali assegnate;
- ▶ *laboratorio di emodinamica:* è stata consolidata l'attività finalizzata all'esecuzione della angioplastica coronarica; sono stati eseguiti 82 interventi verso i 18 dell'anno 2007; dal giugno 2008 il Servizio è completamente autonomo;

- ▶ *continuità nella gestione sanitaria dei pazienti dimessi*: si è garantita con l'attivazione di due coordinatori di percorso presso la U.O di Geriatria e uno presso la U.O. di Neurologia;
- ▶ *percorso per la gestione post-operatoria del paziente chirurgico*: è stato attivato, coordinato da un infermiere professionale (case-manager). L'attività si è inizialmente svolta a favore di portatori di patologie della colecisti ed ernie addominali, e in seguito per soggetti interessati da ulteriori nove tipologie di eventi patologici. Risultano complessivamente 232 i casi di utenti presi in carico dal Case Manager su di un totale di 891 ricoveri della U.O. di Chirurgia;
- ▶ *procedura aziendale per l'inserimento dei nuovi assunti*: in applicazione della procedura, sono state fornite a questi ultimi le informazioni relative all'orientamento nella struttura ospedaliera (sicurezza e gestione delle emergenze) (piano di inserimento, scheda di valutazione, modulistica in uso, materiale informativo a mezzo di un CD che raccoglie tutta la documentazione prevista. Per quanto concerne gli infermieri interinali inseriti nell'anno, questi sono stati in totale 24, di cui 10 tuttora presenti con contratto interinale, 6 divenuti dipendenti, 8 dimissionari;
- ▶ *ecografia d'urgenza presso il Pronto Soccorso*: è iniziata l'attività, preceduta da un corso di formazione al personale medico, e attivata con oltre 30 prestazioni eseguite nell'ultimo bimestre, in seguito all'acquisizione dell'ecografo dedicato;
- ▶ *progetto "nido aperto"*: la U.O. di Pediatria, in collaborazione con i Pediatri di libera scelta, ha definito un nuovo modello di "lettera di accoglienza per le puerpere prima del parto" e di "lettera di dimissione per i neonati dal nido", ora firmata congiuntamente dai Pediatri dell'Ospedale di Rovereto e dai P.L.S. del Territorio della Vallagarina e alto Garda e Ledro;
- ▶ *assistenza ai bambini oncoematologici*: l'U.O. di Pediatria ha consolidato l'attività, eseguita in collaborazione stretta con i centri di III livello di Padova e Brescia, con la costituzione di una équipe formata da medici, infermieri e psicologa, operante con tempi e spazi dedicati, e con l'istituzione di percorsi preferenziali per l'accesso agli altri servizi coinvolti (Centro trasfusionale, Laboratorio, Radiologia diagnostica, Radioterapia, Cure domiciliari);
- ▶ *gestione dei farmaci antiblastici*: sono state implementate procedure finalizzate ad assicurare maggiore sicurezza e si è provveduto all'aggiornamento e divulgazione di standard per l'assistenza medica e infermieristica ai bambini oncoematologici;
- ▶ *formazione sul campo*: è iniziato l'ampio lavoro di coinvolgimento dei medici delle cure primarie (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e di medici specialisti ospedalieri finalizzato a un percorso secondo la metodologia "Gruppo di miglioramento", che ha visto l'individuazione di circa 50 medici tutor, dipendenti e convenzionati, coordinati nel progetto dalla Direzione medica ospedaliera. Tutti i dati del progetto e lo stato di avanzamento sono stati inseriti nel sito intranet dell'Ospedale di Rovereto;

- ▶ *Collaborazione tra le UU.OO. di Neurologia e di Riabilitazione Neurologica e Università di Trento, facoltà di Scienze Cognitive*: ha portato alla valutazione congiunta di 38 pazienti ricoverati nel corso del 2008 e affetti da ictus, traumi cranici, demenza. Inoltre l'U.O. di Neurologia ha valutato e inviato al Centro "Mente e Cervello" 15 pazienti affetti da malattia di Parkinson nell'ambito di un progetto di ricerca finanziato dalla PAT;
- ▶ *"clinical risk management"*: si è ritenuto di organizzare momenti di discussione e confronto in plenaria su casi clinici ritenuti "critici", secondo la metodologia dei "Casi clinici" della Formazione sul campo. Sono stati organizzati due incontri su cluster di infezione da Clostridium difficile e su sepsi da CVC. È stata implementata la procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute. È stato individuato il referente infermieristico ospedaliero per la prevenzione e il controllo delle cadute. È stato individuato il referente infermieristico circa le lesioni da decubito. Un gruppo di lavoro, costituito ad hoc, ha elaborato la procedura per la gestione sicura dei farmaci e l'ha presentata in una riunione informativa rivolta a tutto il personale sanitario medico e infermieristico;
- ▶ *gruppo HPH ospedaliero*: ha elaborato un database nel quale è stata inserita la documentazione raccolta, attraverso la valutazione di 440 cartelle di UU.OO./servizi del P.O. di Rovereto e P.O. di Ala. Sono state individuate le criticità ed elaborati piani di miglioramento, con un'iniziale revisione delle procedure/linee guida sulla valutazione dei bisogni di promozione della salute. È stato incrementato il coinvolgimento di altre UU.OO., che hanno adottato la scheda personalizzandola secondo le esigenze specifiche del contesto. Il database elaborato e la metodologia adottata per la rilevazione dei dati è stato presentato al convegno nazionale HPH tenutosi a Milano nell'ottobre 2008;
- ▶ *monitoraggio delle infezioni nosocomiali*: è proseguito il programma nell'ambito dei lavori del CIO ospedaliero, sia con il modello basato sui dati microbiologici connessi all'uso del vigi@ct, con il reclutamento di tutte le UUOO di degenza a rischio di infezione ospedaliera, sia attraverso il confronto con i responsabili sanitari delle locali RSA;
- ▶ *procedura per la profilassi antibiotica in chirurgia*: è stata effettuata una verifica sul rispetto della procedura nelle UU.OO. di Ortopedia Traumatologia e Chirurgia generale;
- ▶ *cartella ambulatoriale per esterni*: è stata attivata l'applicazione informatica connessa al SIO di detta cartella, con diffusione dell'utilizzo a tutte le UU.OO. che effettuano prestazioni per esterni, a esclusione delle UU.OO. che dispongono già di supporti informatici dedicati;
- ▶ *diagnosi precoce della patologia fetale*: è proseguita l'attività tramite B-test (accreditamento UK), con l'esecuzione di oltre 600 test;
- ▶ *accorpamento dell'attività di ricovero nel periodo estivo*: sono stati effettuati gli interventi di accorpamento che hanno visto coinvolte le UU.OO. di Medicina interna e di Geriatria e che hanno permesso, con il coinvolgimento delle due

sezioni della U.O. di Neurologia e con la collaborazione del SIST, di ristrutturare i pavimenti dei corridoi e riqualificare alcuni locali della U.O. di Neurologia.

Distretti Alta Valsugana, Bassa Valsugana e Primiero

▶ *Attività distrettuali:*

- sviluppo della gestione integrata dei servizi territoriali dei tre Distretti sia dal punto di vista medico (unità di direzione medica) che dal punto di vista infermieristico (servizio infermieristico unico dedicato alle attività territoriali);
- potenziamento della offerta di alcune attività specialistiche nei poliambulatori (n. 4 sedi per i tre distretti);
- prosecuzione del servizio di cure palliative (operativo dal 2007) nell'ambito del servizio cure domiciliari secondo il modello distrettuale, basato su medico di famiglia e infermieri territoriali con consulenza specialistica dei medici palliativisti del distretto di Trento (eccetto il Primiero ove la consulenza è garantita dal medico palliativista della Asl di Feltre);
- omogeneizzazione della attività dei tre consultori per il singolo, la coppia e la famiglia presenti nel territorio dei tre distretti;
- sviluppo della informatica applicata alla medicina specialistica (Ampere e avvio della prenotazione diretta dagli ambulatori specialistici delle visite di controllo);
- avviato il progetto di inserimento di una medicina di gruppo nel distretto di Tonadico mediante riorganizzazione degli spazi disponibili (inserimento previsto per giugno 2009);

▶ *Attività ospedaliera:* si è mantenuta sui livelli ottimali dell'anno precedente sia dal punto di vista numerico sia dal punto di vista qualitativo, soprattutto nell'ambito chirurgico. Si sono realizzate le seguenti attività:

- completamento della riorganizzazione delle attività ostetrico-ginecologiche nel Centro ambulatoriale ostetrico-ginecologico (struttura di nuova realizzazione);
- potenziamento della attività del day hospital oncologico, la cui struttura è stata ampliata con l'aumento degli spazi assistenziali;
- avvio del sistema PACS per la gestione delle immagini radiologiche;
- prosecuzione delle sedute operatorie specialistiche (ortopedia, chirurgia vascolare) delle équipes chirurgiche dell'ospedale di Trento presso il blocco operatorio nell'ottica della rete ospedaliera;
- sicurezza dei pazienti: incident reporting e avvio delle iniziative mutate dal modello Joint Commission International applicato all'ospedale di Trento;
- prosecuzione del processo di acquisizione dei requisiti collegati alla autorizzazione provinciale delle strutture sanitarie;
- realizzazione dello studio di fattibilità edilizia dell'edificio ospedaliero (progetto preliminare) per la realizzazione dell'intervento edilizio conclusivo nell'area ospedaliera;

- meeting strutturati settimanali con ecm,
 - prosecuzione degli interventi riguardanti la qualità delle cure (progetto “mani pulite”; “alert” germi nelle degenze);
- ▶ *Continuità e integrazione ospedale-territorio*: il collegamento tra aree assistenziali (ospedale, territorio e strutture residenziali) e la flessibilità della gestione del personale sono principi fondamentali cui si è attenuta la direzione di Distretto; le iniziative di collegamento tra aree assistenziali (incontri con medici di medicina generale; disponibilità telefonica degli ospedalieri; UVM; avvio della figura del coordinatore di percorso) sono entrate nella prassi assistenziale; sono stati effettuati gli incontri del “progetto diabete”, che coinvolge i medici di famiglia e i centri antidiabetici ospedalieri (CAD) con l’obiettivo della gestione del diabete tipo 2 da parte dei medici di famiglia e della informatizzazione della cartella ambulatoriale dei pazienti. L’attività dell’ambulatorio del piede diabetico è iniziata nel novembre 2008 ed è attualmente in corso, con possibili prevedibili sviluppi nell’ottica provinciale, con l’obiettivo di definire un percorso diagnostico-terapeutico di tali pazienti gestito in maniera integrata tra l’Ospedale di Trento e quello di Borgo. Il superamento del “punto nascita” dell’ospedale è stato realizzato con una nuova struttura sia dal punto di vista edilizio (nuovo Centro ambulatoriale dotato di n. 5 ambulatori, locali di supporto, una camera di degenza di appoggio per terapie infusionali) che organizzativo (un sistema ambulatoriale con una rilevante offerta e la attività ospedaliera ginecologica mantenuta in U.O. chirurgia). La conclusione dei lavori del Centro ambulatoriale ostetrico-ginecologico e la dotazione della apparecchiatura prevista (apparecchio per riabilitazione pelvica) hanno consentito di sviluppare la attività di riabilitazione del pavimento pelvico;
- ▶ *Attività specialistica ambulatoriale*: nell’ambito dell’offerta di prestazioni sono stati attivati ambulatori in sedi extra-ospedaliere da parte della U.O. di Chirurgia dell’ospedale di Borgo sia a Pergine, sia a Trento (distretto); il governo della domanda resta l’elemento di maggiore difficoltà da gestire: medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri e medici di famiglia sono stati contattati e informati su argomenti attinenti il monitoraggio dei tempi di attesa e sullo stato dell’arte della situazione mediante invio dei dati sulla situazione all’inizio di ogni mese.

Distretto Alto Garda e Ledro

Si segnalano per il 2008 le seguenti azioni:

- ▶ *percorso assistenziale del paziente ambulatoriale*: al fine di migliorare il percorso in particolare di due tipologie di utenti che nell’attività del poliambulatorio ospedaliero richiedono un’attenta programmazione e una specifica integrazione di più azioni di tipo medico/infermieristico, sono stati predisposti due precisi percorsi diagnostico-terapeutici: 1) paziente da sottoporre a intervento chirurgico programmato in day surgery; 2) paziente diabetico. I percorsi sono stati elaborati dal personale medico/infermieristico del Poliambulatorio ospedaliero

e dei reparti interessati: l'anestesia, la chirurgia generale e l'ortopedia per la gestione degli esami e delle visite specialistiche in regime di pre ricovero ambulatoriale, con richiesta effettuata mediante "foglio giallo" e la medicina generale per quanto riguarda la gestione del paziente iperglicemico con terapia insulinica parenterale continua. Quest'ultimo percorso ha richiesto anche un importante impegno, per diffondere con apposite riunioni di reparto, le specifiche procedure elaborate dagli specialisti internisti, presso gli altri reparti di ricovero dell'ospedale, in modo da conseguire una completa omogeneizzazione delle modalità di assistenza del paziente con terapia insulinica. È stato individuato all'interno delle UU.OO. dell'area medica internistica dell'ospedale il personale infermieristico da adibire a "referente di percorso", il quale ha frequentato un corso di formazione apposito organizzato dal Servizio Infermieristico Ospedaliero in concerto con il Servizio Infermieristico Aziendale. Il referente di percorso nel corso del 2009, dovrà concretizzare per i pazienti selezionati, l'integrazione delle fasi di ammissione, trasferimento e dimissione in raccordo con le strutture territoriali ed eventualmente con gli altri ospedali dell'APSS o convenzionati al fine di soddisfare al meglio i bisogni assistenziali e di salute del paziente preso in carico. Nell'ambito del "percorso nascita", è stato condiviso un percorso integrato tra consultorio territoriale e U.O. di Ostetricia e Ginecologia, con una gestione della gravida che prevede un corso parto suddiviso tra consultorio e ospedale, dove la prima parte del corso è tenuto nella sede del consultorio e la seconda parte in ambiente ospedaliero. I corsi pre parto così svolti nel corso dell'anno sono stati otto. Come prassi acquisita, l'analgia peridurale viene offerta a tutte le donne partorienti che la richiedono, in pieno accordo tra medico anestesista e ostetrico. Nel corso dell'anno sono state effettuate 37 anestesie epidurali per una percentuale sul totale dei parti pari al 8,2%. Anche il parto in acqua può essere effettuato nelle condizioni indicate, venendo nella pratica eseguito molto più spesso la sola fase del travaglio in acqua. La raccolta di sangue cordonale è stata effettuata in 54 casi mentre sono state eseguite 35 raccolte di placenta da parti cesarei elettivi;

- ▶ *contenimento dei tempi di attesa:* è stato monitorato nel corso di tutto l'anno l'applicazione del programma aziendale per il contenimento dei tempi di attesa, in particolare per quanto riguarda la concordanza delle prescrizioni con il modello RAO. Sono stati inviati a tutti i medici prescrittori i reports individuali e collettivi forniti dall'azienda, come momento informativo per tarare se necessario i comportamenti prescrittivi di ogni professionista;
- ▶ *programma assistenziale ADI-Cure Palliative:* sono stati coinvolti i medici di medicina generale, implementandone nel tempo l'adesione; permane comunque la criticità dovuta alla non totale adesione dei medici di medicina generale al sistema ADI-CP, in quanto le modalità della loro partecipazione è ancora oggetto di discussione per un raggiungimento di un accordo condiviso tra i

rappresentanti dei MMG e l'Assessorato alla Sanità. Sono state attivate numerose ADI rivolte a malati terminali che hanno quindi potuto usufruire del sistema di assistenza previsto dal progetto ADI-CP;

- ▶ *sicurezza del Paziente*: la Direzione Medica di Presidio ha individuato le procedure per gestire i casi riferiti ad "eventi sentinella" con la metodologia della Root Cause Analysis (RCA), anticipando di qualche mese l'iniziativa aziendale. Con tale prassi è stata messa a punto, in seguito a una specifica segnalazione, una procedura corretta per la gestione dei drenaggi in chirurgia generale e in ostetricia e ginecologia;
- ▶ *controllo delle Infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA)*: è stata elaborata e diffusa una procedura ospedaliera per il controllo delle infezioni da catetere urinario; è continuata la sorveglianza specifica della ferita chirurgica presso la U.O. di Chirurgia Generale, i cui risultati dal 2007, sono stati sintetizzati in una presentazione fatta come momento di audit interno all'ospedale, come pubblicazione internazionale e come partecipazione alle "Buone pratiche cliniche" aziendali, dove il lavoro è giunto tra i finalisti. Per quanto riguarda l'implementazione della strategia dell'OMS sull'igiene delle mani, il CIO ospedaliero ha organizzato e gestito un progetto di formazione del personale realizzando momenti specifici di formazione, utilizzando sia gli strumenti OMS (filmati, base dei report), sia le conoscenze della realtà locale basata sull'osservazione in reparto. Come reminders nel luogo di lavoro sono stati applicati in tutti i reparti e zone comuni dell'ospedale dei poster forniti dal coordinamento nazionale. Sono stati effettuati circa 20 seminari intraospedalieri per coinvolgere tutto il personale medico, infermieristico e ausiliario, il tutto per cercare di creare e mantenere un clima mirato alla sicurezza del paziente e alla qualità delle cure;
- ▶ *logistica*: alla fine di novembre è stato effettuato il trasferimento della Direzione di Distretto, Servizio Amministrazione e Direzione Medica da Villa Elena al Palazzo delle Palme, nuova sede del Distretto Alto Garda e Ledro. È stato predisposto anche quanto necessario per il trasferimento del Centro di Salute Mentale che è stato programmato per il mese di maggio 2009, quando effettivamente saranno disponibili tutti gli arredi previsti e ultimati alcuni lavori tecnici sull'impiantistica. La Direzione di Distretto nel corso dell'anno si è mantenuta sempre disponibile nei confronti dell'Ufficio di progettazione Grandi Opere della PAT, per incontri e riunioni di definizione del progetto per la realizzazione del 4° lotto del nuovo ospedale. È in fase di assegnazione l'appalto per i lavori di costruzione e se ne prevede l'inizio per la fine anno 2009. La Direzione Medica e il Servizio Amministrazione hanno progettato sulla base delle richieste del Servizio Gestione Alberghiera l'implementazione di un sistema di distribuzione dell'acqua potabile ai pazienti ricoverati mediante appositi erogatori di reparto. È stato definito il numero degli erogatori, la loro dislocazione e le modalità di gestione e distribuzione dell'acqua ai pa-

zienti. Il Servizio Tecnico ha progettato la realizzazione dei punti presa per il collegamento degli erogatori alla rete idrica. La fornitura degli erogatori è condizionata alle procedure di acquisto degli stessi a livello aziendale.

Distretto di Fiemme e Fassa

Si evidenzia preliminarmente, nell'ambito delle iniziative messe in atto dalle diverse articolazioni dei Distretti, la particolare attenzione posta rispetto all'esigenza di promuovere modalità operative improntate a logiche di sistema e di integrazione tra le diverse figure professionali e tra servizi diversi. Le iniziative di maggiore rilevanza realizzate nel corso del 2008 in attuazione del programma di attività, sono le seguenti:

- ▶ *integrazione tra assistenza collettiva, ospedaliera e distrettuale*: è stata data attuazione al progetto per l'*assistenza domiciliare ai pazienti terminali* con l'avvio delle Cure palliative nei Distretti di Fiemme e Fassa (con la collaborazione del Servizio di Cure palliative del Distretto di Trento); i dati di attività e i risultati complessivi registrati a un anno dall'avvio di tale servizio sono da ritenersi del tutto soddisfacenti, pur se tale attività necessita di essere ancora supportata con ulteriori iniziative di informazione e formazione in una logica di consolidamento e di miglioramento; è stato avviato il progetto per l'attivazione della figura del "*Coordinatore di percorso*" presso l'ospedale di Cavalese, con la definizione delle modalità organizzative e la partecipazione allo specifico percorso di formazione di personale infermieristico dell'U.O. di Medicina Generale e dell'U.O. Assistenza Primaria; nel corso del 2009 il progetto diverrà pienamente operativo, assicurando un sicuro miglioramento della presa in carico dei pazienti, in particolare in termini di continuità assistenziale sia in ambito ospedaliero che nel passaggio tra ospedale e territorio; è stata avviata una iniziativa di sistematica collaborazione col personale delle RSA su programmi di miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza agli utenti di tali strutture, dando così attuazione a un impegno assunto dal Distretto per una maggiore integrazione dei diversi servizi sanitari operanti sul territorio del Distretto; è stato avviato un progetto di formazione sul campo che ha coinvolto personale medico e infermieristico dei servizi ospedalieri e territoriali e Medici di Medicina generale per la gestione delle situazioni di acuzie in ambito psichiatrico, in una logica di condivisione e coinvolgimento delle diverse figure professionali;
- ▶ *appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi sanitari offerti*: è stata realizzata, da parte di personale medico e infermieristico, la revisione del percorso assistenziale al *paziente diabetico in ambito ospedaliero*, al fine di migliorare e integrare le diverse attività e funzioni (di assistenza, educazione e promozione della salute) connesse alla presa in carico complessiva di tali pazienti; è stata condotta una verifica sulla documentazione clinica delle attività di ricovero al fine di valutare il mantenimento di alcuni criteri e standard di qualità e di sicurezza delle attività assistenziali; sono state adottate iniziative nelle

UU.00. di degenza al fine di migliorare le attività di valutazione del paziente ricoverato in coerenza con i requisiti di accreditamento, avendo a riferimento l'esperienza di accreditamento JCI dell'Ospedale di Trento;

- ▶ *attivazione di nuovi servizi*: nel corso del 2008 è stata avviata sperimentalmente una attività di prelievo per esami di laboratorio presso il Comune di Valfloriana, dando così risposta alle esigenze della popolazione anziana di tale Comune.

Distretto Giudicarie e Rendena

L'esercizio 2008 si è connotato per gli impegni relativi alle accelerazioni impresse sulle attività di comunicazione all'utenza e alle attività edilizie e di apertura dei servizi. In particolare sono state numerose durante i primi nove mesi le serate dedicate agli incontri con la popolazione dei diversi Comuni per illustrare i servizi offerti dall'APSS e rispondere ai quesiti, nonché le serate dedicate al molto attivo Comitato di Distretto delle valli Giudicarie e Rendena: ne è comunque risultato un consolidamento dei già buoni rapporti con il territorio di riferimento con la locale rappresentanza del Tribunale per i Diritti dei Malati (TDM) incontrata periodicamente. Da segnalare le seguenti attività:

- ▶ *presidio ospedaliero*: sono proseguite le attività di pianificazione per i lavori di ristrutturazione;
- ▶ *casa della salute di Storo*: sono stati ultimati i lavori e, acquisiti gli arredi e le attrezzature sanitarie, sono entrati i medici di medicina generale in associazione, nonché le attività specialistiche concordate e sostenute con notevole sacrificio dai medici dipendenti (retribuiti sul fondo speciale del Direttore Generale fuori orario di servizio, coordinati come Responsabile della DMP del presidio ospedaliero di Tione); sono stati attivati gli impianti antiaggressione e stipulate le convenzioni per le attività di sorveglianza;
- ▶ *centro servizi sanitari di Condino*: si sono avviati i lavori di ristrutturazione, trasferendo temporaneamente le attività sanitarie presso la locale RSA;
- ▶ *sede dell'U.O.A.P. e Servizio Veterinario*: sono stati ultimati i lavori di ristrutturazione in Via Presanella a Tione ove sono regolarmente riprese le attività;
- ▶ *casa della salute di Pinzolo*: sono iniziati gli incontri con il Consiglio Comunale di Pinzolo, i medici convenzionati e il Servizio trasporto infermi;
- ▶ *screening per il tumore del colon-retto*: è proseguita l'attività di supporto all'iniziativa;
- ▶ *prelievo cornee*: è stata avviata l'attività di prelievo di cornee da cadavere.

Distretti Trento Valle dei Laghi, Cembra, Rotaliana-Paganella

Nel corso del 2008 si sono realizzate le seguenti azioni di miglioramento:

- ▶ *integrazione dei percorsi assistenziali* (approccio multidisciplinare e presa in carico coordinata dei pazienti):
 - *Salute mentale*: sono state sviluppate le attività relative al contesto dei *Disturbi del comportamento alimentare* al fine di dare risposta all'incremento

dei pazienti diagnosticati. È stato predisposto un progetto concordato da tutte le strutture che contribuiscono alla erogazione delle prestazioni che comprende: il consolidamento dell'assetto organizzativo; la definizione dell'apporto di ciascuna professionalità all'interno della equipe; un notevole lavoro di sensibilizzazione e di formazione nei confronti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che si è concluso con un seminario al quale sono intervenuti due esperti di livello nazionale e che ha visto una notevole adesione; l'avvio di un processo di decentramento della cura e dell'assistenza a pazienti stabilizzati e/o con morbilità psichiatrica attraverso modalità operative condivise tra il Centro per i disturbi alimentari e i Distretti; sono state realizzate le attività previste con particolare riferimento al consolidamento/ampliamento sul territorio delle modalità di assistenza integrata agli adolescenti psichiatrici attraverso protocolli di lavoro integrato tra UU.OO. aziendali e i Servizi Sociali; è stato formalizzato l'Accordo per la gestione della *Residenza per adolescenti psichiatrici* presso Villa S. Pietro ad Arco, individuando le modalità di accesso e di invio da parte della U.O. Neuropsichiatria Infantile in accordo con la U.O. di Psicologia clinica; per la realizzazione dell'obiettivo di organizzare un unico punto di accoglienza dei bisogni di Psichiatria, Neuropsichiatria, Psicologia, la U.O. di NPI ha lavorato alla costruzione del progetto di accoglienza, in attesa della assegnazione dei TerP già previsti e ai quali sarà affidata detta funzione: infatti, il progetto di presa in carico condivisa viene condotto attraverso la professionalità dei TerP e degli educatori, attualmente presenti, in modo consolidato, in Psichiatria; sono state realizzate azioni di formale condivisione dei percorsi di cura e assistenza dei pazienti psichiatrici, consolidando i "Percorsi di cura" con il coinvolgimento, oltre che dei pazienti, dei medici e degli operatori anche dei familiari; nella U.O. di Psichiatria 2, è stata consolidata in alcune aree, con notevole efficacia e qualità percepita dai pazienti, la presenza degli UFE (Utenti Familiari Esperti) a integrazione delle attività svolte dagli operatori: Front office, Call center, altri contesti operativi; sono stati resi disponibili i Protocolli per l'assistenza ai giovani con malattie gravi e/o croniche e per i giovani con tendenza a reiterare comportamenti autolesivi (incidenti) e accessi ripetuti in Pronto Soccorso per lesioni da traumi⁶⁸. La predisposizione, nel primo semestre dell'anno, di tutte le azioni necessarie alla realizzazione del *Progetto di prevenzione del suicidio* ha reso evidente l'opportunità di ampliare la conduzione del progetto stesso a tutto il territorio provinciale: dopo la condivisione di detta opportunità con la Direzione Generale, la Direzione di Distretto si è fatta carico di predisporre tutti gli atti necessari al coinvolgimento di

⁶⁸ È stata rivolta particolare attenzione a promuovere conoscenze negli operatori addetti ai PS per una valutazione di questo fenomeno la cui frequenza non è affatto trascurabile;

- tutte le strutture aziendali realizzando le seguenti azioni: condivisione delle proposte da parte delle UU.OO. di Psichiatria, predisposizione del Piano di coinvolgimento dei numerosi soggetti esterni alla APSS⁶⁹, collaborazione alla predisposizione dei materiali della campagna di prevenzione, sostegno e stimolo alla realizzazione di tutte le azioni programmate nel progetto;
- *Attività consultoriali*: nel corso dell'anno 2008, la sede del consultorio di Trento si è trasferita dalla sede di Via Petrarca alla nuova sede di Via Malta; la progettazione della nuova sede ha consentito di prevedere spazi dedicati alle due categorie di utenti che più frequentemente utilizzano il consultorio: le famiglie (tutela della maternità) e i giovani per i quali si è individuato uno spazio Internet Point; sono state realizzate le seguenti azioni: miglioramento dell'integrazione con le mediatrici culturali al fine di agevolare l'assistenza alle donne straniere; mantenimento degli incontri con i giovani attraverso il Progetto "Conoscere il Consultorio"; stipula di un Protocollo di intesa tra APSS, Comune di Trento e Comprensorio della Valle dell'Adige per la programmazione integrata delle attività e per la gestione condivisa dei servizi necessari alla loro realizzazione; sostegno della genitorialità a rischio attraverso attività di gruppo nel periodo post-adoattivo con genitori adottivi e bambini adottati e con i casi segnalati dal Tribunale dei minori e dai Servizi sociali, secondo protocolli concordati e monitorati con incontri di coordinamento intra e interistituzionali;
 - *Coordinatore di percorso*: è stata ulteriormente sviluppata la presenza e l'operatività in collaborazione con l'Ospedale di Trento, consolidando le modalità di integrazione ospedale-territorio nelle UU.OO. in cui detta funzione è già avviata e inoltre realizzando la formazione residenziale di ulteriori operatori per estendere detta modalità ad altri reparti; progetti ex art. 23 dell'Accordo provinciale dei medici di medicina generale e iniziative di costituzione di forme associative;
 - *Cure palliative*: messa a regime degli accordi di collaborazione programmati con i Distretti del Trentino del nord, assestando il modello di cura e assistenza focalizzato sul ruolo del MMG; numerosi incontri con medici dipendenti, medici convenzionati e popolazione; è stato consolidato il modello di integrazione tra i professionisti dell'assistenza territoriale, anche attraverso la promozione della formazione specifica del personale infermieristico;
 - ▶ *Area della promozione della appropriatezza clinica e organizzativa*: si è provveduto al mantenimento del "Progetto Giovani" come immediato e facilmente accessibile strumento di contatto con la fascia giovanile; detto sportello vede un continuo sviluppo e, per tale motivo, nel corso del 2008 si è pensato anche a

⁶⁹ Ai quali è stato chiesto di svolgere uno specifico ruolo e alla formalizzazione delle richieste di collaborazione.

una sua maggiore caratterizzazione attraverso una progettazione specifica della sala di attesa; si è provveduto alla *formazione specifica degli operatori dedicati ai disturbi psicologici nei minori*, essendo detta fascia di utenti particolarmente delicata e in continua espansione; è stato avviato il progetto dipartimentale che prevede la verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa degli strumenti utilizzati in psichiatria attraverso un complesso sistema che coinvolge tutte le figure professionali che lavorano in detto ambito e che continuerà anche nell'anno 2009; sono state inoltre progettate e condotte, in ciascuna Unità Operativa, specifiche azioni di verifica e monitoraggio della appropriatezza negli ambiti di maggiore interesse di ciascuna area; particolare attenzione è stata assicurata alle prestazioni specialistiche e al monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni della Giunta provinciale, in integrazione con tutte le strutture erogatrici presenti nell'area di competenza; nell'ambito della Neuropsichiatria infantile, sono state riviste le prestazioni offerte dal servizio, al fine di ricondurle nei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso un forte lavoro di integrazione che ha coinvolto tutte le figure professionali della Unità Operativa;

- ▶ *Area amministrativa*: si sono mantenute le funzioni amministrative decentrate sul territorio (anagrafe, esenzioni, autorizzazioni sanitarie, prenotazioni specialistiche) nell'ottica di facilitare l'accesso dei cittadini al Servizio Sanitario; si è consolidato il modello gestionale delle attività della Psichiatria 2, dando applicazione alla legge provinciale che prevede la possibilità di stipulare un accordo convenzionale pubblico-privato per la gestione di alcune essenziali funzioni: si è lavorato, anche in collaborazione con l'Università di Trento, per individuare le idonee modalità operative per predisporre l'accordo che è stato approvato dal Direttore Generale a inizio anno 2009;
- ▶ *Area della sicurezza degli operatori e degli utenti*: l'U.O. di Assistenza primaria ha svolto il lavoro di ideazione e di fattibilità del progetto che prevede, nell'ambito della, azioni specifiche per il corretto utilizzo della terapia farmacologica a domicilio con un forte coinvolgimento del personale infermieristico e dei medici di medicina generale; si è data attuazione alle azioni indicate dagli specifici tavoli tecnici di lavoro aziendali (risk management); sono state promosse e sviluppate iniziative di formazione e aggiornamento del personale; è stato consolidato il percorso di accoglienza del personale neo assunto.

Distretto Vallagarina

Nel corso del 2008 si sono realizzate le seguenti azioni di miglioramento:

- ▶ *Salute mentale*: l'U.O. di Neuropsichiatria infantile 2 e la U.O. di Medicina Fisica e riabilitazione hanno potenziato il rapporto di interfaccia attraverso l'elaborazione di protocolli condivisi; la U.O. di Neuropsichiatria infantile 2 ha organizzato ambulatori di II° livello per la comunicazione aumentativa e alternativa, per la disabilità infantile, per l'autismo, per la diagnosi e terapia

dei disturbi psichiatrici dell'età evolutiva; è stata realizzata l'omogeneizzazione, su tutti i Distretti di riferimento dell'Unità operativa di Psicologia 2, degli interventi psicologici nei corsi di preparazione alla nascita dei consultori; si è attivato un nuovo percorso preventivo di individuazione e intervento precoce nelle situazioni a rischio di sviluppare una depressione post-partum in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Arco estendendolo, in collaborazione con le rispettive UU.OO. di Ostetricia, agli ospedali di Rovereto e Tione; l'U.O. di Psicologia 2 ha avviato la sperimentazione di un percorso assistenziale integrato, sviluppato in collaborazione con l'U.O. di Psichiatria di Rovereto, per aumentare l'appropriatezza clinico-organizzativa dei percorsi assistenziali di presa in carico di soggetti affetti da depressione;

- ▶ *Alcolismo*: da parte del Servizio di Alcolologia della Vallagarina si è realizzata l'elaborazione e implementazione dello strumento "percorsi di cambiamento condivisi" in ambito alcolologico, in collaborazione con la U.O. di Psichiatria di Trento, mutuando uno strumento dalla stessa elaborato, e adattandolo alla situazioni di famiglie con problemi alcol correlati e complessi. La finalità corrisponde all'incremento dell'adesione e responsabilizzazione di operatori e utenti nei percorsi di cambiamento. Si è inoltre realizzato a Rovereto dal 26 al 29 maggio 2008 un corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi destinato agli operatori sanitari, ai frequentatori dei Club delle famiglie con problemi alcolcorrelati e ai cittadini in generale. Si è registrata la partecipazione in totale di 52 corsisti dei quali oltre 30 operatori APSS, in buona parte appartenenti al Distretto Vallagarina;
- ▶ *Sangue cordonale*: l'U.O. di Ostetricia dell'ospedale di Rovereto ha attivato il prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale (98 prelievi nell'anno 2008) con il supporto fornito dalle ostetriche consultoriali;
- ▶ *Comitato Infezioni Ospedaliere*: è proseguita l'attività con il monitoraggio delle infezioni in ospedale e nelle RSA, tramite programma `vigi@ct`; l'Unità Operativa di Assistenza Primaria del distretto Vallagarina e la Direzione Medica dell'Ospedale di Rovereto hanno effettuato una riunione con i sanitari delle RSA per una restituzione dei dati raccolti dal laboratorio e la condivisione della strategia per la prosecuzione del monitoraggio delle infezioni;
- ▶ *Attività specialistica ambulatoriale*: la Direzione medica dell'ospedale ha continuato la raccolta, monitoraggio e reportistica delle prestazioni prescritte ed erogate con l'utilizzo del modello RAO, con il successivo invio dei report individuali personalizzati ai MMG e PLS del Distretto Vallagarina oltre che ai singoli medici prescrittori in merito alla qualità delle prestazioni valutate o prescritte. Nel corso dell'anno sono stati effettuati gli incontri con la Direzione Cura e Riabilitazione aziendale nell'ambito del programma di contenimento dei tempi di attesa. La Direzione medica, circa questi temi ha continuato a partecipare, in qualità di consulente, ai lavori dell'Agenzia per i Servizi

Sanitari Regionali di Roma. È stato inoltre pubblicato e inserito nel sito web aziendale il Manuale RAO aggiornato al 2008, mantenendo la modalità di aggiornamento semestrale del documento;

- ▶ *Assistenza domiciliare integrata-cure palliative*: prosegue la collaborazione tra la U.O. di Assistenza Primaria/Cure palliative della Vallagarina e le UU. OO. di Assistenza Primaria dei Distretti Alto Garda e Ledro e Giudicarie e Rendena, rispondendo puntualmente a tutte le richieste di consulenza. Si segnala il progressivo incremento di tale attività; in seguito alla revisione degli accordi sindacali aziendali, non si è reso opportuno dare corso al progetto di revisione della turistica del personale infermieristico del settore ADI-ADI CP.

Distretti Valle di Non e Valle di Sole

Sono state realizzate le seguenti azioni:

- ▶ *Assistenza collettiva*: sono state attuate nelle scuole le iniziative previste dal programma di educazione alla salute per l'anno scolastico 2007-2008 (attività consolidata); oltre all'attuazione dei controlli previsti dal Piano della sicurezza alimentare presso le strutture nel Distretto della Valle di Sole è stata promossa un'azione formativa degli alimentaristi, attraverso incontri concordati con le varie associazioni di categoria sull'HACCP; per l'aumento della copertura della vaccinazione antinfluenzale sono stati coinvolti i medici di medicina generale (copertura antinfluenzale Valle di Non soggetti > 65 anni: 66,00%, Valle di Sole 67,00%.); in merito ai profili di salute di comunità, a seguito della presentazione dei risultati ai Comitati di Distretto delle due Valli nel settembre 2007, è stato deciso di focalizzare l'attenzione su due aspetti: 1) igiene dell'ambiente, in relazione all'utilizzo di antiparassitari⁷⁰ e agli effetti sulla salute umana; 2) comportamenti e stili di vita⁷¹ degli adulti e degli adolescenti;

⁷⁰ È stato costituito nel novembre 2007, un *Gruppo di lavoro interistituzionale*, che ha approfondito l'argomento, con dati e attività di processo, al quale hanno partecipato oltre all'APSS, l'APPA, l'Istituto Agrario di San Michele, l'APOT e le associazioni degli agricoltori. I risultati del lavoro sono stati presentati ai Comitati di Distretto l'11 giugno 2008 e alla popolazione il 14 luglio 2008 a Cles in un incontro pubblico, al quale hanno partecipato circa 350-400 persone. Inoltre in attuazione della Delibera di Giunta provinciale n. 1154 del 9 maggio 2008, è stata promossa un'indagine conoscitiva sull'esposizione a prodotti fitosanitari nella popolazione non esposta professionalmente: in collaborazione con il Comitato di Distretto della Valle di Non, sono stati individuati 25 soggetti e 25 abitazioni, oggetto della ricerca nel 1° semestre 2009.

⁷¹ Per il secondo aspetto è in corso lo studio PASSI, in collaborazione con il Ministero della Salute, che prevede, per i Distretti della Valle di Non e della Valle di Sole un'intervista telefonica a 22 persone al mese tramite un apposito questionario (il campione ministeriale per i due Distretti prevede 8 interviste/mese). Inoltre per approfondire gli stili di vita e i comportamenti degli adolescenti, in collaborazione con tutti gli Istituti scolastici della Valle di Non e della Valle di Sole, è stata promossa la ricerca "Salute e stili di vita dei giovani nelle Valli del Noce", attraverso la somministrazione di un questionario Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), somministrato nel mese di novembre 2008, ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Effettuata l'analisi dei dati i risultati dell'indagine verranno presentati in un incontro pubblico nel mese di maggio 2009.

- ▶ *Assistenza distrettuale*: si è consolidata l'integrazione fra Ospedale e territorio, al fine di garantire un'efficace presa in carico di pazienti complessi, al momento della dimissione ospedaliera, tramite l'applicazione della procedura che prevede un accesso settimanale dei caposala del territorio in Ospedale (i casi segnalati dall'Ospedale come dimissioni "protette" sono stati 106); dal mese di novembre 2007 ha preso avvio nel Distretto Valle di Sole il *percorso diagnostico-terapeutico del diabete* con l'obiettivo di riaffidare al medico di medicina generale la gestione dei pazienti non complicati, all'interno di un percorso clinico-organizzativo definito (su 280 pazienti seguiti dal Centro antidiabetico, 156 sono stati affidati al MMG (56%) prevedendo anche la formazione sul campo (FSC) per medici di famiglia e infermieri; da febbraio 2008, a seguito dell'obiettivo n. 5/2007 assegnato dalla Provincia all'APSS, il *progetto "cure palliative"* è operativo anche nel Distretto della Valle di Non con la presa in carico dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e dei servizi territoriali e la consulenza periodica dell'equipe di cure palliative del Distretto di Trento e Valle dei Laghi; il progetto è ormai consolidato in ambedue i Distretti con accesso settimanale da parte del medico palliativista (nel 2008 sono stati seguiti 38 pazienti, 21 in Valle di Non e 17 in Valle di Sole); è stato avviato un progetto con i coordinatori sanitari delle 5 RSA del territorio sull'utilizzo corretto degli antibiotici e degli psicofarmaci in collaborazione con le UU.OO. di Geriatria e di Psichiatria, che proseguirà anche nel 2009; è in fase di avanzata realizzazione il *progetto di informatizzazione delle RSA*, dei MMG e dei PLS (Progetto Ampere) che si completerà nel corso del 2009; la Ricerca-azione per la valutazione di bisogni complessi relativi a pazienti psichiatrici o portatori di handicap⁷² ha individuato il nuovo modello di UVM che nel 2009 verrà introdotto e consolidato nei Distretti della Valle di Non e della Valle di Sole⁷³.
- ▶ *Assistenza specialistica ambulatoriale*: in merito al programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, sono state ribadite le disposizioni ai Responsabili di CdR relativamente alla applicazione modello RAO (con posti dedicati in tutti i calendari e rispetto della tempistica), alla separazione all'interno dei calendari di prenotazione fra prime visite e controlli (come da indicazioni della DCR), alla prenotazione delle visite di controllo all'atto dell'effettuazione della prestazione. All'atto della definizione del programma di attività 2008 è stata focalizzata l'attenzione sulle prestazioni

⁷² Avviata nel mese di aprile 2006 con la consulenza dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano, ha visto la sperimentazione conclusa il 22 ottobre 2007; il 12 dicembre 2007 gli esiti della sperimentazione sono stati presentati a Trento ai gruppi di accompagnamento e alla committenza (Assessorati alle Politiche per la Salute e alle politiche Sociali). Il 23 aprile 2008 gli esiti della sperimentazione sono stati presentati in una comunicazione pubblica a Trento, alla quale hanno partecipato circa 150 persone.

⁷³ A seguito della delibera di G.P n. 2835 del 31.10.2008 "Completamento ed estensione degli esiti della ricerca-azione di cui alla deliberazione della G.P. n. 863 del 23 aprile 2004".

critiche (visita oculistica, dermatologica, ecodoppler TSA e vasi periferici, ecografia addome) tramite i report forniti dal programma informatico “cupido”, sono stati monitorati i tempi di attesa, al fine di verificare il rispetto del programma attuativo e delle indicazioni fornite. In particolare, è stata consolidata la verifica del corretto utilizzo del modello RAO da parte dei medici prescrittori, attraverso la predisposizione di report individuali e di confronti con gli erogatori delle prestazioni (audit)⁷⁴; è stata consolidata dall’U.O. di Medicina l’offerta dell’endoscopia digestiva e dell’ECG da sforzo dell’attività dell’ecocardiografia per esterni, della cardioversione elettrica per fibrillazione e flutter atriale, dei controlli pace-maker, dell’attività pneumologica, svolta fino al 31.05.2006 dai medici dell’U.O. di Fisiopatologia respiratoria dell’Ospedale di Arco. Per l’attività di Endoscopia digestiva oltre all’incremento dell’attività ambulatoriale è stato consolidato l’impianto di PEG (iniziato nel 2007). In applicazione della Delibera di G.P. del 21 settembre 2007 n. 2043 “Direttive all’APSS per la riqualificazione e il potenziamento del Presidio Ospedaliero di Cles, che prevedeva anche il potenziamento della struttura diagnostica per immagini, è stato installato all’interno del Servizio di Radiodiagnostica, un nuovo apparecchio fisso per RMN polifunzionale, operativo dal mese di settembre 2008. Il sistema MUSE è operativo nelle UU.OO. dell’Ospedale di Cles, nelle strutture Poliambulatoriali di Malè, Pellizzano, Fondo, Taio e Denno e, dal 2008, nelle 5 RSA territoriali (Cles, Fondo, Taio, Malè e Pellizzano); da gennaio 2008 è stata attivata, e è ormai consolidata, la consulenza fisiatrice presso le 5 RSA territoriali con medici dipendenti, in orario di servizio;

- ▶ *Assistenza ospedaliera*: si è proseguito quanto avviato negli anni scorsi in riferimento alla riduzione dei ricoveri ordinari, in particolare di quelli inappropriati e dello sviluppo dei day hospital e dei day surgery; si è focalizzata l’attenzione sul governo delle interfacce fra UU.OO. e Servizi, tramite l’attuazione, verifica e misurazione di contratti, procedure, protocolli, percorsi clinico-assistenziali, indicatori di performance, indicatori clinici. Contestualmente sono stati consolidati, in una logica di rete degli ospedali, i protocolli con le UU.OO. dell’Ospedale di Trento (Pneumologia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Neonatologia, Ostetricia-ginecologia) e con il Dipartimento di Ortopedia. Sono state inoltre attuate nel 2008 le iniziative e gli interventi previsti dai piani sui requisiti minimi, sulla sicurezza dei pazienti e degli operatori e sulla promozione della salute. In attuazione della deliberazione della Giunta provinciale n. 2043/2007, che prevede l’istituzione del *Dipartimento strutturale intraospedaliero di Medicina interna e area critica*, nel corso del 2008 è stata predisposto il Regolamento in collaborazione con la Direzione Cura e Riabili-

⁷⁴ A tale scopo sono stati effettuati due incontri, con la partecipazione del Direttore dell’ U.O. di Radiodiagnostica dell’ Ospedale di Cles, con i MMG e PLS il 23 ottobre 2008 (a Malè) e il 12 novembre 2008 (a Cles).

tazione (approvato nel mese di ottobre 2008 dal Consiglio dei Sanitari), sono effettuati i lavori strutturali, acquistate le apparecchiature tecnologiche ed effettuata la formazione del personale; con l'istituzione del Dipartimento verrà riorganizzata l'attività del Pronto Soccorso, istituita la guardia attiva interdivisionale notturna e verranno attivati 5 posti letto di terapia sub intensiva nella area medica. Nell'ambito dell'obiettivo n. 7 assegnato dalla PAT per il 2008 (Assistenza Ostetrico-Neonatale: Percorso nascita) sono state avviati i seguenti 2 progetti:

- a. dal mese di aprile 2008 è stato avviato, in collaborazione con il Servizio Socio Assistenziale dei Comprensori della Valle di Non e della Valle di Sole, un progetto di *assistenza in puerperio*, che prevede una visita a domicilio a tutte le donne primipare, da parte di un'ostetrica in seconda o terza giornata: il progetto è stato presentato nel mese di giugno 2008 ed è operativo in ambedue i distretti: al 31 dicembre 2008 sono state effettuate 162 visite a domicilio (111 in Valle di Non e 51 in Valle di Sole);
- b. dal mese di agosto ha preso avvio il progetto che prevede l'*analgesia epidurale in travaglio di parto*, che vede coinvolte l'U.O. di Ostetricia- Ginecologia e il Servizio di Anestesia e Rianimazione (donne che hanno usufruito dell'analgesia 18%).

Per la copertura del parcheggio è stata realizzata un'elisuperficie dotata di tutti dispositivi per la gestione di un servizio medico di emergenza con elicotteri in periodo notturno e nelle condizioni di massima sicurezza ⁷⁵: l'elisuperficie, idonea anche per i voli notturni, è operativa dal 8 agosto 2008; a seguito della conclusione dell'iter procedurale per l'individuazione del nome per l'intitolazione dell'Ospedale di Cles, la Giunta provinciale (n. 2320/2008) ha deliberato di denominare il Presidio Ospedaliero di Cles, "Ospedale Valli del Noce";

- **Semplificazione amministrativa:** costante implementazione del sito distrettuale all'interno del sito intranet con l'inserimento anche delle disposizioni relative all'art. 50 del D.Lgs. 326/03; attuazione delle linee guida aziendali per la gestione dei buoni mensa; registrazione delle imprese alimentari, come da indicazioni della Direzione Igiene e Sanità Pubblica; integrazione dell'utilizzo della riscuotitrice per il pagamento anche delle prestazioni a stranieri e dei controtipi, con ottimi risultati; diffusione del sistema di gestione documentale (PiTre), in quasi tutti gli uffici amministrativi interessati; verifica amministrativa in nelle 5 RSA di competenza; raccolta fabbisogni di investimenti di carattere tecnico-economico di tutte le UU.OO. e Servizi e definite le priorità d'acquisto; presecuzione della raccolta di procedure di tipo amministrativo e

⁷⁵ Inizialmente, il progetto dell'elisuperficie era stato sviluppato per gli elicotteri tipo "Dauphin", attualmente in dotazione al Nucleo elicotteri della Provincia autonoma di Trento. In seguito, il progetto è stato modificato per poter ospitare l'atterraggio e il decollo dei nuovi elicotteri tipo Agusta AW 139, che stanno per essere acquistati dalla Provincia.

organizzativo per l'attuazione degli adempimenti previsti per il raggiungimento dei requisiti minimi di autorizzazione.

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

Nel corso del 2008 si è consolidata nell'organizzazione la gestione del budget; tuttavia solo il personale e i medici dell'Ospedale di Trento afferiscono direttamente al Dipartimento, mentre il personale di comparto dei Distretti periferici e dell'Ospedale di Rovereto, pur dipendendo gerarchicamente dal Dipartimento, sono tuttora attribuiti strutturalmente alle sunnominate Articolazioni Organizzative Fondamentale. Nel 2009 è stato dato il mandato di progettare un modello organizzativo di attribuzione diretta del personale di supporto al Dipartimento.

Relativamente alle attività e alle azioni intraprese si evidenziano:

- ▶ *Neurochirurgia*: oltre all'incremento dell'attività programmata (tre sedute la settimana), nel 2008 si sono effettuate a Trento quasi tutte le urgenze neurochirurgiche (in totale sono stati effettuati 450 interventi); la possibilità di eseguire a Trento le urgenze, senza trasferire i pazienti a Verona o a Bolzano, consente di abbreviare i tempi e di migliorare l'outcome (esito di salute) rappresentando un fondamentale progresso per la sanità trentina;
- ▶ *Accertamenti di morte e donazione d'organi*: si è verificato un notevole incremento degli accertamenti, in relazione all'aumento dei pazienti neurochirurgici; sono state aggiornate le procedure (prelievo di cornee), avviati i prelievi multitessuto, adottate modifiche organizzative per gli esami di laboratorio;
- ▶ *Trasferimento sale operatorie del CTO Villa Igea al S. Chiara*: il trasferimento ha richiesto una serie di adattamenti organizzativi dell'attività chirurgica, del blocco operatorio e dell'anestesia;
- ▶ *Sedute operatorie*: sono aumentate globalmente al S. Chiara (nel calendario invernale 70 sedute ordinarie più 4 sedute con progetti obiettivo) e anche in altri ospedali; negli ospedali di distretto viene effettuata una parte consistente della chirurgia "minore": vascolare, ortopedica, urologica, odontoiatrica

TAB. 5.2.32 Incremento attività chirurgica 2007-2008

SEDE	2007	2008	Incremento
TRENTO	12.103	13.166	1,08
ROVERETO	7.069	7.042	0,99
CAVALESE	2.190	2.551	1,16
CLES	2.060	1.879	0,91
ARCO	1.602	1.982	1,23
TIONE	1.466	1.803	1,23
BORGO	1.153	1.597	1,38
TOTALE	27.643	30.020	

- ▶ *Valutazione preoperatoria* (obiettivo PAT n.7/2007): prosegue l'implementazione, che si può dire completa (salvo l'utilizzo di personale dei reparti chirurgici) ad Arco, Tione, Cles e Rovereto (prenotazione tramite CUP, ambulatorio dedicato, ecc. Soddisfacente anche negli altri ospedali (eccetto Borgo) e a Trento, dove attualmente vengono valutati nell'ambulatorio di valutazione preoperatoria quasi tutti i pazienti, eccetto le urgenze;
- ▶ *Adozione del modello a "miniblocchi" in sala operatoria*: prevede gruppi ristretti e altamente specializzati per la strumentazione in sala operatoria; per evitare un numero eccessivo di pronte disponibilità si associano due o tre specialità chirurgiche non solo considerando l'affinità, ma anche la frequenza di urgenze. È necessario evitare l'associazione di specialità che comportano un'alta frequenza di interventi urgenti di lunga durata. Attuata per Neurochirurgia-Otorino, in corso per Ortopedia-Chirurgia Pediatrica;
- ▶ *Analgesia in travaglio di parto*: implementata a Cles, dove dal primo gennaio 2009 è effettuata su richiesta della partoriente; negli altri ospedali viene effettuata compatibilmente con altre urgenze chirurgiche;
- ▶ *Terapia del dolore cronico*: sono stati strutturati ambulatori sia a Trento che a Rovereto dove è iniziato un rapporto di collaborazione strutturato con le Cure Palliative (Ambulatorio integrato tra i due specialisti); ne è stata disciplinata l'attività (elenco prestazioni, ricettazione, farmaci, liste di attesa);
- ▶ *Terapia del dolore postoperatorio*: istituito a Rovereto un "Pain service", cioè un servizio dedicato (anestesista-nurse); a Trento verrà attivato analogo servizio in concomitanza dell'apertura della "Recovery Room";
- ▶ *Recovery room a Trento*: una sala risveglio con tre posti letto è stata creata nel 2008 all'interno del gruppo operatorio nell'ala ovest del presidio; attualmente si stanno installando l'arredamento e le attrezzature e sarà aperta appena disponibili le risorse infermieristiche; il modello organizzativo prevede (allo scopo di ottimizzare le risorse umane), di associare l'attività al "Pain Service": gli stessi operatori che seguono i postoperati in sala risveglio, effettueranno controlli, di routine e su chiamata, sui postoperati nei reparti;
- ▶ *Elisoccorso*: l'attività di elisoccorso è stata ulteriormente potenziata con il prolungamento dell'attività di un'equipe oltre le effemeridi nei mesi invernali, fino alle ore 21;
- ▶ *Cartella informatizzata di rianimazione*: si è effettuata la gara e iniziata l'implementazione del software con la ditta aggiudicatrice.

Dipartimento di Laboratorio

I principali interventi hanno riguardato i seguenti ambiti:

- ▶ *Qualità*: l'attività del Dipartimento nel primo semestre 2008 è stata fortemente incentrata a garantire il mantenimento della certificazione dei laboratori, realizzata con esito positivo attestato dall'audit di BVQI nelle giornate del 21, 22, 23 maggio 2008, nel quale non sono state rilevate non conformità.

Nel corso del 2008 l'Ufficio per la Qualità ha richiesto a tutti i Laboratori di effettuare il controllo sui tempi di produzione del dato analitico e della sua disponibilità all'utente, al fine di migliorare i tempi di ritiro del referto. Sulla scorta delle rilevazioni dei Laboratori, sono stati rivisti i tempi di refertazione di alcuni esami, in particolare modificando i tempi di ritiro referto sull'applicativo Ippocrate, al fine di rendere fruibili i dati di Laboratorio nel minor tempo tecnico possibile;

- ▶ *JCI Riaccreditamento Ospedale S. Chiara*: in occasione delle visite ispettive per il rinnovo dell'accreditamento JCI, è stata fornita fattiva collaborazione nel trovare soluzioni applicative alle problematiche direttamente connesse ai nuovi standard 2008 JCI (es. ridefinizione percorso incidente occupazionale e protocolli di sorveglianza, definizione di percorsi di segnalazione rapida di eventi infettivi ai reparti per la corretta gestione del paziente, revisione e aggiornamento delle procedure per la gestione dei POCT). Il Sistema di Gestione della Qualità Dipartimentale si è rivelato un mezzo molto efficace per introdurre ed estendere in tutti i laboratori del Dipartimento gli standard JCI, che contengono nella loro essenza i medesimi elementi dei requisiti delle norme ISO 9001 e 15189;
- ▶ *Genetica medica*: è stato effettuato il trasferimento presso la nuova sede vicina all'Ospedale S. Chiara (Via P. Orsi) ed è stata inaugurata il giorno 23 giugno 2008. Sono stati rivisti i percorsi indirizzati alla gestione della consulenza per pazienti con sospetta malattia genetica, prendendo contatti con le varie SS.CC. richiedenti ed elaborando un percorso ottimale (richiesta/valutazione/richiesta esami/risposta) al fine questo di migliorare e uniformare il percorso delle richieste pre/post ricovero. Le attività di genetica svolte nel corso del 2008 hanno mantenuto gli standard qualitativi già garantiti nel periodo precedente, consolidando i tempi di attesa e rispettando i casi urgenti con massimo quattro giorni di attesa (RAO). Nel corso del 2008 sono stati presi accordi volti a rivedere il tariffario delle prestazioni ambulatoriali, così da rafforzare il percorso assistenziale attraverso un'elaborazione di prestazioni specialistiche allineate alle altre strutture della genetica in campo Nazionale. La realizzazione dell'obiettivo sta procedendo attraverso il collegamento delle due postazioni di lavoro al programma Ippocrate e nel corso del secondo semestre è stato completato l'addestramento della seconda infermiera;
- ▶ *Gestione emocolture ed esecuzione test donatori multi organo*: il servizio festivo di gestione delle emocolture è stato attivato presso la struttura complessa di Microbiologia e Virologia a partire dal 1 luglio 2008; è stato attivato nel mese di settembre, in condivisione con le SS.CC. Anestesia e Rianimazione e Centro Trapianti, il servizio di pronta disponibilità per l'esecuzione degli screening infettivologici nei donatori multi organo;
- ▶ *Protocollo sorveglianza malattie invasive*: collaborazione con la Direzione Igiene e Sanità Pubblica per predisporre l'operatività all'interno dei labora-

tori del Dipartimento del protocollo di sorveglianza delle malattie invasive del Ministero della Salute che assegna ai laboratori il ruolo di primo attore nella identificazione rapida dei ceppi responsabili di meningite e infezioni invasive, per la predisposizione delle misure profilattiche sui contatti e per la sorveglianza dei sierotipi batterici che circolano nella popolazione al fine di definire la composizione vaccinale di massima protezione. Per la realtà locale il protocollo nazionale è stato opportunamente adattato; la comunicazione delle modalità operative ai laboratori è stata effettuata in una apposita riunione il 3 luglio 2008;

- ▶ *Screening carcinoma colon-retto*: supportato l'avvio dello screening del carcinoma colon-retto nei vari Distretti aziendali nei quali è stato attivato, predisponendo l'arrivo dei kit per la raccolta del materiale biologico nei luoghi indicati nonché l'invio del referto relativo alla ricerca del sangue occulto nelle feci;
- ▶ *Sorveglianza Infezioni Nosocomiali*: l'applicativo "Mercurio" è un insieme di programmi che all'interno del LIS permette la Sorveglianza delle Infezioni Nosocomiali; è stato parametrizzato il modulo base che permetterà di effettuare rilevazioni epidemiologiche basate sui risultati microbiologici prodotti dai diversi laboratori dipartimentali. È stato formalizzato un progetto in collaborazione con il PMO aziendale ed costituito un primo gruppo di lavoro. I report relativi alle resistenze batteriche sia per l'Ospedale di Trento che per tutta l'APSS sono stati elaborati e inviati al CIO di Trento e al CIPASS per l'approvazione e la diffusione. Sempre in ambito CIPASS è in corso di approvazione la procedura aziendale per la pulizia dello strumentario negli ambulatori odontoiatrici dell'APSS con il contributo della Struttura semplice per la Qualità dipartimentale e delle analisi condotte nel settore di Microscopia Elettronica del Dipartimento. L'approvazione e diffusione aziendale del documento è prevista per il primo semestre 2009;
- ▶ *Sicurezza*: sono state regolarmente applicate le procedure riguardanti la sicurezza dei pazienti ed è stato costantemente monitorato l'eventuale verificarsi di incidenti. Tutte le Strutture complesse hanno presentato le schede di raccolta delle sostanze per l'algoritmo MOVaRisch e MOC. La Fondazione Maugeri ha giudicato di esito ottimo le analisi ambientali di tutti i laboratori del Dipartimento. Il DVR del rischio chimico e l'analisi ambientale diverranno allegati del DVR di ogni Struttura complessa del Dipartimento. È stato aggiornato il Piano di continuità del Dipartimento di Medicina di Laboratorio: i fermi per manutenzioni straordinarie sia sul LIS dipartimentale che sul repository aziendale Itaca hanno permesso di provare sul campo il Piano di Continuità e hanno suggerito alcune modifiche che sono state sottoposte alla valutazione del Comitato di Dipartimento nella seduta del 3 novembre 2008;
- ▶ *Collaborazione all'obiettivo PAT "Terapia Anticoagulante Orale - gestione e monitoraggio"*: attraverso la stretta collaborazione con il responsabile del progetto e la partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro "TAO", è stata

stilata una lista di caratteristiche tecniche per la scelta di un programma unico aziendale di gestione dei pazienti in TAO da presentare al Responsabile del Servizio Sistemi Informativi. Tale programma dovrà essere utilizzato anche dai Medici di Medicina Generale in WEB;

- ▶ *Gare dipartimentali*: collaborazione con il Servizio Approvvigionamenti e conclusione delle gare reattive a Emoglobina glicata, Farmaci e droghe d'abuso;
- ▶ *Nuovi Laboratori di Patologia Clinica e Microbiologia Ospedale S. Chiara*: partecipazione agli incontri con la Direzione dei lavori per i nuovi Laboratori, visita al S. Raffaele di Milano con una delegazione di Ingegneri della PAT;
- ▶ *Semplificare la vita dei cittadini, del personale e delle altre componenti del SSP*: nel primo semestre 2008, è stata effettuata la revisione delle Carte dei Servizi di ogni laboratorio dipartimentale riportandole a un modello comune, dove l'utente possa ritrovare le informazioni nella medesima sequenza logica. Tale attività è la premessa indispensabile per provvedere successivamente all'aggiornamento del sito Internet dei servizi offerti dai laboratori, con attività e orari aggiornati. È stato concordato con il Servizio Rapporti con il Pubblico l'inserimento sul portale aziendale delle nuove Carte dei Servizi nei primi mesi del 2009. Si è lavorato per rendere possibile la pubblicazione sul sito dell'APSS del Manuale Esami, corredato delle informazioni utili al prescrittore e al fruitore in merito alla gamma di prestazioni analitiche fornite, alle modalità di prelievo, alle modalità particolari di accesso, al significato clinico dei test. È stata avviata l'attività per migliorare l'appropriatezza nella diagnostica prostatica. Nel mese di maggio sono state completate le prove di accettazione, esecuzione e trasmissione del PSA Riflesso con la verifica anche delle regole implementate per la refertazione. È stato condiviso e concordato con i colleghi della Struttura complessa di Urologia dell'Ospedale S. Chiara il protocollo dell'approfondimento automatico, l'aggiornamento del valore decisionale e le modalità di accettazione e refertazione. La diffusione dell'utilizzo è avvenuta nel corso del mese di gennaio 2009 per permetterne l'attivazione contemporanea per interni ed esterni.

Dipartimento di Radiodiagnostica

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- ▶ Conclusione della fase di *attivazione del RIS-PACS* definendo protocolli e procedure per la distribuzione attraverso modalità informatiche dei referti e delle immagini ai reparti di degenza dei vari Ospedali, incontrando soltanto qualche difficoltà nella distribuzione delle immagini in formato elettronico alle sale operatorie dei vari Ospedali per l'assenza delle necessarie tecnologie all'interno delle sale stesse; tale implementazione è stata rinviata ai primi mesi del 2009;
- ▶ *Guardia medica radiologica dipartimentale sulle 24 ore*, affidandone la fase di mantenimento a una Struttura Semplice dipartimentale istituita allo scopo;

tale processo è stato possibile grazie alla disponibilità del RIS-PACS e all'integrazione del numero dei medici disponibili a livello dipartimentale e ha avuto risultati ottimali, apprezzati da tutti i soggetti interessati; ha inoltre curato in modo particolarmente attento, in continua sinergia tra i Direttori competenti e la Direzione dipartimentale, alla ridefinizione dei flussi di lavoro all'interno delle singole Unità Operative e tra le varie Unità Operative;

- ▶ *Fase sperimentale del progetto di riorganizzazione dell'attività senologica sia preventiva che clinica*, a seguito del necessario potenziamento tecnologico che ha consentito la digitalizzazione di tutte le immagini senologiche, ovunque prodotte; la fase sperimentale non si è ancora conclusa, ma ha consentito, nel corso del 2008, di validare il modello organizzativo proposto, testandolo in modo adeguato; l'adeguamento tecnologico ha apportato altresì significativi vantaggi alla gestione organizzativa e tecnica dello screening mammografico;
- ▶ *Risonanza Magnetica presso l'Ospedale di Cles*: installazione dell'apparecchiatura e, soprattutto, avvio dell'attività, anche con opportuna integrazione del personale; tale attività è stata rapidamente portata a regime, agevolando l'accesso degli utenti di un vasto bacino d'utenza a questa tipologia d'esami; l'attività della Risonanza Magnetica provvisoriamente installata presso il Centro Servizi Sanitari è proseguita per tutto il 2008 sotto il diretto controllo della Direzione del Dipartimento, grazie al contributo di tecnici e medici dipartimentali;
- ▶ *Definizione degli standards aziendali per gli ambiti patologici di utilizzo delle varie tecnologie disponibili e l'esecuzione di indagini diagnostiche*, unitamente all'individuazione dei criteri di accesso degli utenti alle indagini stesse; tale standardizzazione ha riguardato, oltre alla Radiologia Convenzionale, anche la TAC e la Risonanza Magnetica. Tutte queste attività proseguiranno anche nel 2009.

Direzione Cura e Riabilitazione

Le azioni e gli interventi, di maggiore significato, realizzati nel corso del 2008 sono i seguenti:

- ▶ *Sistema Informativo Territoriale (SIT)*: il modulo Continuità assistenziale è stato esteso a tutte le sedi, attivando il collegamento telematico tra sistema informativo del Servizio Trentino Emergenza 118 e sistema informativo della continuità assistenziale e completando la centralizzazione delle chiamate al servizio di continuità assistenziale al 118 Trentino Emergenza nei distretti Bassa Valsugana e Tesino e alta Valsugana e Primiero. Il Sistema informativo territoriale SIT per la gestione delle attività di psichiatria, psicologia, disturbi del comportamento alimentare, neuropsichiatria infantile, centro alcologico e consultorio è attivo in tutti i Distretti; sono stati creati i DWH aziendali (che saranno consegnati nel corso del 2009) con indicatori di attività, di processo, di esito e di costo relativi alle attività stesse; nel corso dell'anno 2008 si è

proceduto alla estensione del sistema informativo "Ippocrate Ser.T." (assistenza alle persone con dipendenze patologiche) alle strutture della rete assistenziale aziendale ed extra aziendale: l'elaborazione aggregata dei dati raccolti permette inoltre di avere, in tempo reale, i dati statistici di diffusione del fenomeno anche al fine di controllo di gestione sulla assistenza erogata. Nel 2008 l'applicativo è stato esteso alle agenzie della rete assistenziale territoriale extra APSS (enti ausiliari e case circondariali)⁷⁶ e a tutte le U.O. di Pronto Soccorso (Trento, Rovereto, Borgo, Cavalese, Tione e Mezzolombardo);

- ▶ *Neuropsichiatria infantile*: è stata individuata la struttura per l'accoglienza, in forma residenziale e semiresidenziale, dell'utenza afferente;
- ▶ *Genetica medica*: è stata attivata la struttura semplice;
- ▶ *Residenze sanitarie assistenziali*: è stato assicurato il governo e il monitoraggio della assistenza in struttura residenziale per le persone non autosufficienti al fine di garantire una omogenea applicazione delle Direttive della Giunta Provinciale per l'assistenza in RSA su tutto il territorio provinciale. A seguito dell'istituzione, da parte della Giunta provinciale, dei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale per utenti in stato vegetativo o a minima responsività (NAMIR) e di posti letto nei nuclei ad alto fabbisogno sanitario dedicati a soggetti nefropatici in dialisi peritoneale, sono stati definiti, insieme con il gruppo provinciale per i NAMIR e con i medici specialisti nefrologi, i percorsi per l'ingresso nei posti letto sopraccitati al fine di uniformare i comportamenti delle UVM;
- ▶ *Cure domiciliari*: sono stati realizzati gli audit di revisione nei Distretti al fine di migliorare i dati presenti nel DWH ed elaborato il documento "manuale d'uso per le cure domiciliari e l'UVM" rivolto all'utenza;
- ▶ *Attività specialistica ambulatoriale*: sono state consolidate le iniziative finalizzate al monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni e al rispetto degli obiettivi fissati dal Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa. In particolare, il monitoraggio periodico dei tempi di attesa è stato assicurato attraverso:
 - a. *la rilevazione prospettica ex ante*: l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa prospettato ovvero il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta la struttura (direttamente, telefonicamente, ecc.) per richiedere un appuntamento (data di prenotazione) e la data assegnatagli per l'effettuazione della prestazione. La rilevazione nel 2008 è stata effettuata settimanalmente attraverso i dati presenti nel DWH e ha riguardato le prestazioni previste nella tabella 1 del Piano provinciale

⁷⁶ Con la conseguente realizzazione di una cartella clinica condivisa che, nel rispetto della privacy e delle varie autorizzazioni al trattamento dati, segue il paziente nel percorso terapeutico all'interno della rete assistenziale territoriale convenzionata con l'APSS. Il collegamento con le U.O. di Pronto Soccorso consente oggi ai pazienti, in trattamento farmacologico, di assumere il farmaco previsto dal piano terapeutico anche presso queste strutture aziendali senza bisogno di formalità.

per il contenimento dei tempi di attesa che fissa i tempi massimi d'attesa per 93 prestazioni ambulatoriali⁷⁷. Le criticità rilevate sono segnalate ai responsabili della struttura interessata;

- b. *undici prestazioni, definite "traccianti"*, sono oggetto di monitoraggio semestrale tramite l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;
- c. *la rilevazione retrospettiva ex post*: l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa effettivo ovvero il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data di erogazione della prestazione e la data nella quale l'utente contatta la struttura (direttamente, telefonicamente) per richiedere un appuntamento (data di prenotazione). La rilevazione viene effettuata misurando i tempi massimi d'attesa garantiti al 90% dei pazienti. I rapporti trimestrali sono stati inviati all'attenzione dei Direttori di Articolazione Organizzativa Fondamentale ai quali sono inoltrati semestralmente anche i rapporti relativi alla valutazione della "concordanza RAO" delle prescrizioni dei medici di famiglia (medicina generale e pediatri di libera scelta) del Distretto di riferimento, alla mobilità degli utenti all'interno del territorio provinciale (cosiddetta "migrazione" degli utenti), alle prenotazioni effettuate in sovrannumero (cosiddette "forzature");

Sono state inoltre intraprese iniziative per migliorare la presa in carico dei pazienti da parte dello specialista attraverso lo sviluppo della *scheda informatizzata* per la gestione del paziente ambulatoriale e l'avvio di un progetto formativo sulla stesura di percorsi diagnostici terapeutici;

- ▶ *Qualità della documentazione clinica*: migliorata con la diffusione dell'utilizzo degli strumenti disponibili nel sistema informativo ospedaliero (SIO – ITACA – PACS);
- ▶ *Continuità assistenziale tra ospedale e territorio*: nel corso dell'anno 2008 è stato esteso il progetto sul "Coordinatore di percorso" e sono state individuate tutte le UU.OO. degli ospedali e distretti in cui attivare tale funzione al fine di estenderla su tutta la rete ospedaliera della APSS; sono stati per tale motivo identificati tutti gli infermieri che saranno abilitati a svolgere tale funzione (63 infermieri); sono stati promossi incontri con i Direttori di Distretto/Ospedale e Direttori delle UU.OO. coinvolte per condividere gli obiettivi e il percorso da intraprendere. È stata completamente attuata l'attività di formazione residenziale prevista per gli operatori arruolati in tale progetto e sono stati coinvolti anche i coordinatori di U.O. e i Responsabili dei Servizi Infermieristici. La formazione ha previsto un impegno di n.30 ore d'aula per ciascun partecipante, suddivisi in due edizioni di corso; nell'ambito di tali iniziative sono stati autorizzati dal Comitato provider dell'APSS due progetti di formazione sul campo (Ospedale di Rovereto, Distretto Vallagarina, Distretto

⁷⁷ Delibera della Giunta provinciale n.1288 del 22 novembre 2006 e programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

- Giudicarie Rendena e Distretto Alto Garda e Ledro; Distretto Val di Non e Val di Sole, Distretto Fiemme e Fassa, Distretti Alta, Bassa Valsugana e Primiero);
- ▶ *Servizio Trentino Emergenza 118*: nel corso dell'anno 2008, in tema di riorganizzazione e riqualificazione del servizio offerto, è proseguita l'acquisizione di personale infermieristico, consentendo la sua presenza costante negli interventi di emergenza sulle 24 ore nella maggior parte delle postazioni di TE 118 aziendali della provincia (a fine 2008 tale presenza risulta ancora parziale solo nei distretti di Fiemme e Fassa e di Trento). Tale presenza infermieristica negli eventi di emergenza di maggiore criticità, in relazione con la presenza medica costante in centrale operativa, consente la medicalizzazione a distanza dei singoli eventi, con prescrizioni terapeutiche specifiche e specifiche ospedalizzazioni secondo il caso. La medicalizzazione a distanza sopra ricordata si è avvalsa, sempre nel corso del 2008, dell'implementazione della trasmissibilità istantanea al medico di centrale del tracciato elettrocardiografico a 12 derivazioni, registrato dall'infermiere di soccorso, (obiettivo PAT n.13/2008). Il soccorso di emergenza in ambito extraospedaliero si è avvalso anche dell'introduzione di un *protocollo condiviso sulla gestione del parto in emergenza*, contenente specificazioni sul ruolo atteso per il diverso personale coinvolto: operatore di centrale, soccorritori tecnici o volontari, infermieri di soccorso e medico di centrale, medici di elisoccorso. La messa in rete delle postazioni aziendali ho consentito sempre nel corso del 2008 la sostituzione per la documentazione degli interventi di emergenza delle schede compilate a mano con schede compilate tramite il Sistema Informativo 118, a vantaggio della qualità del data base sottostante. L'obiettivo PAT n. 12/2008 ha portato tra l'altro la realizzazione del primo *Registro provinciale degli arresti cardiaci in ambito extraospedaliero* che, riportando i dati relativi a un campione di n. 198 casi, ha documentato, tra l'altro, l'incidenza della ripresa di circolazione spontanea nei casi trattati, dell'ospedalizzazione, della sopravvivenza e delle condizioni neurologiche dei pazienti dimessi. Tale registro si prospetta come strumento prezioso nella valutazione costante di questo importante aspetto del soccorso sanitario, in particolare alla luce dell'avvio del *progetto per la defibrillazione precoce*, con la diffusione sul territorio provinciale dei "gruppi di popolazione" autorizzati all'uso del defibrillatore automatico esterno nei casi di arresto cardiaco testimoniato, in attesa dell'arrivo dei soccorritori inviati dalla Centrale operativa 118. Nella strutturazione dell'Incident Reporting, sono stati inserite due nuove voci relative al luogo dell'evento: "trasporto in ambulanza" e "trasporto in elicottero", specifici contesti dell'attività TE 118. In tali contesti sono inseribili da subito eventi quali: "caduta accidentale", "errore nella somministrazione di farmaci", "altro". Ancora nel corso dell'anno 2008 è iniziato il *collegamento in rete informatica delle postazioni di volontariato convenzionate*. Secondo quanto previsto dalla stessa convenzione, redatto uno specifico protocollo congiunto tra Trentino Emergenza 118 e il

Servizio Farmaceutico, è iniziata la fornitura di farmaci e materiali di consumo alle stesse associazioni (in aggiunta alla fornitura di materiale letterecchio di ricambio, quale lenzuola, federe e coperte).

ATTIVITÀ ASSISTENZIALI TRASVERSALI AI LIVELLI DI ASSISTENZA

La finalità del processo consiste nella gestione coerente e integrata di tutte le attività assistenziali e dei progetti che vengono svolte trasversalmente ai LEA e che riguardano i seguenti temi: promozione della salute nelle strutture sanitarie, sicurezza dei pazienti, controllo delle infezioni correlate all'assistenza, gestione del dolore.

- ▶ **Promozione della salute nelle strutture sanitarie:** la strategia aziendale dall'APSS salute dal 2001 è incentrata sulla promozione della salute e sulla co-produzione dei servizi nella prospettiva dell'empowerment delle persone. Nella logica della promozione della salute, anche i cittadini, singoli o associati, possono essere considerati dei veri e propri "partner" nella co-produzione dei servizi e della salute (per esempio, scompenso cardiaco, diabete, dialisi, assistenza psichiatrica e altre condizioni di cronicità, tossicodipendenze). Il programma aziendale HPH per l'anno 2008 è stato orientato a continuare l'evoluzione del percorso di miglioramento intrapreso negli anni scorsi al fine di rendere le singole iniziative previste nell'ambito dell'Health Promoting Hospital sempre più integrate nella cultura, nella pratica assistenziale e nella percezione di pazienti, personale e organizzazione. Ciò ha comportato nel corso del 2008, oltre allo sviluppo dei rapporti con le altre reti italiane, l'attuazione a livello aziendale della seguenti iniziative:
 - *valutazione e il riesame dell'empowerment dei pazienti nei processi di cura ospedalieri e distrettuali* (nelle aree di valutazione, informazione del paziente e continuità e cooperazione delle cure) è proseguita l'implementazione del progetto di formazione sul campo degli standard di promozione della salute validati dalla Rete HPH che ha coinvolto in tutta l'APSS circa 50 professionisti sanitari. Gli standard consentono di valutare qualitativamente le attività di promozione della salute nei processi clinico-assistenziali rispetto alle aree di informazione, valutazione, promozione di un posto di lavoro sano e continuità e cooperazione. È stata completata la fase di valutazione, sono stati confrontati i risultati ottenuti dai diversi gruppi di lavoro coinvolti e sono state pianificate azioni di miglioramento in tutti i distretti aziendali;
 - *visibilità delle numerose iniziative di promozione della salute* già strutturate nell'attività quotidiana degli ospedali e dei servizi sanitari è stata promossa la presentazione o partecipazione dei professionisti agli eventi formativi e di networking organizzati dalla Rete HPH, sia a livello internazionale (6 presentazioni alla Conferenza Internazionale HPH di Berlino) che nazionale (8 presentazioni alla Conferenza Nazionale HPH di Milano e partecipazione ad altri eventi formativi);

- *progetto FAD riservato neo assunti* collaborazione con il servizio formazione dell'APSS nel per la parte che riguarda la formazione sulla promozione della salute;
- *materiale informativo* per diffondere la conoscenza nei professionisti dei principi fondamentali della promozione della salute (tra questi la versione in lingua italiana del documento dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services Concept, framework and organization" e "Putting HPH Policy into Action". Pubblicazione di articoli sull'esperienza HPH della Rete Trentina in newsletter nazionali e internazionali (complessivamente 3 articoli);
- collaborazione con il servizio di alcologia in tema di valutazione di fattibilità rispetto ad *percorso formativo rivolto agli operatori sugli stili di vita sani*, all'interno di un progetto sui principi fondamentali della promozione della salute e per il miglioramento dell'integrazione delle attività dei RAR all'interno dei reparti;
- avvio della *riprogettazione del sito HPH* per migliorare la diffusione dei principali e criteri HPH in APSS e all'interno dell'organizzazione;
- la partecipazione, in collaborazione con l'Assessorato alla salute e alle politiche sociali, al *tavolo tecnico sull'empowerment* che ha avviato una ricerca volta a definire gli aspetti metodologico-tassonomici dell'argomento e a sperimentare una ricognizione e selezione di esperienze che saranno oggetto di presentazione e analisi finalizzata alla stesura di "linee guida" sull'empowerment;
- *implementazione di attività di empowerment diffuse*: consenso informato, informazione sull'utilizzo di protesi e dispositivi medici, valutazione dei bisogni, educazione terapeutica, continuità assistenziale, individuazione precoce in ospedale e counselling delle persone con problemi alcool correlati, contrasto del tabagismo nelle strutture sanitarie, trattamento del dolore, continuità assistenziale, integrazione tra strutture ospedaliere e distrettuali, multiculturalità e promozione di un posto di lavoro sano per gli operatori;
- adesione a un *progetto internazionale (Data project HPH) multicentrico* tuttora in atto che ha coinvolto 15 medici dell'APSS provenienti da tutte le strutture aziendali nella valutazione della documentabilità nella cartella clinica di una serie di fattori di rischio rilevanti per la promozione della salute dei pazienti ricoverati in ospedale;
- *ricerca sanitaria (attività di coordinamento aziendale)*: nel corso del 2008 il Servizio di Assistenza Ospedaliera ha proseguito, con le risorse esistenti, l'attività non strutturata di coordinamento aziendale per le attività di ricerca, in particolare nelle fasi di presentazione e avvio di nuovi progetti, gestione dei progetti in corso, rendicontazione economica dei progetti

- in chiusura. Il Servizio si è altresì occupato della raccolta dei dati per la stesura del rapporto ISTAT consuntivo 2007;
- *attività di presentazione e avvio di nuovi progetti*: a livello locale sono stati presentati e approvati, dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto, un progetto per il Bando per progetti di ricerca nell'ambito delle scienze sociali e umanistiche e 2 progetti per il bando relativo a progetti di Formazione Continua rivolto al personale delle RSA e degli ospedali che si occupano di anziani non autosufficienti;
 - *ricerca sanitaria finalizzata PAT (bando per la 2008)*: sono stati presentati 21 progetti interamente promossi dalle strutture aziendali e 9 presentati da altri enti in collaborazione con le strutture APSS; (2 progetti approvati);
 - *rapporto di HTA*: è stato approvato un accordo di collaborazione con il Ministero della Salute;
 - *progetto "Biobank"*, cofinanziato dalla PAT e dalla Fondazione Caritro;
 - 3 progetti, finanziati dalla Fondazione Caritro, per il bando relativo a progetti di *formazione continua* rivolto al personale delle RSA e degli ospedali che si occupano di anziani non autosufficienti;
 - 2 progetti finanziati dal Ministero della Solidarietà sociale;
 - 1 progetto in collaborazione con l'Università di Verona.
 - *attività di gestione e/o chiusura dei progetti in corso*: nell'anno 2008 sono state supportate le fasi di gestione e rendicontazione economica dei progetti di ricerca in corso, compresi quelli avviati negli anni precedenti. In particolare, oltre alla chiusura di 5 progetti, sono state seguite le procedure di indizione e assegnazione di 5 borse di studio e sono state stipulate 3 convenzioni con enti e istituzioni a carattere locale e nazionale.
- ▶ *Sicurezza dei pazienti (Comitato per la sicurezza dei pazienti)*: nel corso del 2008 l'azienda si è orientata verso l'applicazione delle procedure individuate dal Ministero della Salute ed è stata realizzata un'intensa attività di formazione sul rischio e di addestramento alla "root cause analysis" dei dirigenti ospedalieri che possano operare all'interno dei gruppi di analisi da istituire a seguito degli eventi sentinella specificamente individuati dal Ministero. Sono state affrontate le principali problematiche sulla sicurezza emerse all'interno del Comitato sulla sicurezza dei Pazienti ed effettuati incontri e analisi di problematiche organizzative a livello di singoli ospedali e di gruppi di lavoro dedicati. È proseguita l'attività di segnalazione degli incidenti ed è stata avviata rispetto a particolari gruppi di professionisti la restituzione dei dati sull'incident reporting. Sono state diffuse ai dipartimenti le raccomandazioni ministeriali sulla gestione di una serie di rischi e implementate specifiche attività di audit;
 - ▶ *Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIPASS)*: sono state realizzate le seguenti attività:
 - adesione al *Progetto dell'OMS "Cleaner Care is Safer Care"* sull'igiene delle mani degli operatori sanitari; il report con i risultati finali della campagna

condotta nelle Unità Operative di Chirurgia Generale e Anestesia e Rianimazione dell'APSS è stato consegnato al Direttore Generale e presentato al Comitato dei Direttori in una specifica riunione tenuta il 3 aprile. L'adesione alla Campagna OMS internazionale è stata mantenuta, inserendo l'U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Rovereto tra i siti Pilota nazionali e europei che collegano all'esperienza del lavaggio mani la contemporanea rilevazione delle Infezioni ospedaliere (Rovereto invia i dati inerenti la sorveglianza MRSA). A livello aziendale l'esperienza maturata è servita per avviare programmi formativi sull'igiene delle mani, progressivamente in altre UU.OO. a cura dei singoli CIO ospedalieri. Formalizzazione e diffusione del 4° (anno 2006) e del 5° (anno 2007) report sulla Sorveglianza delle Resistenze Batteriche. Il Report 2007 ha per la prima volta avuto una dimensione provinciale in quanto riporta i dati di sorveglianza ottenuti raccogliendo e analizzando i risultati degli antibiogrammi dei pazienti ricoverati negli ospedali aziendali, nelle RSA provinciali e quelli pertinenti agli utenti che hanno eseguito esami di tipo ambulatoriale. I report, oltre a evidenziare l'andamento epidemiologico delle resistenze batteriche, riportano valutazioni indicazioni e suggerimenti utili per la scelta della terapia empirica ragionata di una sospetta infezione batterica, in attesa o in assenza del dato microbiologico;

- avvio del *Progetto aziendale di sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) a partenza dai Laboratori di Microbiologia*, mediante l'implementazione del software "MERCURIO" con lo scopo di sviluppare una sorveglianza attiva "real time" di epidemie/cluster, microrganismi "alert", eventi "alert", possibile infezione di origine nosocomiale. Lo sviluppo del sistema informatico è stato affiancato dalla elaborazione delle procedure per rilevare gli eventi e intervenire a livello dei singoli reparti: nell'ambito del progetto ABS invio dei dati di analisi richiesti dal coordinatore nazionale del progetto, prof. Cornaglia dell'Università di Verona, che ha poi presentato le considerazioni finali per quanto ha riguardato gli ospedali italiani del Nord Est che hanno partecipato all'iniziativa, al Convegno internazionale di Vienna del 16/17 ottobre 2008;
- *riorganizzazione del gruppo operativo del CIPASS sull'antibioticoresistenze in un gruppo multidisciplinare di indirizzo strategico (Antibiotic Team - AT)*, formato da un microbiologo, un farmacista, un infettivologo, un medico di direzione sanitaria. Il gruppo si deve rapportare con il Comitato del Pronto Soccorso Ospedaliero (PTO) per quanto riguarda le problematiche dei farmaci e con il Comitato Integrato per la Sicurezza aziendale per il monitoraggio e il controllo degli errori da terapia farmacologica connessi all'uso degli antimicrobici;
- *attivazione di un sottogruppo operativo per la gestione in sicurezza dei rifiuti taglienti e pungenti*, con elaborazione di un documento con le specifiche e

- le indicazioni per scegliere le diverse tipologie di contenitori di sicurezza per aghi e taglienti (CSAT) da acquisire per le varie realtà ospedaliere e territoriali dell'APSS;
- *contratto di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità* per ottenere un parere sull'efficacia dei sistemi di controllo della *proliferazione della legionella* nella rete idrica ospedaliera dell'acqua calda e una loro eventuale validazione formale⁷⁸;
 - *riorganizzazione del Gruppo operativo della sterilizzazione e disinfezione*, che ha affrontato, tra le altre, le problematiche sulle convalide dei processi di sterilizzazione e l'introduzione di un nuovo sistema per il controllo del ciclo di sterilizzazione in sostituzione del classico pacco di Bowie-Dick: Electronic Test, System – ETS (3M Italia);
 - *discussione delle tesi del Master di 1° livello in Nursing avanzato per la sorveglianza epidemiologica e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA)* – (Università di Verona, A.A. 2006-2008), con la formazione di 16 infermieri specialisti;
 - *mantenimento di contatti con organizzazioni scientifiche (SIMPIOS)*, con partecipazione del coordinatore (delegato regionale Trentino Alto Adige della Società) al III Convegno Nazionale Simpios (Grado, 7-9 aprile 2008) e con il Progetto nazionale INF-OSS del Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute. Nell'ambito di questo progetto *sono stati definiti i protocolli e le procedure nazionali alle quali uniformarsi per quanto riguarda la sorveglianza delle ferite chirurgiche, delle infezioni in terapia intensiva, sulla sorveglianza a partire dal laboratorio di microbiologia*, sulle indicazioni e i criteri di controllo delle ICA attraverso un documento di linee guida nazionale, e i risultati del monitoraggio sulle pratiche di controllo della ICA e dell'igiene ospedaliera (pulizie) effettuato a livello nazionale. In questa rilevazione l'APSS è risultata con ottimi valori di rispondenza ai criteri richiesti;
 - *attività formative*⁷⁹.

⁷⁸ Elaborazione, con la collaborazione delle ditte appaltate per il controllo dei sistemi aeraulici e acqua e calore, di una *bozza sperimentale di un sistema di valutazione del rischio da legionella nella struttura ospedaliera*. Il documento è stato predisposto per quanto riguarda l'Ospedale di Arco. Il gruppo legionellosi ha valutato molto positivamente la metodologia proposta che con i necessari adeguamenti sarà elaborata per tutte le strutture ospedaliere aziendali. valutazione positiva dell'impiego del sistema "Dolphin" per il controllo della proliferazione della legionella nella rete idrica nelle torri evaporative.

⁷⁹ *Seminari*: "Utilizzo clinico dell'antibiogramma"; "Il rompicapo legionella - sorveglianza e prevenzione della legionellosi nella realtà ospedaliera".

Convegni: "L'approccio operativo al problema legionella" – Istituto Ortopedico Galeazzi; "La legionellosi: sorveglianza e prevenzione nella realtà ospedaliera" – AUSL n.10 di Firenze, Firenze 10 ottobre 2008; "Infezioni correlate all'assistenza" – Istituto Internazionale di Ricerca.

Corso: "Infezioni da Legionella: diagnosi, terapia e prevenzione del rischio di infezione nelle strutture sanitarie" – Istituto Superiore di Sanità.

- ▶ *Gestione del dolore*: sono state realizzate le seguenti attività:
 - *comitato aziendale ospedale senza dolore (COSD)*: formazione del personale⁸⁰;
 - *analisi del consumo di oppiacei* per Distretto;
 - *indagini*: “Giornata nazionale del sollievo 29 maggio 2008”. Il Comitato ha promosso la rilevazione annuale sui seguenti temi: attitudini e conoscenze del personale (sono stati raccolti 560 questionari con una percentuale di risposte corrette pari al 56,11%); soddisfazione sul trattamento del dolore dei pazienti ricoverati in tutte le unità operative di degenza delle strutture ospedaliere della APSS⁸¹.

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE TRASVERSALI AI LIVELLI DI ASSISTENZA

La finalità del processo consiste nella gestione integrata di tutte le attività amministrative (rivolte ai cittadini) che vengono svolte trasversalmente ai LEA.

L'attività amministrativa che presiede alle prestazioni trasversali ai LEA si caratterizza per un *forte orientamento all'utente/assistito*, il cui approccio alla competente ripartizione organizzativa aziendale è diretto e in generale personale; per l'acquisizione della documentazione *si fa ampio ricorso all'autocertificazione e l'istanza del cittadino è, di norma, esaudita in tempo reale*, fatte salve le istanze di rimborso superiori ai 150 euro per le quali i tempi di erogazione del contributo è comunque inferiore ai 90 giorni. Le attività amministrative trasversali ai LEA sono svolte, secondo la tipologia, presso le ripartizioni organizzative territoriali (funzioni decentrate) o presso il Centro per i Servizi Sanitari di Trento che esercita alcune attività in modo esclusivo con funzione multizonale. La Direzione Cura e Riabilitazione svolge, nei confronti delle competenti ripartizioni organizzative deputate alla gestione operativa delle funzioni, i seguenti compiti:

- ▶ predisposizione di regole operative coerenti con l'evolversi delle norme e conseguente formazione/aggiornamento del personale;
- ▶ progettazione e/o sviluppo dei supporti informatici (applicativi sw) all'attività, così da uniformare i comportamenti e rispondere alle istanze in modo efficace e puntuale, compatibilmente con le risorse disponibili.

Le *principali attività* del processo riguardano:

- ▶ *Iscrizione al Servizio sanitario provinciale*: ciascun assistito all'atto dell'acquisizione della residenza ha l'obbligo di iscriversi al SSP, scegliendo il *medico di*

⁸⁰ *Seminari*: “La valutazione e il trattamento del dolore neonatale e pediatrico: esperienze a confronto”; “Morfina orale e altri oppioidi nel dolore oncologico dell'adulto: terapia consolidata e novità (partecipazione)”.

⁸¹ L'indagine ha coinvolto complessivamente 833 pazienti, dei quali oltre l'80% ha dichiarato di essere soddisfatto del trattamento ricevuto per il controllo del dolore. I risultati delle indagini sono state trasmesse ai Direttori di Ospedale e Distretto.

fiducia all'interno dell'elenco dei medici convenzionati nell'ambito territoriale in cui ricade il Comune di residenza; *l'anagrafe assistibili* è gestita tramite l'applicativo aziendale Anaweb che a sua volta presiede alla gestione degli elenchi dei medici convenzionati e della rispettiva retribuzione, nonché alla gestione delle sedi e orari degli ambulatori; la gestione operativa dell'anagrafe sanitaria compete agli uffici prestazioni dei Distretti, sulla base di disposizioni nazionali, provinciali e procedure aziendali definite e costantemente aggiornate dalla competente Direzione centrale. Nel corso del 2008 è proseguita la collaborazione con il Comune di Trento mediante la quale i cittadini di Trento possono effettuare presso i 13 uffici circoscrizionali e la sede centrale di Piazza Fiera a Trento, le variazioni di scelta medica, con il Servizio Provinciale CINFORMI la messa a disposizione dell'anagrafe assistibili per l'iscrizione/aggiornamento degli stranieri regolari.

TAB. 5.2.33 Tessera sanitaria SALUS CARD. Dati riassuntivi di produzione – Anno 2008

NUMERO LOTTI PRODOTTI	24
TOTALI TESSERE PRODOTTE	110.859
di cui emesse per la prima volta	14.954
di cui in riemissione	95.905
<i>di cui riemesse identiche versione precedente</i>	<i>3.692</i>
VARIAZIONI TESSERA EFFETTUATE:	
su dati anagrafici	4.357
su dati indirizzo	59.283
su distretto	2.756
su ambito	44.954
su medico	31.662
su esenzioni	19.850
su periodo di assistenza	21.847
TESSERE NON PRODOTTE PER ERRORI SUI DATI	40

- ▶ **Esame degli eventi e scostamenti rilevati attraverso:**
 - *invio telematico dei flussi DEM per i comuni attualmente non collegati.* L'invio telematico delle movimentazioni anagrafiche è un sistema d'aggiornamento dell'anagrafe sostitutivo della variazione tramite DEM manuali e concorre a migliorare il processo e risparmiare risorse (consumo di risorse di personale, duplicazione di procedure, aumento % di errori, tempestività del dato). Il tema non è di esclusiva pertinenza dell'APSS, ma soprattutto dei Comuni e della PAT (Servizio Statistica), in quanto la procedura DEM è di competenza dell'ente locale e la comunicazione DEM è un adempimento

derivato, anche se obbligatorio. Al riguardo il referenti (SSC e SSI) hanno effettuato incontri con il Presidente del Consorzio Comuni (27 marzo 2008) e con il Responsabile del Servizio Statistica della PAT (6 agosto 2008) per sensibilizzarli al problema e promuovere il progetto provinciale di intercomunicabilità tra gli Enti interessati;

- *accesso telematico all'anagrafe da parte del MMG/PLS* (progetto n. 13/07 – Ampere). L'obiettivo è stato perseguito mettendo a disposizione del MMG/PLS una procedura web di acquisizione telematica degli assistiti tramite Salus card personale. Il MMG/PLS riceve per via telematica (Ampere), oltre alle notizie sanitarie, anche i dati di scelta medica e di esenzione, ai fini dell'aggiornamento della lista degli assistiti;
 - *informatizzazione schede di morte* per rendere tempestiva ed efficiente la registrazione nel gestionale.
- *monitoraggio della spesa sanitaria ex articolo 50 della legge 326/2003*: si tratta dell'invio telematico delle variazioni delle banche dati (anagrafe assistiti, NT, PT, ricettari) e dei dati mensili delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali. Il sistema, dopo un periodo di sperimentazione (marzo-maggio 2008), è stato messo a regime dal 1 giugno 2008 con primo flusso del 10/7/2008. Per verificare l'esito dei flussi mensili e soprattutto monitorare la spesa sanitaria aziendale e verificare le anomalie il SSC ha istituito un osservatorio e attivato varie iniziative quali incontri tecnici, predisposizione indirizzi e procedure, formazione. In fase di avvio (marzo 2008) il flusso dati prestazionali rilevava 80.000 ricette/mese con circa 25.000 warning (24%). Al 31.12.2008 il flusso registra oltre 100.000 ricette (80.000 dei servizi dell'APSS e 20.000 delle strutture private) con warning intorno al 3%. È stato predisposto un nuovo programma gestionale (Qlik) nel mese di dicembre 2008, che consente il monitoraggio delle prestazioni ricettate e trasmesse al MEF (Ministero Economia e Finanze) dalle strutture aziendali (Ospedali e Distretti); nell'ambito della definizione delle *direttive di Budget 2009* per le UU.OO. interessate dall'uso del ricettario SSN per l'attività specialistica ambulatoriale, è stato previsto schede di budget l'indicatore (soggetto a verifica) di utilizzo del ricettario al 100% per la prescrizione delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche a carico del SSN; si sono tenuti 2 incontri con i Direttori di Distretto e incontri specifici con alcune UU.OO. ad accesso diretto, ai fini di informare gli operatori in ordine alle norme in materia di ricettazione SSN e per l'appropriato e diretto utilizzo del ricettario SSN da parte dei medici dipendenti (Psichiatria, NPI, Nefrologia, Radioterapia Oncologica, Medicina fisica e riabilitazione);
- *Erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri (ai cittadini UE ed extra-UE)*: per quanto concerne l'assistenza sanitaria ai cittadini UE ed extra UE va precisato quanto segue:
- *i cittadini stranieri regolarmente soggiornanti in possesso di un permesso di soggiorno (PS)*, lasciato ai sensi dell'art. 34, c. 1 e 2 del Dlgs 286/1998,

TAB. 5.2.34 Stranieri iscritti al SSP (appartenenti a oltre 120 paesi). Per Distretto – Anni 2007-2008

	DISTRETTO										Totale PAT
	1 e 11	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2007											
maschi	923	160	741	1.428	6.284	1.491	478	989	1.795	2.950	17.239
femmine	848	197	719	1.483	6.304	1.564	509	1.039	1.711	3.051	17.425
2008											
maschi	1.278	168	795	1.682	7.621	1.656	461	1.299	1.823	3.729	20.512
femmine	1.084	198	850	1.815	8.114	1.801	562	1.285	2.256	3.974	21.939

TAB. 5.2.35 Stranieri iscritti al SSP. Comunità maggiormente rappresentate – Anni 2007-2008

PAESE DI PROVENIENZA	2007	2008
Romania	5.417	6.841
Albania	5.392	6.343
Marocco	4.097	4.672
Macedonia	2.545	2.930
Ex Jugoslavia	2.080	2.284
Tunisia	1.562	1.712
Ucraina	1.516	47
Moldavia	1.437	2.038
Polonia	1.338	1.1453
Pakistan	1.239	1.540
Germania	766	715
Bosnia-Erzegovina	705	716
Algeria	679	785
Repubblica Popolare Cinese	559	771
Croazia	511	495
Brasile	503	632

hanno l'obbligo di iscrizione al SSN e parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani;

- tali garanzie sono estese ai *cittadini stranieri regolarmente soggiornanti che procedono all'iscrizione al SSN su base volontaria*, ai sensi dei c. 3 e 4 del Dlgs 286/1998;
- *cittadini comunitari (UE-SEE-CH)*: ai soggetti iscritti al SSP è garantita parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani.

Le procedure di iscrizione tengono conto di quanto disposto dalle normative comunitarie. L'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari e di Paesi con i quali sono in vigore "Convenzioni bilaterali in materia di sicurezza sociale"

in temporaneo soggiorno in Italia, è erogata ai sensi dei Regolamenti comunitari sopraindicati, nonché delle norme specifiche contenute nelle singole convenzioni bilaterali. Nei Distretti e ospedali dell'APSS sono individuati *gli uffici e gli operatori referenti per le informazioni all'utenza straniera* e per il personale sanitario e a cui compete la rilevazione e l'addebito delle prestazioni erogate. Nel 2008 il Servizio prestazioni e rapporti con soggetti convenzionati ha diramato istruzioni operative ai Distretti/Ospedali e avuto incontri con i Servizio del competente Assessorato per l'applicazione di disposizioni nazionali in materia di assistenza sanitaria e iscrizione al SSP di cittadini stranieri UE ed extra UE.

È altresì attiva una collaborazione con il Centro informativo per l'immigrazione della PAT Cinformi⁸², per le principali operazioni di anagrafe sanitaria, tra cui la prima iscrizione al SSP per i cittadini stranieri. Il Servizio Finanza ha avviato presso i Distretti e gli Ospedali la verifica delle procedure amministrative e di accettazione dell'utente comunitario provvisto o meno di TEAM, ai fini del riconoscimento del titolo all'accesso alle prestazioni sanitarie. Altre attività sviluppo collaborazione con Università di Trento per servizio di segretariato studenti stranieri (direttiva PAT); conferenza dei Servizi interessati PAT, APSS, Commissariato Governo, Servizi Sociali, Associazioni, CINFORMI (tavolo permanente); sviluppo dell'applicativo per la rilevazione, rendicontazione e l'addebito delle prestazioni erogate (progetto MEV 2007); Interoperabilità anagrafi comunali-anagrafe APSS (cittadini UE residenti); alcuni dati significativi riguardanti gli stranieri iscritti al SSP sono riportati nelle Tabelle 5.2.34 e 5.2.35;

- ▶ *Erogazione dell'assistenza protesica*: la condizione necessaria per accedere ai presidi protesici previsti dall'elenco è il riconoscimento dello stato di invalidità civile⁸³ (salvo alcuni casi particolari).

Modalità di accesso previste per accedere ai presidi protesici:

- prescrizione medica indicante il presidio e la patologia,
- autorizzazione (per importo contributo o per prodotto e numero pezzi, per periodo);
- fornitura diretta al domicilio dell'utente (presidi protesici), fornitura tramite strutture sanitarie dislocate sul territorio o acquisto del prodotto in Farmacia da parte del paziente.

Fornitura ausili: con deliberazione del Direttore Generale n. 1071 del 20/08/2008 è stata aggiudicata la fornitura degli ausili standard previsti dall'elenco 2 del Nomenclatore Tariffario (D.M. 332/1999), mediante consegna a domicilio e senza necessità di presentazione del preventivo di spesa.

⁸² Nel 2008 CINFORMI ha registrato 474 operazioni, delle quali 134 iscrizioni, 253 modifiche anagrafiche, 87 scelte revocche.

⁸³ Previsti dal Nomenclatore Tariffario di cui al D.M. 27 agosto 1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe" e relative disposizioni applicative.

Tab. 5.2.36 Autorizzazioni presidi NT emesse – Anno 2008

TIPO	N.	TIPO	N.
carrozzina	2.392	poltrona autoelevabile	73
cuscino	1.365	sistemi di postura	4.524
deambulatore	3.766	tripode/regolabile	154
passettino riducibile	27	Totale	12.301

Tab. 5.2.37 Spesa per fornitura di presidi protesici (in euro) – Anno 2008

DESCRIZIONE	EURO
apparecchi ort. arto sup. e inf.	950.482,82
calzature di serie e su misura	495.006,91
ausili terapia ernia, ortesi spinali	295.612,16
protesi arto sup. e inf. ausili protez. corpo (coprimonconi)	273.149,59
stabilizzatori, biciclette, carrozzine, accessori per carr., passeggini, montascale	2.481.608,75
protesi acustiche	1.132.314,32
protesi oculari, ausili ottici	152.464,00
protesi mammarie	122.371,86
ausili per evacuez., stomia-raccogl., cateteri, pannoloni-traverse e prev. lesioni cutanee	5.111.630,89
termometri-orologi-bastoni-ausili per comunicaz. e informaz.	135.305,24
ausili antidecubito	347.338,98
letti e aggiuntivi	383.032,41
Aspiratori, ausili tracheotomia	36.233,09
Totale	11.916.550,32

Procedura di riciclo degli ausili: nel corso del 2008 è stata sottoposta a revisione la procedura di riciclo degli ausili con la stesura di un nuovo capitolato speciale. È stato in particolare introdotto un meccanismo di remunerazione delle ditte che incentivi l'assegnazione di ausili sanificati, ovvero la liquidazione del compenso spettante all'atto della consegna dell'ausilio. È stato altresì introdotto un meccanismo di valutazione della convenienza economica della sanificazione che tenga conto del valore del bene al momento del ritiro.

Ausili in RSA: nel corso del 2008 è giunta a conclusione la ricognizione degli ausili di tipo standard in comodato d'uso a ospiti di RSA e ne è stata decisa dalla PAT la cessione a titolo oneroso;

Ausili extratariffario: nel corso del 2008 sono state definite in maniera dettagliata le tipologie di ausili extratariffario valutabili da parte della Commissione nonché le possibilità, in casi di invalidità/disabilità particolarmente gravi o comportanti un grave svantaggio sociale o in caso di ausili tecnologicamente avanzati, di ricorrere alla Commissione anche per fattispecie non previste;

- **Erogazione dell'assistenza aggiuntiva:** l'assistenza aggiuntiva è esercitata con:
- erogazione diretta di presidi e materiali,
 - fornitura diretta e indiretta di prodotti, medicinali o mediante la concessione in uso di apparecchi (es. funzione respiratoria),
 - rimborsi e contributi spese per la fruizione di prestazioni sanitarie a favore di particolari categorie di cittadini affetti da malattie e invalidità.

L'assistenza aggiuntiva è erogata dai Distretti sulla base di indirizzi operativi uniformi emanati dalla DCR con specifico Manuale, annualmente aggiornato ed è supportata dal un sistema informatico gestionale "Adiuvat". Il Distretto di Trento esercita funzioni multizonali per alcune tipologie di prestazioni aggiuntive, mentre per altre tipologie l'autorizzazione è rilasciata dai Distretti competenti per territorio. Le prestazioni assicurate alla generalità degli assistiti in base a disposizioni nazionale sono illustrate nelle Tabelle 5.2.38-41.

Tab. 5.2.38 Prestazioni erogabili. Sezione forniture

DESCRIZIONE	FUNZIONI	COMPETENZA	Sistema informativo
Fornitura prodotti galenici magistrali	1. Informazione 2. Prescrizione 3. Erogazione	1. Distretto di riferimento 2. Medico curante 3. Farmacie convenzionate	Servizio Farmaceutico
Fornitura prodotti galenici magistrali con significato terapeutico essenziale	1. Informazione 2. Prescrizione 3. Erogazione	1. Distretto di riferimento 2. Medico curante 3. Farmacie convenzionate	Servizio Farmaceutico
Fornitura prodotti per interventi riabilitativi degli ustionati	1. Informazione 2. Prescrizione 3. Erogazione	1. Distretto di riferimento 2. UU.OO. Dermatologia (Trento e Rovereto) 3. UU.OO. Farmacia (Trento e Rovereto)	Servizio Farmaceutico
Servizio alimentazione artificiale (enterale) a domicilio e fornitura relativi prodotti/attrezzature	1. Informazione 2. Prescriz./erog.	1. Distretto di riferimento 2. Secondo disposizioni dei singoli ospedali	Servizio Farmaceutico
Servizio alimentazione artificiale (parenterale) a domicilio e fornitura relativi prodotti/ attrezzature	1. Informazione 2. Prescriz./erog.	1. Distretto di riferimento 2. Secondo disposizioni dei singoli Distretti	Servizio Farmaceutico
Fornitura prodotti di medicazione e dispositivi medici per la cura e riabilitazione a domicilio a soggetti affetti da gravi patologie	1. Informazione 2. Prescrizione 3. Erogazione	1. Distretto di riferimento 2. Medico curante 3. Farmacie convenzionate	Adiuvat F
Fornitura e riparazione protesi, presidi e ausili sanitari non previsti dal vigente nomenclatore tariffario delle protesi	1. Informazione 2. Prescrizione 3. Erogazione	1. Distretto di Trento 2. Medico curante 3. Fornitori autorizzati	Adiuvat E
Fornitura vaccini iposensibilizzanti	1. Informazione 2. Erogazione	1. Distretto di riferimento 2. Strutture dell'APSS	Adiuvat E
Fornitura prodotti farmaceutici agli assistiti affetti da gravi patologie croniche o di lunga durata e senza alternative terapeutiche e ai trapiantati d'organo	1. Informazione 2. Prescrizione 3. Erogazione	1. Distretto di riferimento 2. Medico curante 3. Farmacie convenzionate (con separato addebito rispetto ai farmaci A e B)	Adiuvat F

Tab. 5.2.39 Prestazioni erogabili. Sezione concorso spese

DESCRIZIONE	COMPETENZA	Sistema informativo
Concorso spese per l'acquisto di prodotti dietetici, integratori alimentari, agenti chelanti	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per l'acquisto di prodotti dietetici/integratori alimentari	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese a invalidi in occasione di cure termali	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese a invalidi per cure climatiche	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese a invalidi per soggiorni terapeutici	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per cure fitobalneoterapiche	Distretto competente per territorio	Adiuvat R
Concorso spese per trattamento riabilitativo metodo "Doman"	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per prestazioni rese ai soggetti affetti da miopia metabolica	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per l'effettuazione del parto a domicilio	Distretto competente per territorio	Adiuvat R
Concorso spese per ossigenoterapia domiciliare a lungo termine	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per percorsi riabilitativi di soggetti affetti da autismo e psicosi infantile	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per prestazioni fisioterapiche a domicilio dei soggetti affetti da fibrosi cistica	Distretto di Trento	Adiuvat R
Concorso spese per controllo e programmazione pace maker	Distretto di Trento	Adiuvat R
"Rimborso spese per acquisto farmaci di fascia C" (procedura istituita in attesa della fornitura diretta come previsto dalla apposita scheda della voce Forniture)	Distretto competente per territorio	Adiuvat R

TAB. 5.2.40 Prodotti dietetici erogabili a pazienti affetti da malattie metaboliche congenite

PATOLOGIA	PRODOTTI
1. Galattosemia	Alimenti senza galattosio (*)
2. Fenilchetonuria	Alimenti a basso contenuto di Fenilalanina (*) Integratore proteico Aminogran e similari (*) Prodotti aproteici in genere (*)
3. Leucinosi	Prodotti aproteici in genere (con assenza di triptofano) (*)
4. Altre malattie metaboliche congenite	I tipi di alimenti necessari per ciascuna malattia e la quantità saranno definiti in sede ospedaliera od universitaria

(*) quantità e dosaggio prescritti in sede ospedaliera o universitaria

Morbo Celiaco	Prodotti senza glutine	Importo max spesa mensile per età (in euro)			
		0-3 anni	3-8 anni	8-15 anni	>15 anni
	Pane, Pasta, Farina, Prodotti complementari (biscotti, snack, ecc.), Lievito	61,97	123,95	144,61	180,76
	Latti speciali, Idrolisati proteici, Latte MCT	Secondo prescrizione in sede ospedaliera o universitaria			
	Maltodestrina o fruttosio o zuccheri semplici				
	Olio MCT				

TAB. 5.2.41 Autorizzazioni emesse per Tipologia – Anno 2008

DISTRETTO SERVIZIO	cod.	A	B	Art. 26 e istituti speciali C	Prestaz. extra tariff. E	Mater. Diabetici F1	Mater. Celiaci F2	Mater. Medic. F3	Terme e assimil. T	Totale
Primiero	D02		250			202	21	110		583
Bassa Valsugana	D03		885			659	61	344		1.949
Alta Valsugana	D04		1.060			784	126	524		2.494
Mezzolombardo	D05					363	28	269		660
Valle Di Non	D06		992			726	75	708		2.501
Valle Di Sole	D07		377			304	14	214		909
Giudicarie	D08		1.216			967	56	493		2.732
Alto Garda	D09		1.053			1.012	77	562		2.704
Val Di Fassa	D11		164			212	20	100		496
Ufficio Autoriz. Sanit.	D05/UAS					2.706	411	2.091		5.208
Ufficio Invalidi	INV TN	15.987	3.540	285	23				226	20.061
Istituto Per Sordi	UPA									949
Val Di Fiemme	D01-1		217			261	13	89		580
Val Di Fassa	D01-2		141			207	17	101		466
Vallagarina	D10-1		3.287			2.585	147	1.961		7.980
Vallagarina Centro Antidiab.	D10-2					3				3
Totale		15.987	13.182	285	23	10.991	1.066	7.566	226	50.275

Tipologia Autorizzazioni – legenda

A = presidi e ausilii NT per invalidi
 C = ricoveri ex art 26 legge 833/78
 F1 = presidi per diabetici
 F3 = materiale medicazione
 R = rimborsi assistenza indiretta

B = presidi per incontinenza
 E = presidi extra-tariffario
 F2 = prodotti per celiaci
 T = prestazioni soggiorno cure termali
 S = presidi per sordi

- *assistenza indiretta ordinaria e alta specializzazione*: l'assistenza indiretta è definita quell'insieme di prestazioni assicurate dal SSP mediante il concorso alle spese sanitarie sostenute dal cittadino che si trova in particolari situazioni, condizioni di età o status (temporaneamente all'estero, prestazioni non fruibili sul territorio PAT, sciopero medici, ecc.).

TAB. 5.2.42 Assistenza indiretta. Tipologia di prestazioni ammesse

DESCRIZIONE	FUNZIONI	COMPETENZA	Sistema informativo
Assistenza ospedaliera indiretta "ordinaria"	Informazioni Istruttoria Liquidazione	Distretto competente per territorio (Uff. Prestazioni)	Adiuvat R
Assistenza ospedaliera indiretta alta specializzazione	Informazioni Autorizzazione preventiva, Istruttoria Liquidazione	Distretto di Trento Centro di Riferimento Distr. di Trento (Uff. Prestazioni)	ALS
Assistenza specialistica di alta specializzazione	Informazioni Autorizzazione preventiva, Istruttoria Liquidazione	Distretto di Trento Centro di Riferimento Distr. di Trento (Uff. Prestazioni)	ALS
Altre prestazioni di assistenza indiretta	Informazioni Istruttoria Liquidazione	Distretti competenti Distretto competente per territorio (Uff. Prestazioni) Uff. Economato (€<150,00) Uff. Ragioneria (€>150,00)	Adiuvat R
Interruz attiv. MMG e PLS			
Prest. spec. fruite all'estero			
Trasporti ambul/elisoccorso			
Interruz attiv specialistica			
Rimb. vis. idon. sportiva			
Prestaz. alta tecnol. extraPAT		Distretto di Trento	Adiuvat R
Assistenza protesica rimborso (legge 104/92)	Informazioni Istruttoria Liquidazione	Distretto di Trento	Adiuvat R
Prestazioni dialisi in regime ambulatoriale	Informazioni Istruttoria Liquidazione	Distretto competente per territorio (Uff. Prestazioni) Uff. Economato (€<150,00) Uff. Ragioneria (€>150,00)	Adiuvat R

L'assistenza indiretta è erogata dai Distretti sulla base di indirizzi operativi uniformi emanati dalla DCR con specifico Manuale, annualmente aggiornato, ed è supportata dal sistema informatico gestionale integrato "Adiuvat". L'erogazione dell'assistenza indiretta di "alta specializzazione" è garantita dall'ufficio prestazioni del Distretto di Trento, con funzioni multizonali.

TAB. 5.2.43 Alta Specializzazione – Attività 2008

TIPO	N° casi	SPESA
spese di viaggio e soggiorno per accesso a centri alta specializzazione in Italia ed estero	1.651	728.966,20
ricoveri alta specializzazione in Italia ed estero	12	142.007,29
Prestazioni specialistiche di alta specializzazione in Italia ed estero	11	15.072,00
ricoveri ordinari all'estero	32	37.032,00

TAB. 5.2.44 Assistenza ospedaliera indiretta ordinaria – Rimborsi 2008

DISTRETTO/SERVIZIO	N°
Primiero	3
Bassa Valsugana	6
Alta Valsugana	9
Ufficio Prest. Mezzolombardo	36
Valle di Non	12
Valle di Sole	4
Giudicarie	8
Alto Garda	6
Valle di Fassa	32
Valle di Fiemme 1	14
Vallagarina	6
TOTALE	136
SPESA COMPLESSIVA (in euro) 143.275,00	

5.3 Obiettivi specifici annuali assegnati dalla Giunta provinciale⁸⁴

Per completare il panorama delle attività realizzate dall'Azienda sanitaria nel corso dell'esercizio 2008, va sottolineato che – in questa situazione di riconosciuta sostanziale positività – la Giunta provinciale⁸⁵ ha ritenuto di assegnare all'Azienda sanitaria, in aggiunta ai due obiettivi fondamentali di *garanzia dei livelli di assistenza* e di *rispetto del vincolo di bilancio* fissato dalla Provincia, *15 obiettivi specifici* riferiti a quattro aree di intervento – promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie, patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare, livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi, strategie per il miglioramento dei servizi – il cui grado di conseguimento è stato valutato in sede di approvazione del bilancio di esercizio 2008 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e con deliberazione della Giunta provinciale n. 2604 del 30 ottobre 2009.

I richiamati *obiettivi specifici* sono stati suddivisi, come per gli anni precedenti, in *tre categorie di complessità/difficoltà* (A, B, C), (da A = maggiore complessità e difficoltà di realizzazione a C = minore complessità e difficoltà), e il *grado di conseguimento categorizzato in cinque livelli*⁸⁶: conseguito pienamente, conseguito, conseguito in parte, conseguito in misura minima, non conseguito.

5.3.1 AREA 1: PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE

OBIETTIVO N. 1 – PROMOZIONE DELLA SALUTE: PROFILI DI SALUTE DI COMUNITÀ

Realizzare i “Profili di salute di Comunità” con riferimento a tutto il territorio provinciale.

L'obiettivo 1⁸⁷, di categoria A (Valore massimo atteso = 6,00) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

⁸⁴ Ai sensi dell'art. 7 della legge provinciale n.10/1993.

⁸⁵ Con deliberazione n. 2644 del 30 novembre 2007.

⁸⁶ Scala di valutazione:

CONSEGUITO PIENAMENTE = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è pari al 100% essendo stata verificata la precisa coincidenza tra quanto assegnato e quanto realizzato.

CONSEGUITO = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è compreso fra l'80% ed il 100%

CONSEGUITO IN PARTE = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è parziale e compreso fra il 50% e l'80%.

CONSEGUITO IN MISURA MINIMA = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è parziale ed inferiore al 50% essendosi concretizzato in attività di impostazione.

NON CONSEGUITO = Il grado di conseguimento è nullo. (L'attività assegnata non è stata realizzata).

⁸⁷ Con deliberazione della Giunta provinciale n. 78/2008 (di approvazione del bilancio di previsione 2008 dell'APSS e relativo Programma di Attività) è stato *rimodulato il mandato originario dell'obiettivo* in argomento prevedendo – sulla base della condivisione delle argomentazioni tecniche rappresentate dall'Azienda – la sua *estensione e completamento entro l'esercizio 2009* e che, coerentemente, la deliberazione della Giunta provinciale n. 3217/2008 di assegnazione degli obiettivi specifici per l'anno 2009 dispone in tal senso.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati completamente raggiunti, risultando realizzate le attività richieste con riferimento a tutti i Distretti sanitari;
- ▶ la realizzazione delle attività richieste – con specifico riferimento a quelle descritte ai numeri 8 e 9 – si è concretizzata in tutti i Distretti sanitari con la conclusione del percorso metodologico (partito dalla raccolta e analisi di dati quali-quantitativi e giunto all'individuazione di interventi di sanità pubblica su problemi ritenuti prioritari) richiesto dall'obiettivo.

5.3.2 AREA 2: PATOLOGIE PRIORITARIE E GRUPPI DI POPOLAZIONE DA TUTELARE

OBIETTIVO N. 2 – MALATTIE RARE: CENTRO PROVINCIALE DI COORDINAMENTO.

Garantire l'espletamento delle attività richieste per la realizzazione operativa della deliberazione della Giunta provinciale n. 1244/2007 e, in particolare:

– la creazione del “Centro provinciale di coordinamento per l'accesso alla rete inter-regionale delle malattie rare” – per assicurare il coordinamento della rete provinciale per le malattie rare e il raccordo della medesima con la rete di area vasta – al quale affidare i compiti di seguito elencati:

- a) informare i cittadini e orientarli nella rete di servizi loro dedicata per le malattie rare per la diagnosi, la certificazione di malattia, la terapia, l'esenzione dalla compartecipazione della spesa sanitaria, la fruizione degli altri benefici loro riconosciuti dalla legislazione vigente;*
- b) gestire direttamente (in termini di prenotazione, organizzazione e logistica) gli accessi dei pazienti ai servizi dedicati;*
- c) informare e orientare i professionisti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e altri operatori sanitari) in merito all'organizzazione dei servizi dedicati alle malattie rare;*
- d) gestire i rapporti con le associazioni di pazienti;*
- e) assicurare le altre funzioni, che nelle fasi di realizzazione, saranno ritenute utili all'efficace funzionamento del sistema definito.*

– la realizzazione, utilizzando le modalità ritenute più idonee allo scopo, di un'adeguata attività di comunicazione e informazione riguardo a questo nuovo elemento organizzativo del Servizio sanitario provinciale.

L'obiettivo 2, di categoria B (Valore massimo atteso = 4,00) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare

- ▶ il richiesto “Centro provinciale di coordinamento per l'accesso alla rete interregionale per le malattie rare” risulta attivato e operativo, dal mese di aprile 2009,

con le caratteristiche strutturali e la configurazione funzionale e di processo richieste nella assegnazione del mandato provinciale;

OBIETTIVO N. 3 – ANORESSIA/BULIMIA: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Riorganizzare il livello di assistenza erogato a beneficio delle persone affette da anoressia/bulimia garantendo la presa in carico continuativa in termini di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'obiettivo 3, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione dell'attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ è stata effettuata la revisione della letteratura, l'analisi dei modelli clinico-organizzativi e delle linee guida accreditate, l'analisi epidemiologica nazionale e locale e la mappatura degli interventi erogati dal Servizio sanitario provinciale a beneficio delle persone con DCA che rivela la mancanza di interventi multidisciplinari integrati e di personale dedicato (condizioni ritenute essenziali ai fini della appropriatezza e dell'efficacia dei trattamenti);
- ▶ è stata realizzata una consistente attività di sensibilizzazione, informazione e formazione sulla problematica (utilizzando le modalità seminario/convegno/formazione sul campo), sia a beneficio degli operatori sanitari che della popolazione generale (con riferimento a: individuazione precoce, approccio globale/mulidisciplinare bio-psico-sociale integrato, dimensione sociale e comunicativa, coinvolgimento della famiglia, utilizzo strumenti validati per valutazione trattamenti ed esiti, procedure di integrazione tra servizi specialistici per i DCA e i servizi di salute mentale, costruzione della rete di operatori ospedalieri e territoriali tra loro coordinati nella conduzione di percorsi terapeutici condivisi);
- ▶ sono stati individuati specifici standard di cura e di riabilitazione che ciascun livello della rete territoriale dei punti di erogazione delle prestazioni deve assicurare in favore delle persone con DCA;
- ▶ la costituzione formale e attivazione di nuclei territoriali di riferimento e di continuità assistenziale collegati al CDCA, che realizza il decentramento della presa in carico dei pazienti con disturbo stabilizzato (a cura dei nuclei costituiti da psichiatra/neuropsichiatra infantile, medico internista e dietista) senza necessità di incremento di personale sanitario e/o di orario, rappresenta una modalità organizzativa valutata adeguata per migliorare il livello di assistenza alle persone con DCA (area minori – area adulti) nei termini richiesti dal mandato assegnato.

OBIETTIVO N. 4 – LOTTA ALL'ALCOLISMO

Elaborare un'analisi ricognitiva e valutativa in ordine alle misure di carattere preventivo, terapeutico e riabilitativo finora intraprese nell'ambito del Servizio sanitario provinciale con riferimento alla lotta all'alcolismo.

Elaborare, sulla base delle evidenze quantitative e qualitative oggi disponibili, un progetto di fattibilità riguardo alle modalità per realizzare l'aumento in ambito provinciale della disponibilità di posti letto dedicati alla riabilitazione alcolica, anche ipotizzando l'orientamento di una Unità operativa ospedaliera verso l'attività di riabilitazione alcolica in regime di degenza a carattere provinciale.

L'obiettivo 4, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ è stata effettuata la richiesta analisi ricognitiva e valutativa in ordine alle misure di carattere preventivo, terapeutico e riabilitativo finora intraprese nell'ambito del Servizio sanitario provinciale con riferimento alla lotta all'alcolismo;
- ▶ è stato elaborato e trasmesso nei tempi richiesti il progetto di fattibilità relativo alle modalità per realizzare l'aumento, in ambito provinciale, della disponibilità di posti letto dedicati alla riabilitazione alcolica, che prevede – vista l'analisi propedeutica inerente i casi di ricovero in strutture di riabilitazione alcolica del Servizio sanitario provinciale e del Servizio sanitario nazionale (fuori provincia) nel quinquennio 2003-2007, dalla quale emerge la necessità di avere a disposizione un'ulteriore struttura per soddisfare il fabbisogno espresso dalla popolazione trentina – la creazione di una Unità operativa di riabilitazione alcolica rispetto alla quale sono state definite l'impostazione organizzativa e il piano delle attività e determinate le risorse occorrenti alla realizzazione (strutturali e di funzionamento):
- ▶ per l'U.O. di riabilitazione alcolica – da realizzare presso l'Ospedale di Trento, presidio Villa Rosa di Pergine – è ipotizzata una dotazione di posti letto pari a 10 (6-8 per il fabbisogno provinciale e il residuo destinato – preso atto dei lunghi tempi di attesa per il ricovero (2-3 mesi) riscontrati nelle strutture esistenti in ambiti limitrofi – a pazienti residenti fuori provincia in regime di mobilità attiva;
- ▶ per il ricovero presso la U.O. di riabilitazione alcolica è prevista una durata di 3 settimane (ciclo) e l'impostazione delle attività per singolo giorno e singola settimana è articolata nel dettaglio;
- ▶ sono state inoltre vagliate, oltre all'investimento strutturale iniziale di approntamento degli spazi, n. 2 ipotesi/modalità in ordine alle modalità di gestione/funzionamento.

5.3.3 AREA 3: LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

OBIETTIVO N. 5 – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: CURE PALLIATIVE

Elaborare, con riferimento al Servizio ADI-CP erogato dal SSP, uno specifico Studio che – descrivendo in termini quantitativi e qualitativi tale livello di assistenza – pro-

duca un'analisi sotto i profili dell'efficacia, della soddisfazione dell'utenza e della sostenibilità organizzativa.

L'obiettivo 5, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ lo *Studio inerente al Servizio ADI-CP erogato dal SSP* risulta elaborato e trasmesso nei tempi richiesti e, nel merito, si valuta positivamente sotto l'aspetto metodologico, anche con riguardo al grado di coinvolgimento (strutture, organizzazioni, operatori, pazienti e familiari) e di condivisione di sistema, completo nei contenuti rispetto a tutti i profili di analisi richiesti – definizione del livello di assistenza erogato in termini di contesto nonché nelle dimensioni quantitative e qualitative, descrizione dei modelli organizzativi (strutture, risorse impegnate per profilo professionale, modalità di lavoro), dei processi e dei flussi informativi, valutazione dell'efficacia/esito, della soddisfazione dell'utenza e della sostenibilità organizzativa ed economica) – e formalmente adeguato sotto l'aspetto espositivo;
- ▶ lo *Studio*, include altresì – aspetto particolarmente interessante ancora sul piano metodologico – *il confronto del modello "cure palliative specialistiche/ servizi dedicati (Trento e Rovereto) con una realtà extra-provinciale (la ASL di Lecco) con caratteristiche sufficientemente assimilabili; detto confronto mostra una buona corrispondenza – in termini di performance complessiva, di efficacia e di impegno di risorse – dei due modelli a confronto della funzionalità e sostenibilità del modello (dedicato) trentino;*
- ▶ alla conclusione sintetica dell'analisi complessiva del Servizio cure palliative erogato in trentino e sulla base delle evidenze e criticità rilevate, si accompagna, opportunamente, una *proposta di azioni finalizzate allo sviluppo organico della rete delle cure palliative con particolare riferimento agli aspetti inerenti all'equità nell'accesso, alla registrazione e verifica dell'attività erogata, all'informazione.*

OBIETTIVO N. 6 – NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

Elaborare, entro giugno 2008 – sulla base dell'attuale modello erogativo dell'assistenza neuropsichiatrica infantile (livello distrettuale e livello ospedaliero) e tenendo anche conto delle criticità e necessità di potenziamento evidenziate, con specifico riferimento alla dimensione riabilitativa, attraverso l'analisi realizzata in attuazione dell'obiettivo specifico n. 10 assegnato per l'anno 2006 – una proposta di revisione/evoluzione dell'assetto organizzativo della neuropsichiatria infantile in ambito provinciale mirata a conferire – attraverso l'adozione e l'applicazione di principi e metodi operativi appropriati e condivisi – maggiore efficacia agli interventi e ad assicurare la reale "presa in carico" degli utenti in termini di accessibilità, qualità assistenziale, continuità e integrazione.

L'obiettivo 6⁸⁸, di categoria B (Valore massimo atteso = 4,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO.

In particolare:

- ▶ la richiesta *proposta di revisione/evoluzione dell'assetto organizzativo della neuropsichiatria infantile in ambito provinciale* è stata elaborata e trasmessa;
- ▶ nel merito, va evidenziato che detto Studio – nonostante l'ampiezza documentale inerente all'analisi dei bisogni da soddisfare (parametri di prevalenza, casi attesi, carico assistenziale, patologie con particolare complessità clinico-gestionale e a forte impatto sociale), al livello attuale di offerta (rete assistenziale territoriale, ospedaliera e residenziale, prestazioni e attività erogate per tipologia di utenza/bisogno e sede di erogazione) e alle criticità organizzative e operative del modello in essere (disomogeneità di approccio, rischio frammentazione, scarsa capacità di coordinamento delle componenti sanitarie e sociali, carenza di risorse umane, strumentali e strutturali) – non fornisce, rispetto al nuovo modello organizzativo proposto, indicazioni conclusive e univoche in ordine ad aspetti/elementi che risultano essenziali in fase attuativa (in primo luogo le risorse professionali complessivamente necessarie al funzionamento del nuovo assetto), rendendo necessari ulteriori momenti di approfondimento, valutazione e condivisione.

OBIETTIVO N. 7 – ASSISTENZA OSTETRICO-NEONATALE: PERCORSO NASCITA

Effettuare una revisione critica complessiva del "Percorso nascita" trentino – finalizzata a migliorarne ulteriormente il livello complessivo di appropriatezza e a contenere il fenomeno del ricorso al taglio cesareo (TC) per l'espletamento del parto – attraverso:

– l'adozione di "procedure condivise e standardizzate" per l'individuazione, la gestione e il monitoraggio della gravidanza fisiologica e della gravidanza patologica, anche con riferimento al ruolo che i diversi professionisti (ostetriche, medici specialisti ostetrici) assumono nell'assistenza a seconda del livello e dei fattori di rischio;

– il contrasto alle diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante modelli operativi basati sull'offerta attiva per migliorare la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e

⁸⁸ La Giunta provinciale, con deliberazione n. 78/2008 (di approvazione del bilancio di previsione 2008 dell'APSS e relativo Programma di Attività) ha ribadito, sulla base della iniziale proposta di Programma di sviluppo dell'obiettivo presentata dall'Azienda, che il mandato assegnato con l'obiettivo va inteso in senso unitario – a prescindere dalle modalità di realizzazione adottate dall'Azienda sanitaria – e che, pertanto, la richiesta proposta di riorganizzazione, pur sviluppata con riferimento ai livelli essenziali di assistenza ospedaliero e distrettuale, dovrà avere carattere complessivo, unitario ed integrato, (costituendo tali caratteristiche elementi imprescindibili per assicurare appropriatezza, efficacia ed efficienza al riordino del settore) e consistere in un documento (progetto) che privilegi e valorizzi l'ottica dell'utenza e dei percorsi integrati di assistenza.

prevedere l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l'integrazione;

– la individuazione di modalità efficaci per ottenere una maggiore adesione ai “corsi pre-parto” quali sedi privilegiate per il miglioramento del livello di informazione delle donne – con riferimento a stili di vita in gravidanza e scelte assistenziali per il travaglio/parto – e per il loro consapevole coinvolgimento nelle decisioni assistenziali;

– la individuazione, all'interno della rete ospedaliera trentina, di almeno una Unità operativa di ostetricia-ginecologia nella quale è garantita, su richiesta della partoriente, l'effettuazione della analgesia peridurale;

– la promozione, all'interno della rete dei punti nascita trentini, della attività di “raccolta del sangue cordonale”;

– la definizione di criteri e modalità per individuare le donne che necessitano di assistenza dopo la dimissione/parto e per assicurarne la presa in carico, da parte dei Servizi sanitari e/o sociali, in ragione della natura delle specifiche esigenze.

L'obiettivo 7, di categoria A (Valore massimo atteso = 6,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO.

In particolare:

- ▶ *la richiesta revisione critica complessiva del “Percorso nascita” trentino risulta effettuata rispetto a tutti gli aspetti indicati nel mandato provinciale e condotta – individuando moduli di lavoro e gruppi di riferimento – attraverso il coinvolgimento delle strutture e dei professionisti interessati ai temi specifici e alla condivisione generale di sistema;*
- ▶ *in merito all'adozione di “procedure condivise e standardizzate” per l'individuazione, la gestione e il monitoraggio della gravidanza fisiologica e della gravidanza patologica risultano prodotte specifiche linee guida (basate sul consenso in merito a procedure, indagini e analisi) per un buon livello di qualità nell'assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica (a basso rischio) e identificati i criteri per individuare le donne che (per condizioni socio-sanitarie e/o di rischio potenziale) necessitano di cure specifiche presso un livello di assistenza superiore (gravidanza patologica); è stata realizzata l'analisi/verifica dei criteri per l'accesso alle strutture ostetriche pubbliche del SSP attraverso la valutazione della situazione organizzativa in essere a livello di singolo Distretto sanitario (consultori, ambulatori e poliambulatori per l'attività destinata alla gravidanza) per registrare/segnalare (attraverso una specifica scheda finalizzata a calcolare indicatori di disponibilità quantitativa) disomogeneità e differenze nei percorsi di assistenza offerti alle donne in gravidanza: l'analisi evidenzia che in tutti i Distretti sanitari c'è un dotazione soddisfacente di strutture (anche se si dovrebbe tendere a bilanciarne la tipologia privilegiando il consultorio all'ambulatorio oste-*

trico-ginecologico) e che esiste una certa disomogeneità nelle prestazioni erogate dalle strutture consultorili (le figure professionali sono eterogenee e diversamente valorizzate; le prestazioni non sono sempre codificate); da segnalare peraltro, in proposito a questo modulo, che non risultano affrontati, sul piano metodologico e di merito, i temi strategici relativi a) al ruolo assumibile dai diversi operatori sanitari in funzione del tipo di gravidanza e b) alle attività di verifica, documentazione e monitoraggio del reale grado di adozione/implementazione delle linee guida all'interno dei percorsi assistenziali erogati dai singoli servizi; sono state inoltre identificate le Unità operative ospedaliere di ostetricia-ginecologia deputate a effettuare il prelievo del sangue cordonale (Rovereto, Arco, Cavalese e S. Camillo) non risultando peraltro documentata l'attività di promozione richiesta in merito;

- ▶ con riferimento alla individuazione di modalità efficaci per aumentare la partecipazione ai *corsi preparazione alla nascita* (corsi pre-parto) risulta prodotto e diffuso uno specifico *depliant informativo multilingue*;
- ▶ in merito alla definizione di *criteri e modalità per individuare le donne che necessitano di assistenza dopo la dimissione/parto* e assicurarne la *presa in carico da parte dei servizi sanitari e/o sociali*, sono state definite le situazioni di svantaggio sociale e/o clinico, (categorie a rischio), individuati gli *indicatori* (griglia di accertamento della vulnerabilità rispetto al percorso nascita) e gli *strumenti di accertamento* (anamnesi ostetrica, raccolta e interpretazione dei dati anche di carattere psicosociale con integrazione della Guida ostetrica e della Cartella ostetrica) ed elaborata una specifica *procedura di attivazione della rete territorio/ospedale (e viceversa) per l'assistenza al puerperio in situazioni a elevata complessità socio-sanitaria*: detta procedura prevede, in particolare, percorsi clinici standard per alcune categorie di fragilità sociale identificate e indicazioni organizzative per situazioni a elevata complessità difficilmente riconducibili a un percorso standard, la individuazione di un referente territoriale per la singola situazione (registra della presa in carico) e di un coordinatore di percorso ospedaliero (che progetta e garantisce la continuità assistenziale), una attività di miglioramento della conoscenza e responsabilizzazione della donna/famiglia fragile al fine di ottenere una relazione costante e costruttiva e la costruzione di un progetto operativo a breve, medio e lungo periodo;
- ▶ con riferimento alle *donne immigrate*, uno specifico approfondimento conferma, allo stato, un eccesso di ricorso ai servizi di Pronto Soccorso (le prestazioni eseguite non vengono riportate nella Guida ostetrica e, pertanto, le informazioni non possono essere utilizzate per la continuità assistenziale) e al ricovero ospedaliero improprio, e una bassa frequenza dei corsi di preparazione alla nascita; le proposte di contrasto attengono allo *sviluppo dell'attività dei mediatori culturali* (specifici per l'area materno-infantile) la cui formazione dovrebbe essere congiunta a quella degli operatori sociali e

- sanitari, l'ampliamento degli orari di *apertura dei consultori in fascia serale* e la creazione di un *Coordinatore aziendale Immigrazione e Salute*;
- ▶ in ordine alla richiesta attivazione della metodica dell'*analgesia peridurale*, va segnalato che:
 - con deliberazione n. 78/2008 (di approvazione del bilancio di previsione 2008 dell'APSS e relativo Programma di Attività) la Giunta provinciale, relativamente al mandato di "individuare, all'interno della rete ospedaliera trentina, almeno una U.O. di ostetricia-ginecologia nella quale venga garantita, su richiesta della partoriente, l'effettuazione della analgesia peridurale", ha disposto – esaminata la proposta che prevede di erogare detto servizio presso il presidio ospedaliero S. Chiara con annessa richiesta di un potenziamento di personale a regime di n. 9 unità equivalenti di dirigente medico (anestesisti e ginecologi) – la trasmissione all'Assessorato alle Politiche per la Salute – Servizio economia e programmazione sanitaria di un documento di verifica preliminare della fattibilità di quanto proposto (avuto riguardo ai volumi attesi di prestazioni nonché alle conseguenti necessità di personale), rinviando l'approvazione del Programma di attività 2008 relativamente a detto specifico mandato (analgesia peridurale – attività 5);
 - l'Azienda sanitaria – preso atto della difficoltà logistica di avviare l'attività nella sede di Trento in relazione alla già quasi completa saturazione della capacità ricettiva del Reparto – ha proposto uno *schema operativo alternativo di attivazione dell'analgesia peridurale in più sedi e con una progressione temporale legata alla disponibilità delle risorse richieste*;
 - su queste basi, il Servizio economia e programmazione sanitaria ha disposto che "[...] al fine di ottemperare a quanto richiesto dall'obiettivo assegnato dalla Giunta provinciale l'Azienda sanitaria (come comunicato in sede di confronto bilaterale sullo stato di avanzamento) è tenuta ad assicurare nell'esercizio 2008 la attivazione della metodica dell'analgesia epidurale presso l'Unità operativa di ostetricia-ginecologia dell'ospedale di Cles in ragione delle più favorevoli condizioni di fattibilità in termini organizzativi e di risorse [...]"; il progetto di partoanalgesia risulta avviato nel corso del 2008 e, dal 1° gennaio 2009, l'epidurale è eseguita non solo su indicazione clinica dell'Ostetrico-Ginecologo, ma anche, come richiesto, su domanda della partoriente;
 - ▶ si valuta che l'insieme delle iniziative descritte contribuirà, in prospettiva, a un miglioramento complessivo del livello di appropriatezza e qualità del percorso nascita trentino – anche con riferimento al contenimento del fenomeno del ricorso al taglio cesareo (TC) per l'espletamento del parto (che già nel 2008 risulta pari al 24% e in diminuzione significativa rispetto agli anni precedenti, pur in assenza di elementi che ne facciano prefigurare il consolidamento decrescente).

OBIETTIVO N. 8 – ASSISTENZA OSPEDALIERA: GESTIONE INTEGRATA RICOVERI DI AREA MEDICA

Predisporre, entro giugno 2008, un'analisi complessiva dell'attività ospedaliera provinciale erogata, nel triennio 2004-2006, in regime di ricovero nell'ambito dell'AREA MEDICA – medicina, specialità internistiche, geriatria.

L'analisi – condotta per ciascun presidio ospedaliero/Unità operativa – deve riferirsi ai volumi erogati, agli indici di performance (degenza media, tasso di utilizzo) e ai criteri e alle modalità organizzative inerenti le fasi di ammissione, trasferimento e dimissione.

Elaborare proposte di intervento:

– per migliorare la reale operatività e l'efficacia del raccordo tra presidi ospedalieri della rete provinciale e tra gli stessi e le strutture territoriali, al fine di assicurare la migliore qualità assistenziale ai pazienti accolti in regime di ricovero nell'ambito dell'AREA MEDICA;

– per fornire elementi valutativi circa la necessità di una revisione strutturale, logistica e/o organizzativa dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero nell'ambito dell'AREA MEDICA.

L'obiettivo 8, di categoria B (Valore massimo atteso = 4,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ la richiesta analisi complessiva dell'attività ospedaliera provinciale erogata in regime di ricovero nell'ambito dell'AREA MEDICA è stata realizzata in maniera adeguata presentando tutti gli elementi richiesti dal mandato provinciale (dettaglio per singola Unità operativa, volumi erogati, gli indici di performance, criteri e modalità organizzative inerenti le fasi di ammissione, trasferimento e dimissione) e, nel merito, si valuta positivamente la metodologia adottata anche con riguardo al grado di coinvolgimento delle strutture interessate e di condivisione di sistema;
- ▶ le richieste proposte di intervento – finalizzate a migliorare la reale operatività e l'efficacia del raccordo tra presidi ospedalieri della rete provinciale e tra gli stessi e le strutture territoriali e a fornire elementi valutativi circa la necessità di una revisione strutturale, logistica e/o organizzativa – sono state formulate e, risultando coerenti agli esiti dell'analisi organizzativa effettuata, costituiscono indirizzo utile al superamento delle criticità rilevate con riferimento alle attività di area specialistica trasversali agli ospedali del Servizio sanitario provinciale e comuni per aggregati ospedalieri omogenei (di riferimento, di valle), ai flussi di pazienti tra ospedali di riferimento e ospedali di valle, all'interazione tra i Servizi di Pronto Soccorso e le Unità operative ospedaliere di area medica.

5.3.4 AREA 4: STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

OBIETTIVO N. 9 – FARMACIE SUL TERRITORIO: INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI/DISTRETTUALI

Elaborare un'analisi di contesto e una proposta di progetto finalizzato a migliorare il livello di integrazione delle farmacie territoriali con il Servizio sanitario provinciale individuando, in particolare, nuove attività e/o servizi – di carattere informativo, promozionale, formativo, terapeutico, di supporto – da affidare, in termini di erogazione/gestione, alle farmacie territoriali per sfruttarne a pieno le potenzialità a beneficio dell'utenza.

L'obiettivo 9, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ è stata realizzata – in termini che, nel merito, si valutano positivamente sotto il profilo del metodo e del contenuto – la richiesta *“analisi di contesto”* relativa alle farmacie territoriali (convenzionate) ed è stata formulata la richiesta *“proposta di progetto”* finalizzata a migliorare il livello di integrazione delle farmacie territoriali con il Servizio sanitario provinciale: analisi di contesto e proposta di progetto sono enucleate in uno specifico documento denominato *“La rete delle farmacie convenzionate in provincia di Trento”* rispetto al quale si ritiene di sottolineare la completezza dei contenuti e la qualità formale ed espositiva;
- ▶ la citata *analisi di contesto* esplora e documenta tutti gli ambiti utili a una adeguata rappresentazione del ruolo attualmente espletato dalle farmacie territoriali (popolazione assistita, organizzazione territoriale, distribuzione, accessibilità, attività convenzionate, tipologia dei servizi offerti);
- ▶ la *proposta di progetto*, inerente l'individuazione di nuove attività e/o servizi da affidare alle farmacie territoriali (per sfruttarne a pieno le potenzialità a beneficio dell'utenza):
 - si è sviluppata attraverso il coinvolgimento delle associazioni di categoria dei farmacisti e delle strutture territoriali dell'Azienda sanitaria;
 - tiene conto dello scenario epidemiologico in atto (invecchiamento, cronicità, medicina preventiva e attenzione alla qualità di vita);
 - individua n. 3 aree di intervento (area dell'organizzazione, area della comunicazione, area della terapia) e indica, per ognuna, azioni di possibile realizzazione e specifiche attività di possibile affidamento alle farmacie territoriali a beneficio dell'utenza;
 - tiene in conto gli orientamenti che si stanno prefigurando a livello nazionale in merito alla definizione del ruolo delle farmacie all'interno del Servizio sanitario nazionale.

OBIETTIVO N. 10 – TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE: GESTIONE E MONITORAGGIO

Elaborare un assetto organizzativo per il monitoraggio del paziente anticoagulato in modo tale da definire:

- la suddivisione di competenze tra le attività di sorveglianza e monitoraggio dei pazienti critici instabili e l'attività di gestione dei pazienti stabilizzati e non critici;*
- la formalizzazione di procedure di comunicazione tra sedi di sorveglianza, medico inviante e medico di medicina generale (modalità di richiesta di presa in carico e di riaffidamento al medico di medicina generale del paziente stabilizzato, informazione periodica ai medici di medicina generale);*
- l'assicurazione dell'uniformità di trattamento: per quanto riguarda i pazienti critici instabili occorre valutare la possibilità di avvalersi di dispositivi portatili per il controllo dell'INR e di sistemi di trasmissione informatica a distanza; per quanto riguarda i pazienti affidati al medico di medicina generale occorre individuare percorsi facilitati e modalità di comunicazione velocizzata tra laboratorio, medico e paziente.*

L'obiettivo 10, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ è stato elaborato il richiesto assetto organizzativo per il monitoraggio del paziente anticoagulato; detto assetto – costituito da 2 livelli, Medico di medicina generale e Centri ospedalieri di Sorveglianza Anticoagulante (CSA) coordinati da una struttura centrale aziendale di riferimento – risulta, nel merito, coerente con la necessità di assicurare suddivisione di competenze e di individuazione in ambito provinciale dei livelli di responsabilità (sorveglianza e monitoraggio dei pazienti critici instabili, gestione dei pazienti stabilizzati e non critici), formalizzazione delle procedure di comunicazione delle informazioni (richiesta presa in carico da parte del medico di medicina generale, affidamento temporaneo ai Centri di Sorveglianza, riaffidamento al medico di medicina generale del paziente stabilizzato, utilizzo di unico software gestionale), assicurazione dell'uniformità di trattamento;
- ▶ è stata sottolineata la necessità – per la completa implementazione del nuovo assetto organizzativo di sorveglianza e gestione dei pazienti TAO – di adeguare gli strumenti contrattuali (Accordi provinciali) dei medici di assistenza primaria (per la integrazione delle prestazioni aggiuntive) e di semplificare l'iter burocratico per i pazienti (tramite il prolungamento della validità delle impegnative per l'esecuzione degli accertamenti di laboratorio connessi alla terapia anticoagulante).

OBIETTIVO N. 11 – REVISIONE ONCOLOGIA: TERAPIE TARGETED

Predisporre uno studio sull'appropriatezza dell'utilizzo di farmaci oncologici innovativi – utile ad assumere direttive in merito da parte della Giunta Provinciale – finalizzato a costituire le condizioni per un'efficiente modalità di intervento.

L'obiettivo 11, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ il richiesto *Studio sull'appropriatezza dell'utilizzo di farmaci oncologici innovativi* è stato effettuato nei tempi richiesti e, nel merito, si valuta positivamente la metodologia adottata anche con riguardo al grado di coinvolgimento delle strutture interessate e di condivisione di sistema; lo studio ha permesso di concretizzare i seguenti risultati:
 - elaborazione di 4 documenti che – metodologicamente improntati alle logiche della valutazione delle tecnologie sanitarie e basati sulla ricerca sistematica e analisi critica della letteratura scientifica accreditata sui farmaci biologici e sulla revisione secondo il metodo GRADE – costituiscono altrettante *Raccomandazioni per l'utilizzo appropriato dei farmaci oncologici (biologici innovativi)* nel trattamento del *carcinoma della mammella* (bevacizumab e trastuzumab), nel trattamento del *carcinoma del rene* (bevacizumab, sorafenib, sunitinib e temsirolimus), nel trattamento del *carcinoma del colon-retto* (bevacizumab e cetuximab) e nel trattamento del *carcinoma del polmone* (bevacizumab ed erlotinib);
 - maggiore conoscenza del processo di valutazione critica dei nuovi farmaci;
 - condivisione del metodo di implementazione delle raccomandazioni cliniche rispetto ai benefici e ai rischi nei pazienti oncologici;
 - *formazione continua* per medici, infermieri e farmacisti ospedalieri;
 - gestione informatizzata degli allestimenti dei farmaci chemioterapici;
 - *controllo/valutazione dell'utilizzo dei farmaci e dell'aderenza alle raccomandazioni* (attraverso l'implementazione dei protocolli e delle prescrizioni farmaceutiche per singolo paziente);
 - *analisi dei costi per farmaco e ciclo di terapia*, anche con riferimento alle modalità di rimborso determinate dall'AIFA in ordine alle prime confezioni in caso di assenza di beneficio (principio del "Risk Sharing").
 - predisposizione di specifico *modello di reporting standardizzato sul consumo dei chemioterapici* per singola Unità operativa dell'Azienda sanitaria (controllo andamento temporale prescrizioni) e di un *report dedicato per il continuo e periodico monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera* (utilizzabile anche come strumento di audit clinico);
- ▶ lo studio realizzato e gli strumenti predisposti costituiscono una valida impostazione metodologica alla quale attenersi anche per gli sviluppi futuri e per i nuovi farmaci oncologici in via di registrazione;
- ▶ in merito all'obiettivo assegnato – valutato che negli ultimi anni l'avanzamento delle conoscenze di fisiopatologia in campo oncologico ha permesso lo sviluppo di nuovi trattamenti farmacologici (ai principi attivi tradizionali, che colpiscono il DNA e le strutture cellulari, si sono aggiunti farmaci che

agiscono selettivamente su molecole di segnale coinvolte in tappe fondamentali di crescita e disseminazione cellulare) rispetto ai quali l'inserimento nei protocolli terapeutici non sempre è sostenuto da prove di efficacia e sicurezza sufficienti per definirne il ruolo nella pratica clinica, ed è, per questo, necessario accertare il vantaggio in termini di sopravvivenza e miglioramento di qualità di vita quando questi interventi innovativi sono applicati alla popolazione reale – si raccomanda all'Azienda sanitaria di continuare detta analisi attraverso l'elaborazione dei dati clinici dei pazienti (raccolti nella cartella clinica informatizzata del dipartimento oncologico) e dei consumi di questi farmaci (attraverso la collaborazione della Farmacia Ospedaliera e del Servizio Controllo di Gestione Aziendale).

OBIETTIVO N. 12 – DEFIBRILLAZIONE PRECOCE SUL TERRITORIO

Definire, secondo le direttive generali elaborate dalla Provincia, il capitolato per l'acquisto dei defibrillatori automatici esterni (DAE) da utilizzare nella PAD (accesso pubblico alla defibrillazione) ed espletare le relative procedure per l'acquisizione.

Instaurare, in linea con i protocolli d'intesa sottoscritti dalla Provincia, specifici rapporti con tutti gli enti, le associazioni e i soggetti privati coinvolti.

Istituire, adottando il modello Uttstein, il Registro provinciale degli arresti cardio-circolatori inattesi e trasmettere al Dipartimento politiche sanitarie uno specifico Report annuale di attività.

Definire specifici protocolli d'intervento PAD con riferimento alle diverse tipologie di sede (mobile o fissa) d'allocazione del DAE.

L'obiettivo 12⁸⁹, di categoria B, (Valore massimo atteso = 4,00) – verificato attraverso la disponibilità di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

⁸⁹ Con deliberazione della Giunta provinciale n. 78/2008 (di approvazione del bilancio di previsione 2008 dell'APSS e relativo Programma di Attività) è stato stabilito di non approvare l'attività 2 del Programma di realizzazione dell'obiettivo (che prevede l'acquisto dei defibrillatori da parte dell'Azienda sanitaria) comunicando l'adozione, in proposito, di ulteriori atti di indirizzo da parte della Giunta provinciale in esito ai quali individuare il numero di apparecchi necessari e la modalità di acquisizione (contratto di service, acquisto...).

La Giunta provinciale, con deliberazione n. 1576 del 27 luglio 2007, ha approvato il "Progetto provinciale per la defibrillazione precoce" (elaborato da un Gruppo di lavoro costituito presso l'Assessorato alle Politiche per la Salute) con il quale sono stati rinviati a successivi atti la definizione delle azioni finalizzate all'attuazione del progetto medesimo, nonché l'individuazione delle procedure di autorizzazione all'uso del defibrillatore automatico esterno (DAE), (in applicazione della Legge n. 120/2001 e del successivo Accordo Stato – Regioni/Province autonome del 27 febbraio 2003).

La Giunta provinciale, per dare attuazione operativa al citato Progetto – dopo aver assegnato al-

In particolare,

- ▶ l'Azienda sanitaria ha provveduto a:
 - redarre il *"capitolato per l'appalto di fornitura e di servizio"* (comprendente sia la messa a disposizione dei defibrillatori automatici esterni, sia la formazione del personale coinvolto) e a pubblicarne il *bando di gara* per l'aggiudicazione dell'appalto (gennaio 2009);
 - *definire*, dopo la prevista sottoscrizione di specifico accordo tra gli stessi e la PAT, con i primi sottoscrittori la *tipologia del presidio* da questi garantito (mobile o fisso, incostante o permanente) e le *modalità per la migliore interazione con la Centrale Operativa 118* e i soccorsi da questa attivabili a fronte del protocollo di intervento di rianimazione cardiopolmonare di base e defibrillazione (bls d) per soccorritori occasionali già definito da Trentino Emergenza 118;
- ▶ i tempi per la realizzazione dell'obiettivo sono stati rideterminati dalla Giunta provinciale con la citata deliberazione n. 1274/2008 recante *"Attuazione del Progetto provinciale per la defibrillazione precoce"* e che, pertanto, non sono ascrivibili all'Azienda sanitaria ritardi e/o indempienze specifiche per le attività alla stessa richieste;

l'Azienda provinciale per i servizi sanitari il presente obiettivo – ha provveduto, con deliberazione con deliberazione n. 1274 del 23 maggio 2008, a:

- individuare, nei seguenti e secondo l'ordine di priorità definito, i Soggetti pubblici e privati che possono essere destinatari dell'utilizzo dei defibrillatori automatici messi a disposizione della PAT per il tramite dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari: Forze dell'Ordine (Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Vigili Urbani), Protezione Civile (Vigili del fuoco e Soccorso Alpino), Case Circondariali di Trento e Rovereto, Farmacie, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
- rinviare a successivo provvedimento, alla luce anche dei risultati della sperimentazione avviata con le sopra elencate strutture negli anni 2008 e 2009, l'attivazione degli accordi con gli ulteriori Soggetti e Strutture quali: gli istituti scolastici di ogni ordine e grado e strutture universitarie, grandi sedi locali di stazionamento di mezzi di trasporto pubblici e/o privati; uffici pubblici con presenza media giornaliera superiore alle 200 unità;
- approvare apposito *Protocollo d'intesa* finalizzato a definire e concordare tra le Parti:
 - il numero di DAE da fornire ad ogni singolo Soggetto/Ente;
 - il numero di persone da formare;
 - il programma del percorso formativo abilitante all'uso del DAE e di retraining; per la relativa certificazione;
 - le modalità di autorizzazione all'utilizzo del DAE;
 - le modalità di tenuta del registro del personale autorizzato all'uso del DAE;
 - le modalità di comunicazione dell'uso del defibrillatore;
- incaricare l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di attivarsi al fine di *acquisire la disponibilità delle attrezzature e della necessaria formazione* secondo le modalità più confacenti sul piano economico e qualitativo, con l'obiettivo di garantire una gestione integrata dei servizi connessi al progetto in questione e comprendenti: il *noleggio dei defibrillatori automatici* e la messa a disposizione del relativo *materiale d'uso*, la gestione della loro *manutenzione* ed eventuale *sostituzione*, la formazione delle persone per l'autorizzazione all'utilizzo della strumentazione ed il relativo retraining annuale, la collaborazione per la tenuta, presso l'U.O. Trentino Emergenza 118, del registro relativo alla strumentazione messa a disposizione con relativa sede e persona addetta;
- dare atto che la *spesa per l'attuazione del "Progetto provinciale per la defibrillazione precoce"* è stimata in euro 210.000,00 per l'anno 2008 e in euro 220.500,00 per l'anno 2009, in relazione all'ipotesi di *noleggio fino a 300 defibrillatori e di formazione fino a 1.500 persone, nel biennio di riferimento.*

- ▶ il “Registro provinciale degli arresti cardiocircolatori inattesi” (in ambito extra-ospedaliero) è stato istituito adottando lo standard documentale Utstein Style per definire la tipologia dei dati (necessari, aggiuntivi, integrativi) gli strumenti e le modalità di rilevazione (campi di registrazione, personale addetto, istruzioni, modifiche al programma informatico della Centrale operativa 118), il gestore; detto Registro riporta informazioni di contesto, di gestione dell’evento da parte del Servizio TE118, di gestione ospedaliera/PS, di sopravvivenza del paziente a un anno dalla dimissione ospedaliera; anche il *Report generale annuale*, relativo ai casi di arresto cardiaco registrati nel 2008, è stato elaborato e trasmesso.

OBIETTIVO N. 13 – CARDIOLOGIA: RETE TELEMATICA

Predisporre, entro giugno 2008, un’analisi circa l’esigenza e le ricadute in termini di assistenza sanitaria, in merito alla ulteriore implementazione – a livello di azienda sanitaria e di altre strutture inserite nel Servizio sanitario provinciale – del sistema informativo cardiologico attualmente in uso per la gestione del dato e del tracciato elettrocardiografico.

L’obiettivo 13, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ risulta elaborata, e trasmessa nei tempi richiesti, l’analisi assegnata con riferimento all’implementazione del sistema informativo cardiologico per la gestione del dato e tracciato elettrocardiografico;
- ▶ si evidenzia, nel merito, che detta analisi prefigura – partendo dalla descrizione della situazione in essere, sotto il profilo assistenziale, organizzativo/gestionale e tecnologico – i quattro possibili ambiti di implementazione del sistema informativo cardiologico descrivendo, in maniera sintetica ma puntuale, gli elementi essenziali di ognuno e, in particolare i seguenti: ricadute in termini assistenziali dal punto di vista dei pazienti e degli operatori, aspetti organizzativi, necessità di risorse aggiuntive in termini tecnologici e professionali;
- ▶ l’analisi in parola mette in luce – con riferimento alle ipotesi di implementazione proposte – gli aspetti peculiari necessari a una valutazione generale sotto il profilo programmatico, anche in considerazione della scelta strategica operata dall’Azienda sanitaria – e sostanziata tramite specifica gara europea – di far evolvere la situazione attuale verso un *Sistema informativo di cardiologia (CIS) unico dipartimentale* integrato con le altre componenti del Sistema informativo aziendale.

OBIETTIVO N. 14 – SICUREZZA ALIMENTARE CONTROLLI UFFICIALI: SISTEMI INFORMATIVI DI SUPPORTO

Attivare, entro il primo trimestre 2008, la connessione al sistema informativo nazionale SIVARS – Sistema Informativo Veterinario Analisi Rischio Alimentare – creando il nodo trentino secondo i criteri di profilo regionale stabiliti dal sistema medesimo.

Costituire la base informativa iniziale del sistema SIVARS inserendo, al fine di consentire la successiva analisi dei processi di produzione:

- le informazioni anagrafiche delle imprese che trasformano e/o manipolano prodotti alimentari;*
- relativi stabilimenti;*
- l'elenco dettagliato dei singoli articoli (prodotti) in produzione.*

Organizzare, contemporaneamente, la formazione degli operatori addetti al controllo ufficiale incaricati per la raccolta e il caricamento nel sistema informativo SIVARS, delle informazioni relative a:

- caratteristiche degli stabilimenti di produzione;*
- caratteristiche del/dei processi di produzione e dei prodotti nelle imprese che trattano: Trentingrana, Prodotti ittici, Latte crudo, Speck, Luganega trentina.*

Raccogliere e caricare nel sistema informativo SIVARS le informazioni relative alle caratteristiche degli stabilimenti, le caratteristiche del/dei processi di produzione e dei prodotti.

Progettare, entro giugno 2008, indicando altresì i tempi di messa a regime, un Sistema Informativo che gestisca le Attività Ispettive di verifica, audit e campionamento delle matrici alimentari, finalizzato altresì alla programmazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare sulla base dell'analisi del rischio.

Considerato che il Sistema Informativo Attività Ispettive riveste importanza strategica per governare i controlli sulla sicurezza alimentare, l'attività di analisi e progettazione del medesimo dovrà essere svolta in accordo con la Provincia che, se del caso, fornisce ulteriori direttive.

Assicurare, entro giugno 2008, la formazione del personale addetto – concordandone preventivamente con la Provincia modalità e contenuti.

L'obiettivo 14, di categoria A (Valore massimo atteso = 6,00) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione dell'attività richiesta – è risultato CONSEGUITO IN PARTE.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti solo in parte;
- ▶ risulta acquisito (deliberazione del DG dell'Azienda sanitaria n. 28/2008) e attivato il nodo Trentino del *sistema informativo SIVARS*, rispetto al quale si registra, peraltro, che non è stato completato il processo di allineamento dei cd. "codici referto" con quelli della Lombardia e dell'Emilia-Romagna;
- ▶ l'*attività formativa* per il personale amministrativo e per il personale del controllo ufficiale è stata progettata, organizzata e realizzata nei tempi richiesti;

- ▶ la *progettazione del “sistema informativo delle attività ispettive per la sicurezza alimentare”*, (finalizzato a programmare i controlli ufficiali da attivare sul territorio provinciale, integrare e condividere comportamenti, modalità operative dei diversi soggetti che condividono e sono responsabili del controllo ufficiale, garantire la certificazione delle informazioni, rendere disponibili i dati del controllo ufficiale alla PAT), richiesta per giugno 2008, non risulta essere stata realizzata (il documento base non è stato predisposto): al riguardo, il Servizio Organizzazione e qualità delle attività sanitarie ha segnalato (con lettera del 17 ottobre 2008) i contenuti e i macrorequisiti da considerare nella progettazione di detto sistema informativo ispettivo; preso atto che l’Azienda sanitaria ha ritenuto di realizzare l’obiettivo attraverso l’implementazione del sistema informativo gestionale Gedisapu – già in uso in APSS e condiviso dalle Unità operative di Igiene Pubblica e Prevenzione Ambientale e Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria – attraverso l’adeguamento del medesimo con la costruzione del “modulo” ispettivo, si rileva che detto modulo non risulta progettato e attivato, con un sostanziale rinvio all’anno 2009.

OBIETTIVO N. 15 – SERVIZIO TRASPORTO INFERMI – GESTIONE DIRETTA E VOLONTARIATO: INTEGRAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO

Elaborare un progetto di fattibilità teso a individuare le modalità operative per realizzare l’integrazione del sistema informativo dell’attività di trasporto infermi erogata a cura delle associazioni di volontariato con quella svolta direttamente dall’Azienda sanitaria.

L’obiettivo 15, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione dell’attività richiesta – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ risulta elaborato, e trasmesso nei tempi richiesti, il *progetto di fattibilità* che individua le modalità operative per realizzare *l’integrazione del sistema informativo dell’attività di trasporto infermi* erogata a cura delle associazioni di volontariato con quella svolta direttamente dall’Azienda sanitaria;
- ▶ detto progetto di fattibilità – che risulta predisposto con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati e basato sull’acquisizione di specifiche attività (di analisi, implementazione, procedure, configurazione di sistema, formazione e assistenza) fornite dalla ditta Beta 80 attuale fornitrice del sistema informativo della Centrale operativa Trentino Emergenza 118 – *è stato sottoposto alla verifica di rispondenza* (con riferimento alle funzioni gestionali, contabili e di monitoraggio delle attività erogate) e *già testato* (verifica dell’ambiente tecnologico, funzioni di supporto all’utilizzo e funzioni di interfacciamento con i sistemi aziendali) da parte di alcuni operatori su n. 3 postazioni di lavoro (Croce Bianca di Trento e Croce Bianca Rotaliana);

- si evidenzia, nel merito, che il progetto prefigura altresì la *definizione di un piano operativo per l'estensione del nuovo sistema a tutte le Associazioni convenzionate con la PAT per il servizio in argomento e la definizione del sistema di monitoraggio delle attività erogate finalizzato* (mediante sistemi avanzati di business intelligence) *allo svolgimento della funzione di governance a vantaggio della PAT e del soddisfacimento dei debiti informativi verso il livello centrale (Ministero competente).*

TAB. 5.3.1. Obiettivi annuali specifici – Esercizio 2008. Valutazione del grado di conseguimento: quadro di sintesi

	OBIETTIVI ANNUALI SPECIFICI	GRADO DI CONSEGUIMENTO	CAT.	VALORE
1	PROMOZIONE DELLA SALUTE PROFILI DI SALUTE DI COMUNITÀ	CONSEGUITO PIENAMENTE	A	6,00
2	MALATTIE RARE CENTRO PROVINCIALE DI COORDINAMENTO	CONSEGUITO PIENAMENTE	B	4,00
3	ANORESSIA/BULIMIA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
4	LOTTA ALL'ALCOLISMO	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
5	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CURE PALLIATIVE	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
6	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA	CONSEGUITO	B	2,80
7	ASSISTENZA OSTETRICO-NEONATALE PERCORSO NASCITA	CONSEGUITO	A	4,20
8	ASSISTENZA OSPEDALIERA GESTIONE INTEGRATA RICOVERI DI AREA MEDICA	CONSEGUITO PIENAMENTE	B	4,00
9	FARMACIE SUL TERRITORIO INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI /DISTRETTUALI	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
10	TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE GESTIONE E MONITORAGGIO	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
11	ONCOLOGIA TERAPIE TARGETED	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
12	DEFIBRILLAZIONE PRECOCE SUL TERRITORIO	CONSEGUITO PIENAMENTE	B	4,00
13	CARDIOLOGIA RETE TELEMATICA	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
14	SICUREZZA ALIMENTARE CONTROLLI UFFICIALI: SISTEMI INFORMATIVI DI SUPPORTO	CONSEGUITO IN PARTE	A	3,00
15	SERVIZIO TRASPORTO INFERMI GESTIONE DIRETTA E VOLONTARIATO: INTEGRAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,00
		PUNTEGGIO TOTALE		44,00

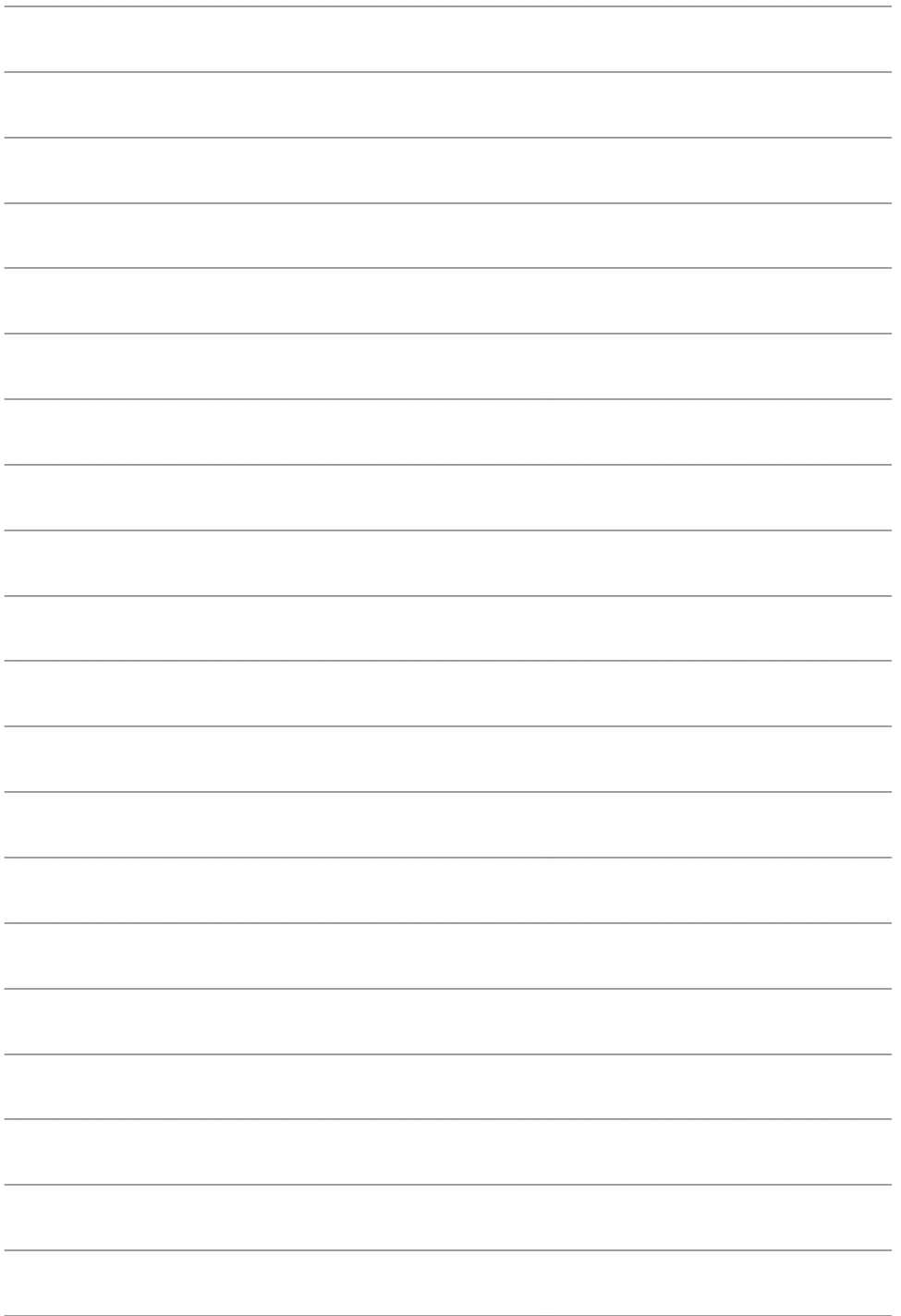
In relazione all'individuazione della misura del compenso aggiuntivo per l'anno 2008 da corrispondersi in favore del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, la Giunta provinciale ha ribadito che – in forza di quanto stabilito con propria deliberazione n. 2084/2004 – il giudizio complessivo finale è articolato in modo da “[...] assegnare al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali specifici, definito attraverso istruttoria tecnica, un peso percentuale che incide – nella valutazione finale complessiva – nella misura massima del 50%, riservando conseguentemente la rimanente quota di valutazione pari al 50% e il giudizio finale alla Giunta provinciale che assumerà allo scopo i seguenti ulteriori ambiti di valutazione:

- il grado di attuazione delle linee di sviluppo strategico del Servizio sanitario provinciale, come individuate nei documenti di programmazione sanitaria provinciale;
- l'andamento della gestione del Servizio sanitario provinciale;
- la funzionalità organizzativa dei servizi sanitari e la loro rispondenza ai principi di efficacia ed efficienza;
- il rispetto dei vincoli di bilancio, esaminati in sede di approvazione del Bilancio di esercizio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per l'anno di riferimento [...]”.

Su questa base, la Giunta provinciale⁹⁰ ha deliberato di erogare il *compenso aggiuntivo*⁹¹ riconosciuto al Direttore generale dell'Azienda sanitaria relativamente all'anno 2008, *nella misura proporzionale pari al 72% della quota prestabilita* (assegnando 44,00 punti in base all'istruttoria tecnica e 28,00 punti relativamente agli altri ambiti di valutazione).

⁹⁰ Con deliberazione n. 2604 del 30 ottobre 2009.

⁹¹ Previsto per le finalità di cui all'art. 3, comma 2, dello schema di contratto d'opera intellettuale del Direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (deliberazioni n. 7891/1999 e n. 3692/2001, concernenti la determinazione dei contenuti di detto contratto di lavoro e, rispettivamente, la modificazione degli stessi).



Stampato per conto della Casa editrice Provincia Autonoma di Trento
da Litografia EFFE e ERRE – Trento

