



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute
e Politiche sociali

infosalute 10

La sanità trentina

Sintesi della Relazione sullo stato
del Servizio Sanitario Provinciale
Anno 2009 (dati 2008)



infosalute 10

La sanità trentina

Sintesi della Relazione sullo stato
del Servizio Sanitario Provinciale
Anno 2009 (dati 2008)

Edizioni
Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Politiche sociali

Trento, 2010

infosalute 10

La sanità trentina

*Sintesi della Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Provinciale
Anno 2009 (dati 2008)*

A cura di Giulio Panizza e Mario Querin

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 “Relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, sullo stato di salute della popolazione e sullo stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale” - prevista dalla legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 recante la disciplina del servizio sanitario provinciale, all'articolo 10 - si pone l'intento di rappresentare, con cadenza annuale, la fisionomia ed il processo evolutivo del Servizio sanitario provinciale.

Presenta e valuta la situazione sanitaria provinciale, anche con riferimenti allo scenario italiano ed europeo, focalizzando l'attenzione su:

- ▶ stato di salute della popolazione trentina;
- ▶ 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);
- ▶ finanziamento e spesa sanitaria;
- ▶ stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale (descrivendo i principali interventi realizzati per il mantenimento e per lo sviluppo del Servizio sanitario provinciale).

Oltre ad adempiere a un impegno istituzionale, la Relazione si pone come un utile strumento di conoscenza del Servizio sanitario provinciale e, più in generale, del profilo sanitario della realtà trentina, ai quali l'Amministrazione provinciale riconosce primaria importanza e dedica particolare e continuativo impegno.

Allo scopo di favorire la fruizione più ampia possibile delle informazioni contenute nella Relazione, ritengo utile affiancare alla versione integrale (destinata, in particolare, alle componenti istituzionali e tecniche) questa versione sintetica.

Ugo Rossi
*Assessore alla Salute
e Politiche sociali*

Indice

Il quadro di riferimento: la popolazione	9
Piramide delle età	9
Tasso di natalità	10
Tasso di fecondità totale	10
Tasso di mortalità	11
Tasso naturale	11
Tasso migratorio	12
Gli indicatori dello stato di salute	14
Speranza di vita alla nascita	14
Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	15
Mortalità infantile	16
Le patologie principali	17
Malattie del sistema circolatorio	17
Tumori	18
Malattie dell'apparato respiratorio	20
Malattie dell'apparato digerente	21
Traumatismi e avvelenamenti	21
Salute mentale	21
Disabilità	22
Tossicodipendenze	23
Alcolismo	24
Incidenti domestici	24
Incidenti stradali	25
Infortuni sul lavoro e malattie professionali	25
L'approccio "salute - stagioni della vita"	26
Il Servizio Sanitario Provinciale: struttura, organizzazione e spesa	30
L'assetto istituzionale e organizzativo	30
I livelli di assistenza sanitaria	31
L'offerta sanitaria	33
<i>Primo livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro</i>	33
<i>Secondo livello: Assistenza distrettuale</i>	35
<i>Terzo livello: Assistenza ospedaliera</i>	41
La mobilità sanitaria interregionale	47
La spesa sanitaria di parte corrente	49
La spesa sanitaria di parte capitale	54
Gli obiettivi specifici di miglioramento assegnati all'APSS per l'anno 2008	56

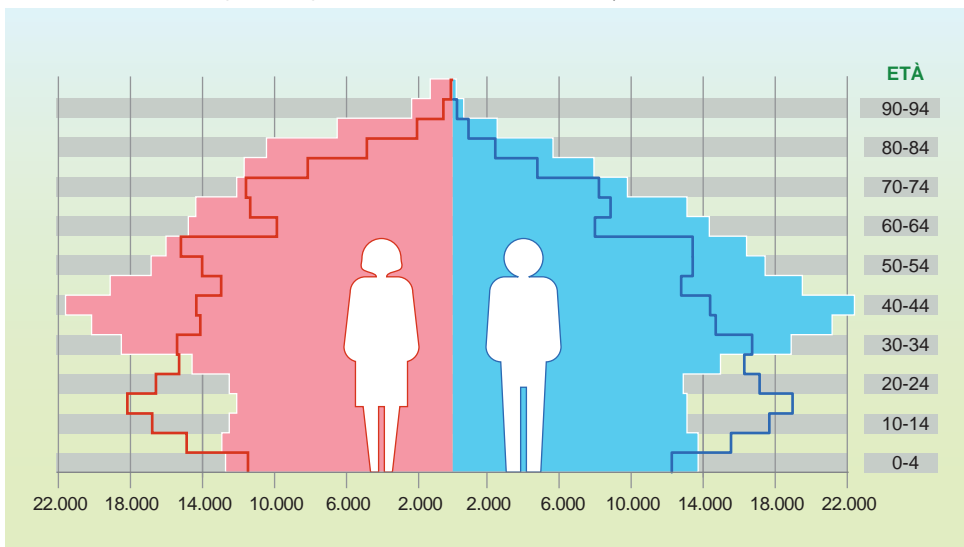
Il quadro di riferimento: la popolazione

Il cambiamento demografico attualmente in corso è destinato a influire marcatamente anche nel settore sanitario, poiché alle diverse stagioni di vita si associano profili di salute e bisogni sanitari e d'assistenza profondamente differenti. Per questo è importante conoscere come la popolazione si distribuisce nelle diverse classi di età. La situazione del 2008 conferma le tendenze registrate negli anni precedenti, con una percentuale di anziani (sopra i 65 anni) che supera quella dei giovani (0-19 anni).

Nella **piramide delle età** (Grafico 1) 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.

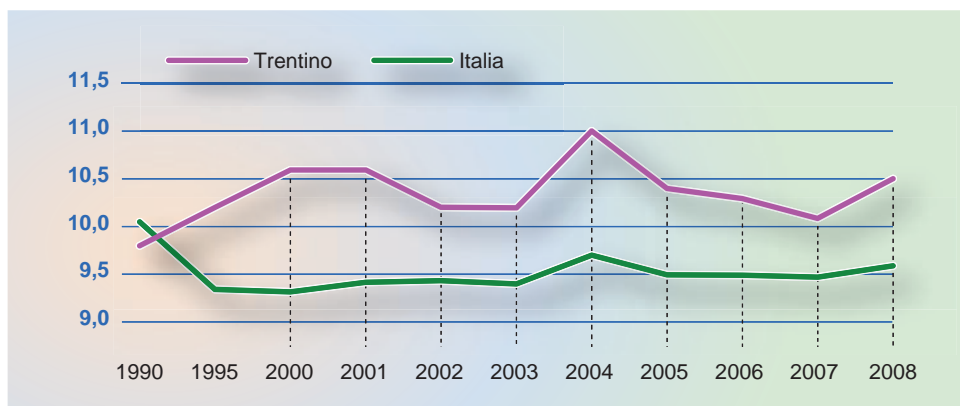
La tendenza a una diminuzione dei giovani si accompagna a un aumento delle classi d'età che partono dai 30 anni, in particolare degli anziani: quasi il 20% della popolazione trentina ha un'età superiore ai 65 anni. In Trentino, nel 2008, i "grandi vecchi" (cioè le persone che hanno superato i 75 anni) sono 49.660 (38.147 femmine e 11.513 maschi). I "grandi vecchi" sono la quota di popolazione più esposta al rischio di malattie invalidanti e di morte e, quindi, un importante parametro del volume e della qualità di assistenza sanitaria (e sociale) da garantire.

- 1 • Piramide delle età - Trentino: Aree colorate: anno 2008 (le aree descritte dai profili documentano la situazione demografica registrata nel censimento del 1981)



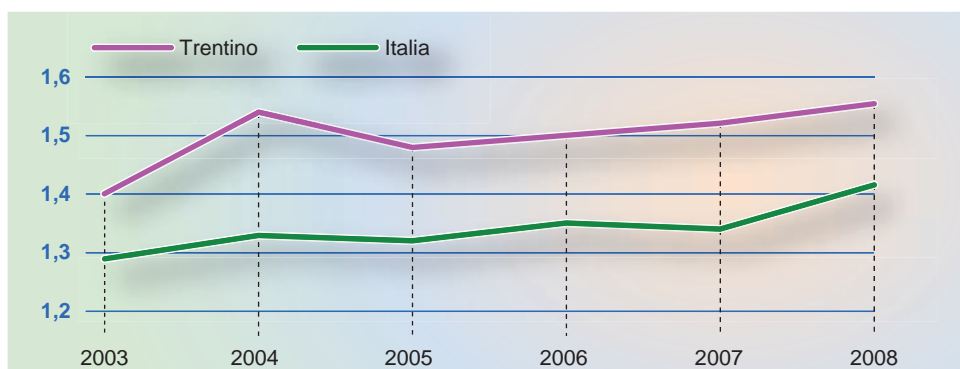
Il **tasso di natalità** (Grafico 2) è il rapporto tra numero dei nati vivi e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000. Nel 2008 sono nati, nei presidi ospedalieri trentini 5.169 bambini, a cui si aggiungono i 16 nati a domicilio, gli 8 parti precipitosi avvenuti al di fuori 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.

2 • Tasso di natalità - Trend 1990-2008. Confronto Trentino e Italia



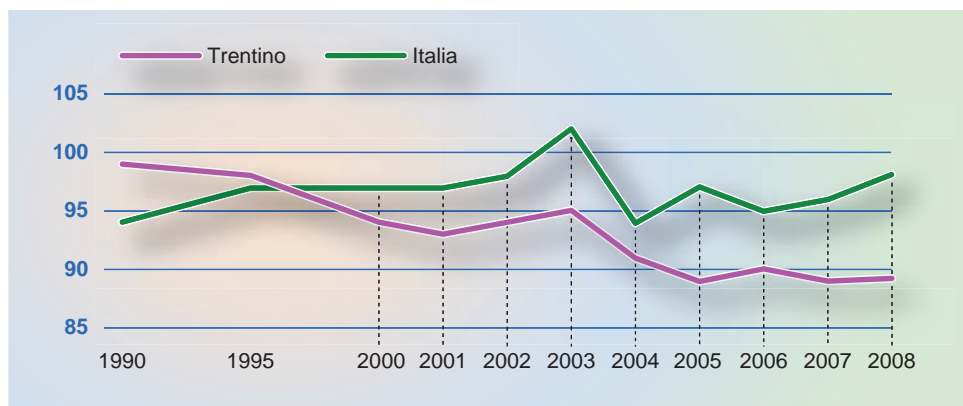
Il **tasso di fecondità totale**, o *numero medio di figli per donna* (Grafico 3) è dato dal rapporto tra il numero di nati vivi e l'ammontare medio annuo della popolazione femminile residente in età feconda (15-49 anni). Nel 2008 il Trentino per il tasso di fecondità totale (stimato in 1,52 figli per ogni donna in età feconda) si colloca al 2° posto in Italia (il valore nazionale è pari a 1,40). Al primo posto l'Alto Adige (1,60); all'ultimo posto la Sardegna (1,06). Va ricordato che il valore necessario al "ricambio generazionale" è pari a 2,1 figli per donna.

3 • Tasso di fecondità totale - Trend 1990-2008. Confronto Trentino e Italia



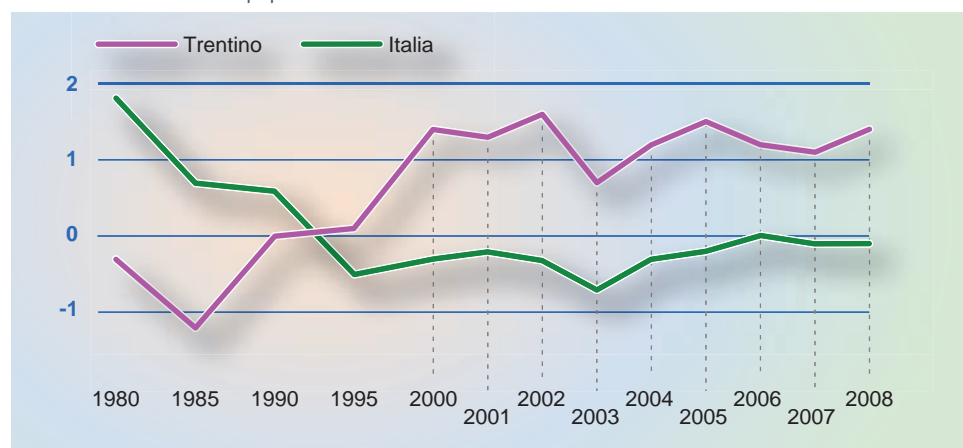
Il **tasso di mortalità** (Grafico 4) indica il numero di decessi ogni 10.000 abitanti. Per il Trentino, il tasso (nel 2008: 89,2 decessi ogni 10.000 residenti) è da tempo sensibilmente più basso della media nazionale (nel 2008, in Italia: 98 decessi ogni 10.000 residenti). Nel 2008 in Trentino sono stati registrati 4.609 decessi di persone residenti (2.199 maschi e 2.410 femmine). Nel confronto con le altre regioni italiane, il Trentino per il 2008 si colloca al 18° posto; al primo posto la Liguria (134 decessi ogni 10.000 abitanti); all'ultimo posto la Provincia Autonoma di Bolzano (78 decessi ogni 10.000 abitanti).

4 • Tasso di mortalità - Trend 1990-2008. Confronto Trentino e Italia



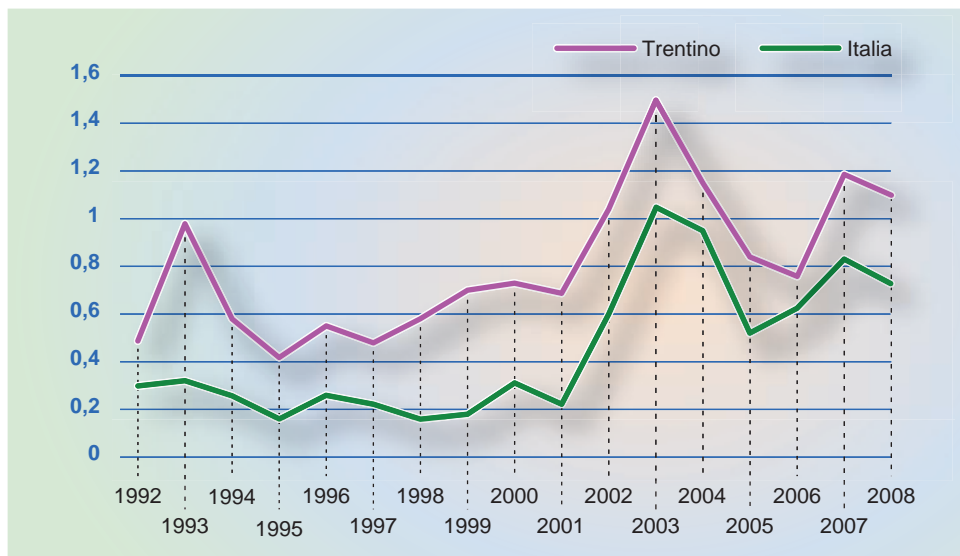
Il **tasso naturale** (Grafico 5) indica l'incremento o decremento percentuale della popolazione a fine anno, determinato dalla differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità. In Trentino, il tasso è in tendenziale crescita.

5 • Tasso naturale della popolazione - Trend 1990-2008. Confronto Trentino e Italia



Il **tasso migratorio** (Grafico 6) indica l'incremento o il decremento percentuale della popolazione determinato dal movimento migratorio e rapporta il saldo migratorio (nel 2008: 6.062) alla popolazione residente a fine anno (nel 2008: 519.800).

6 • Tasso migratorio - Trend 1990-2008. Confronto Trentino e Italia



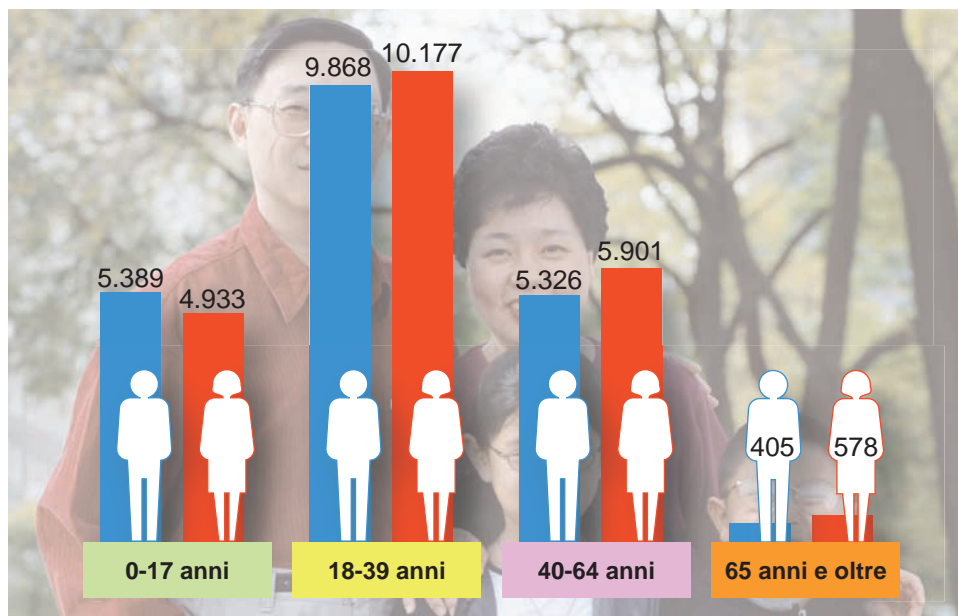
Il quadro demografico ha ripreso, dalla metà degli anni '90 a manifestare un aumento del saldo naturale che è andato ad associarsi all'aumento costante del saldo migratorio. Ma nel 2003 il saldo naturale ha mostrato una secca flessione (la prima dopo circa un decennio) riducendosi a meno della metà e riprendendo quota solo 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*. 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 (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 (Grafico 7). 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.

7 • Composizione della popolazione straniera residente in Trentino, per genere e per età - Anno 2008



Gli indicatori dello stato di salute

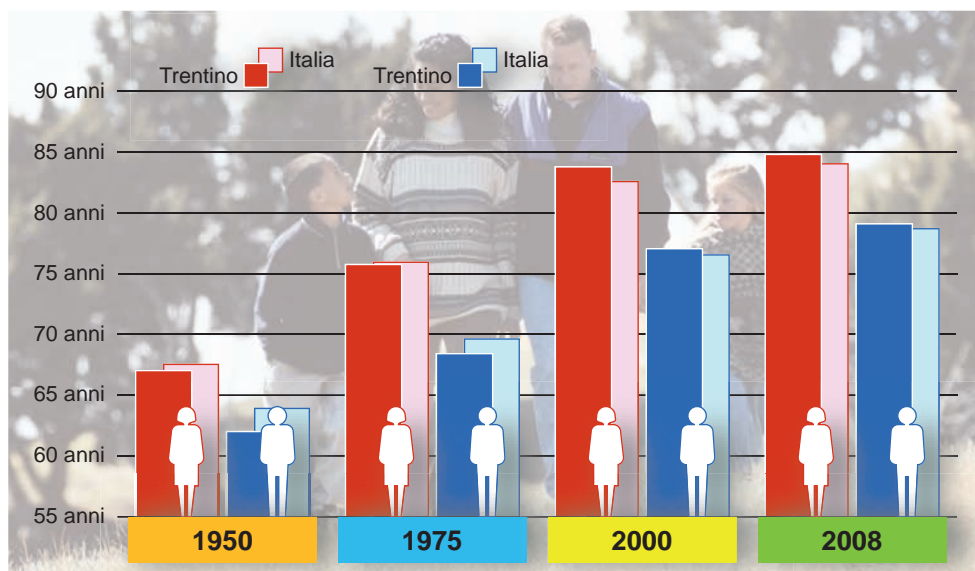
La “dimensione salute” – vista la sua complessità, determinata da fattori di varia natura e non tutti definibili con precisione: cause di natura biologica, ambientale in senso lato e culturale, stato quantitativo e qualitativo dell’offerta sanitaria, ecc. – è difficilmente misurabile. Sono comunque disponibili indicatori che, assieme ad altri elementi, consentono di “fotografare” le condizioni di salute di una specifica popolazione. Gli indicatori cosiddetti “tradizionali” sono la speranza di vita alla nascita, la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni e la mortalità infantile.

Speranza di vita alla nascita

La speranza di vita alla nascita (o *vita media*) 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 (assieme all’indice di mortalità infantile) rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione e quindi, oltre a rappresentare un indice demografico, è utile per valutare lo stato di sviluppo di una popolazione.

La durata media della vita in Italia è tra le più lunghe in Europa: al secondo posto per i maschi, con 78,6 anni (al primo posto si colloca la Svezia con 79 anni) e al terzo posto per le femmine, con 84 anni (al primo posto è la Francia con 84,4 anni, al secondo la Spagna con 84,3 anni). Tra le situazioni regionali italiane, il Trentino si colloca al terzo posto per i maschi (79,1 anni – al primo posto le

8 • Speranza di vita alla nascita - Evoluzione anni 1950-2008, in Italia e in Trentino, per genere



Marche con 79,6 anni, al secondo la Toscana con 79,3 anni) e al terzo posto per le femmine (84,8 anni – al primo posto la Provincia di Bolzano con 85,1 anni, al secondo le Marche con 84,9 anni).

È da rilevare che nel corso di poco più di mezzo secolo, 1950-2008 (Grafico 8), 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).

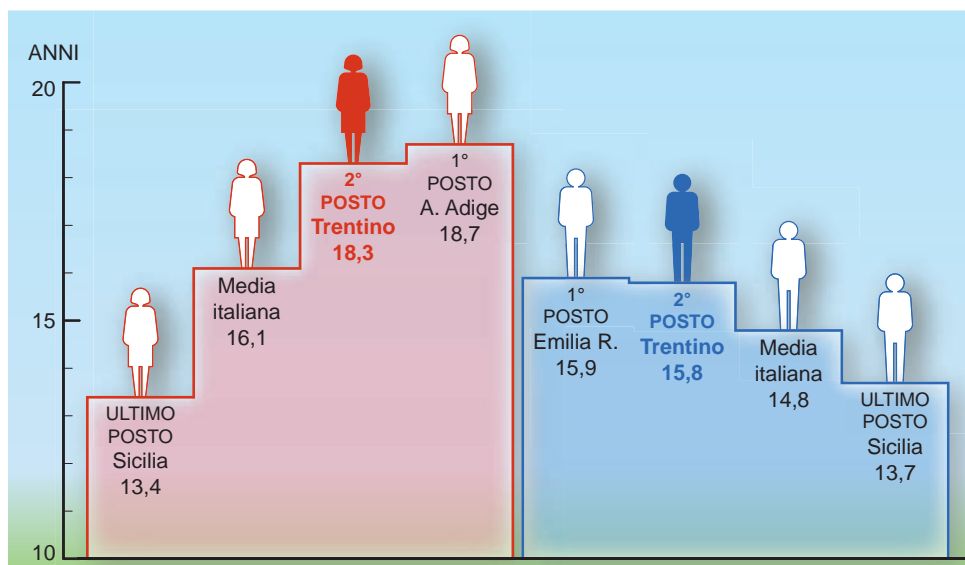
Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni

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. È un indicatore di "speranza di salute" che combina informazioni sulla mortalità per età e sulla permanenza della popolazione di una classe d'età specifica in condizioni di buona e cattiva salute (la condizione di buona salute si definisce come assenza di limitazioni all'attività).

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 buona salute. In tal senso, quest'indicatore è anche pertinente per misurare lo stato di salute della popolazione anziana.

Nel Grafico 9 è riportata la posizione del Trentino nell'ultima graduatoria nazionale disponibile (anno 2006) rispetto alle altre Regioni.

9 • Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni - Graduatoria italiana 2006



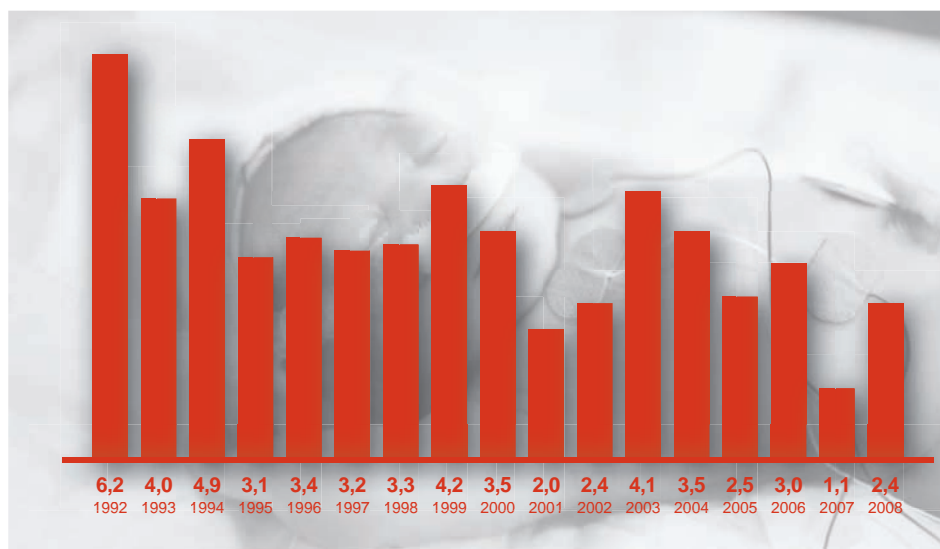
Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile indica il numero di nati vivi deceduti entro il primo anno ogni 1.000 nati vivi. In pratica, esprime la probabilità di un neonato di morire nel corso del primo anno di vita (Grafico 10).

Con riferimento a questo fenomeno – uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili – il Trentino, con un tasso di mortalità infantile pari a 2,4 si colloca al minimo livello di incidenza non solo con riferimento alla situazione italiana (4,5) ma anche in confronto con le migliori situazioni europee (Svezia: 2,75 deceduti 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. Nel 2008, la mortalità neonatale (entro il 1° mese di vita) costituisce il 67% dei decessi infantili.

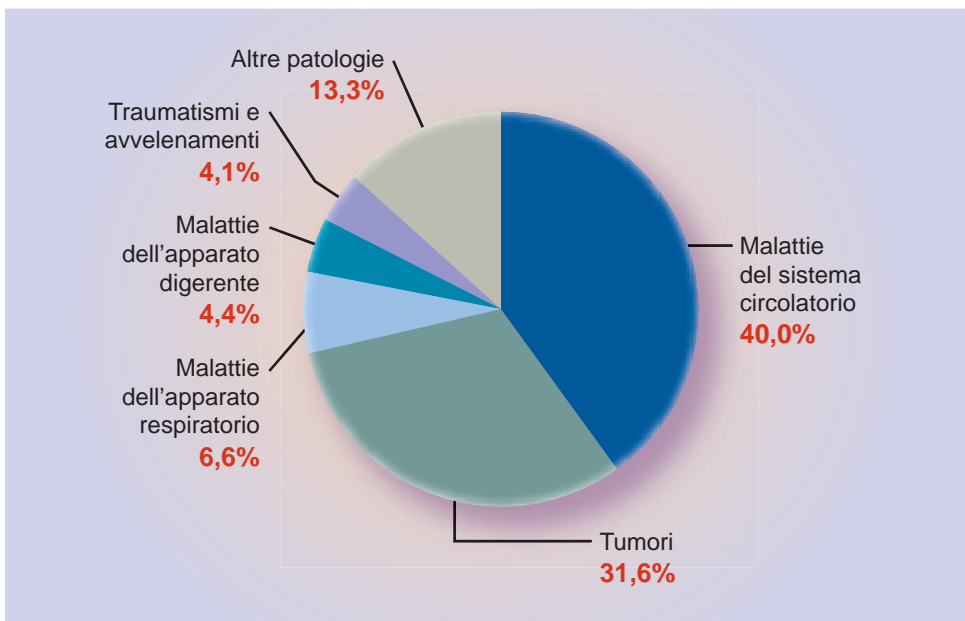
10 • Mortalità infantile in Trentino – Anni 1992-2008



Le patologie principali

Un altro approfondimento dell'analisi dello stato di salute della popolazione trentina deriva dalla descrizione delle caratteristiche dei singoli complessi patologici presenti nel nostro ambito. È importante analizzare, per ogni patologia considerata, gli aspetti inerenti all'eventuale *differenziazione* rispetto all'area più vasta di riferimento (Nord Est e/o Italia) e il *trend specifico* (2000-2008) delle patologie e dei problemi di salute prioritari: le informazioni che ne possono derivare possono costituire la base per più approfonditi studi sull'individuazione delle cause e per la successiva messa a punto di misure programmatiche e di prevenzione specificamente mirate. Prima di passare all'esame delle singole patologie, un primo sguardo d'insieme è presentato nel Grafico 11, che riporta le percentuali di decessi in Trentino attribuibili, nel 2008, ai diversi complessi patologici.

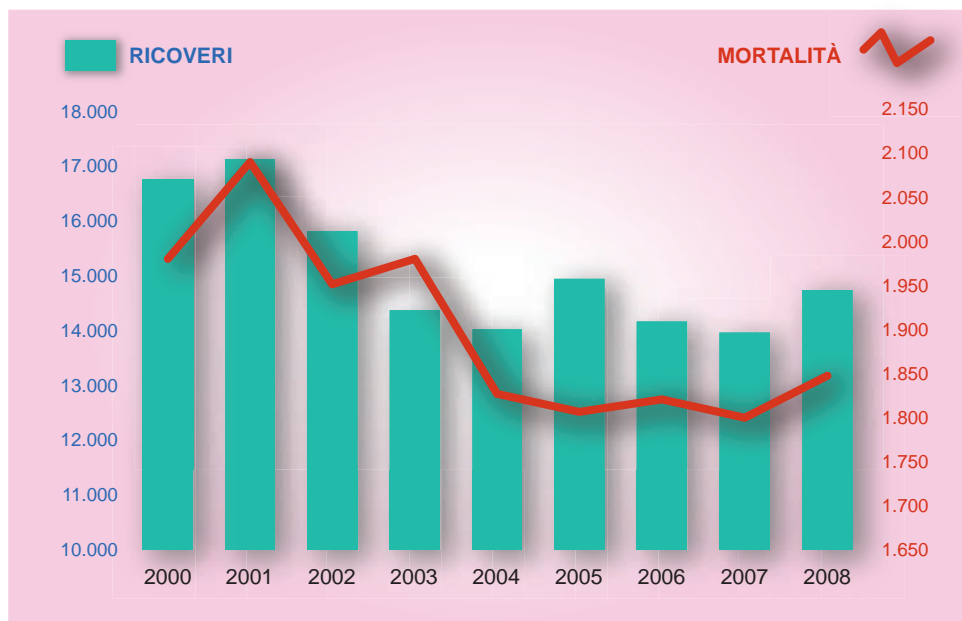
11 • Trentino. Anno 2008 - Decessi totali (4.609) - Percentuale per patologia



Malattie del sistema circolatorio

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 40,0% del totale dei decessi (4.609, di cui 2.199 maschi e 2.410 femmine) che si sono registrati nel 2008. Il dato italiano disponibile (riferito al 2007) è pari a 39,2%. In Trentino, dei 1.845 decessi dovuti a questa causa nel 2008, 1.069 riguardano le femmine e 776 i maschi; 1.578 si rife-

12 • Malattie del sistema circolatorio – Andamento 2000-2008



riscono a persone di età superiore ai 75 anni. Il Grafico 12 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.

Tumori

A questo gruppo è attribuibile il 31,6% dei decessi del 2008 (in Italia, nel 2007, sono stati il 30,2%). Dei 1.456 decessi dovuti a questa causa nel 2008 in Trentino, 658 riguardano le femmine e 798 i maschi; 821 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 13 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Nel 2008 si è osservata una lieve diminuzione della mortalità per tumore, che decresce dal 2006. Il numero di ricoveri ospedalieri dovuti a questa patologia diminuisce sensibilmente (7.025 ricoveri nel 2008).

Grazie ai progressi diagnostico-terapeutici e tecnologici, i tumori sono 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, 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 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) e lo "Screening del carcinoma del collo dell'utero mediante Pap-test" (dal 1993); a partire dal 2007 è stato attivato 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.

In Trentino sono diagnosticati in media ogni anno 6,6 nuovi casi di *tumore al collo dell'utero*/100.000 donne (incidenza inferiore rispetto al dato medio nazionale). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è attorno al 60%. Il Pap-test effettuato 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.

13 • Tumori – Andamento 2000-2008



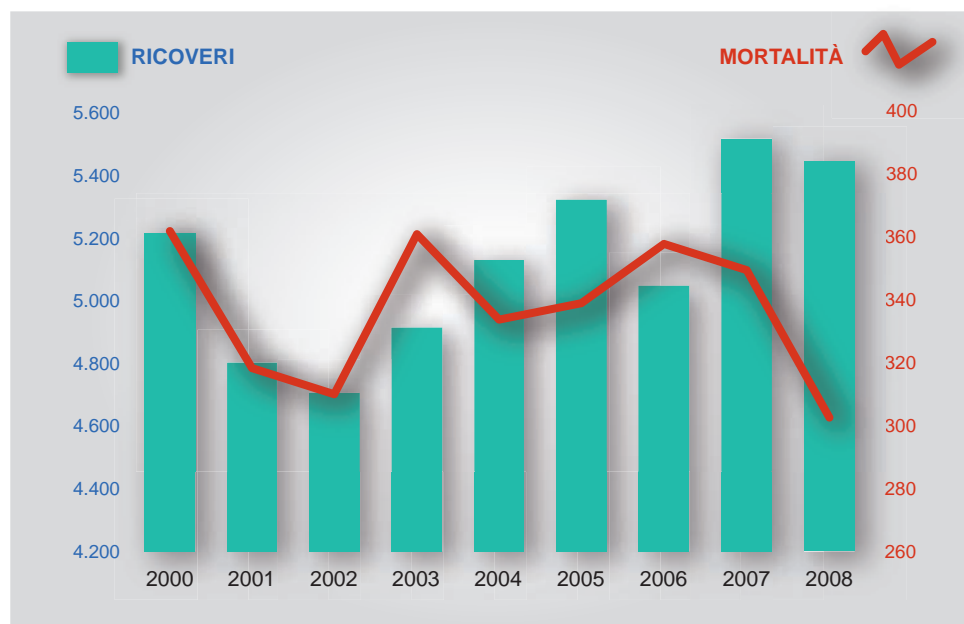
In Trentino il *cancro alla mammella* è la neoplasia più frequente nelle donne, rappresentando circa un quarto dei casi totali. La sopravvivenza a 5 anni è dell'80% circa, valore essenzialmente analogo al dato medio italiano. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre significativamente la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni.

Nel 2007 si sono registrati 168 decessi per *neoplasie del colon retto* (pari al 4% circa di tutte le cause di morte). 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.

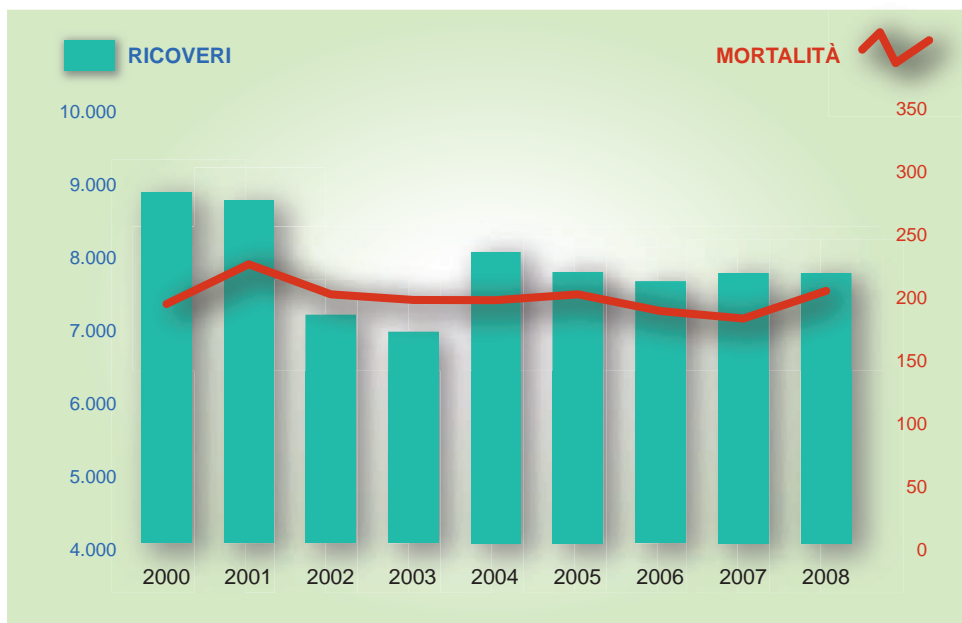
Malattie dell'apparato respiratorio

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 6,6% dei decessi del 2008. Dei 302 decessi dovuti a questa causa nel 2008 in Trentino, 150 riguardano le femmine e 152 i maschi; 261 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni. Il Grafico 14 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 sui valore dell'anno precedente.

14 • Malattie dell'apparato respiratorio – Andamento 2000-2008



15 • Malattie dell'apparato digerente – Andamento 2000-2008



Malattie dell'apparato digerente

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 4,4% dei decessi del 2008. Dei 204 decessi dovuti a questa causa nel 2008 in Trentino, 99 riguardano le femmine e 105 i maschi; 130 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 15 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.

Traumatismi e avvelenamenti

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 4,1% dei decessi del 2008. Dei 187 decessi dovuti a questa causa nel 2008 in Trentino, 60 riguardano le femmine e 127 i maschi; 81 si riferiscono a persone di età superiore ai 75 anni.

Salute mentale

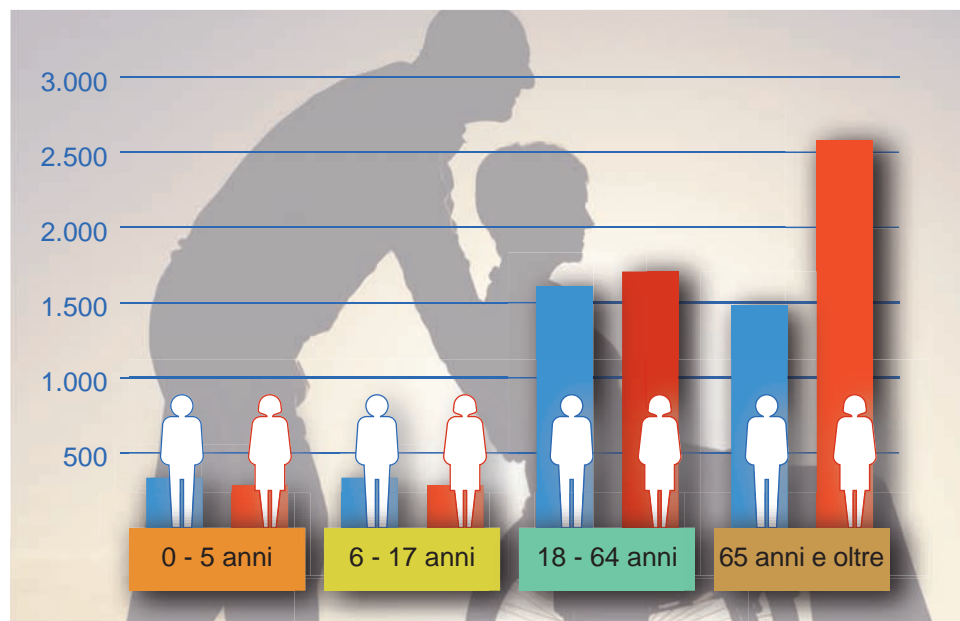
Si stima che poco più del 20% della popolazione (europea e italiana) soffra in varia misura di situazioni di disagio psichico e/o di disturbi mentali di diversa natura ed entità: l'1,25% di queste persone è in trattamento presso i servizi sanitari competenti. I *trattamenti sanitari obbligatori* (TSO),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

ospedaliera, nel 2008 sono stati 52, di cui 30 femmine e 22 maschi; 48 (92,3%) sono relativi a residenti in provincia di Trento. I ricoveri dei residenti in Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (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. Chiara 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 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).

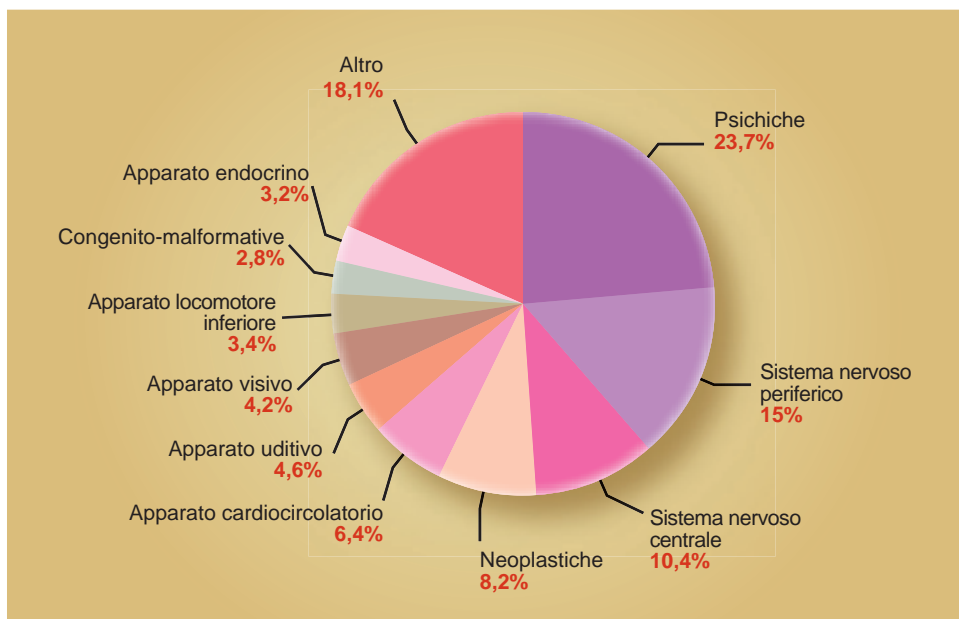
Disabilità

Si stima che in Italia il 4,8% della popolazione oltre i 6 anni d'età che vive in famiglia (circa 2.800.000 persone) sia affetto da disabilità grave; se si considerano anche le persone 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). In provincia di Trento è disponibile una *Anagrafe dell'handicap* che ha registrato, nell'arco temporale 1992-2008, 8.657 persone, che hanno presentato

16 • Anagrafe Handicap: soggetti notificati 1992-2008



17 • Anagrafe Handicap: malattie all'origine dell'handicap nei soggetti notificati 1992-2008



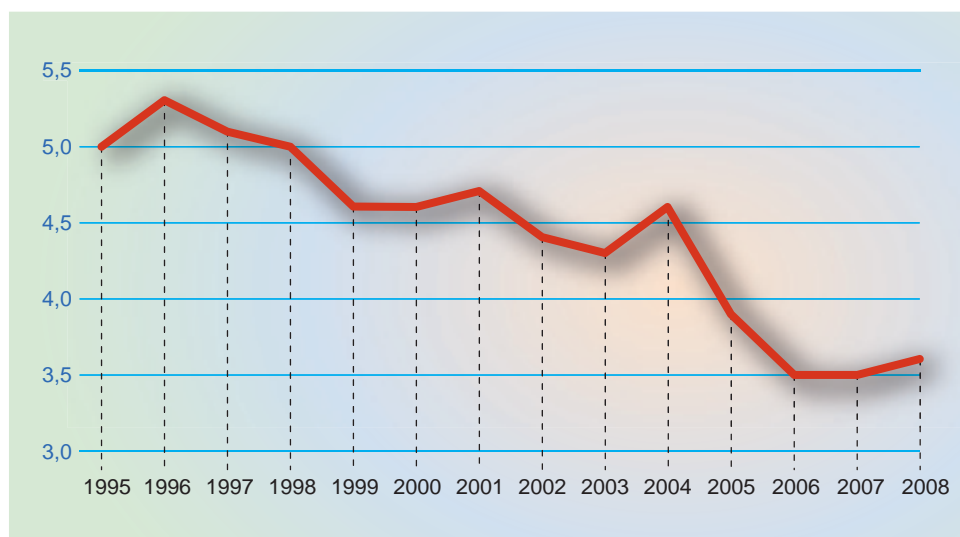
10.715 domande finalizzate a usufruire dei benefici previsti dalla legge quadro in materia di handicap (Grafico 16). Nel Grafico 17 è rappresentata la distribuzione percentuale delle malattie all'origine dell'handicap (settore nosologico).

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 (2,5%) è più diffuso in Trentino che nel territorio nazionale (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 giovani. Complessivamente per l'anno 2008 si stimano circa 1.900 *utilizzatori problematici* residenti nel territorio della Provincia di Trento, corrispondenti a circa 5,6 soggetti ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni (il dato medio nazionale è 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 2008 si sono registrati complessivamente 97 ricoveri; si è registrato 1 solo decesso per overdose.

18 • Trentino - Percentuale di mortalità attribuibile al consumo di alcol (Stima Perrin). Trend 1995-2008



Alcolismo

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. Nel 2008 sono stati registrati complessivamente 758 *accessi al Pronto Soccorso* per problemi alcol-correlati (552 maschi e 206 femmine; età media 43 anni; 17 casi di minori di 15 anni); nel 15% dei casi a tale accesso è seguito il ricovero del paziente.

I *ricoveri in ospedale* per problemi alcolcorrelati sono stati 1.278 (77% maschi), di cui 1.089 di residenti, con una degenza media di 14 giorni e un consumo di 18.220 giornate di degenza ospedaliera.

Secondo la Stima Perrin, circa il 3,6% dei decessi in Trentino nel 2008 è attribuibile all'alcol (Grafico 18); 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.

Incidenti domestici

Nel 2008 si registrano 8.031 *accessi al Pronto Soccorso* dovuti a incidente domestico. Presso il punto di Pronto Soccorso di Borgo Valsugana si registra, nel 2008, il 21,7% di tutti gli accessi per incidente domestico dei Pronto Soccorso della provincia. Il 48% del totale degli accessi riguarda le donne. Nel corso del 2008 si sono registrati 634 *ricoveri ospedalieri*. Il 92,3% dei ricoveri riguarda residenti in provincia di Trento; il 70% dei ricoveri riguarda il sesso femminile; il 74,4% dei casi riguarda soggetti sopra i 65 anni di età. Nel 2008, per questa causa, sono stati registrati 40 *decessi* (18 maschi, 22 femmine).

Incidenti stradali

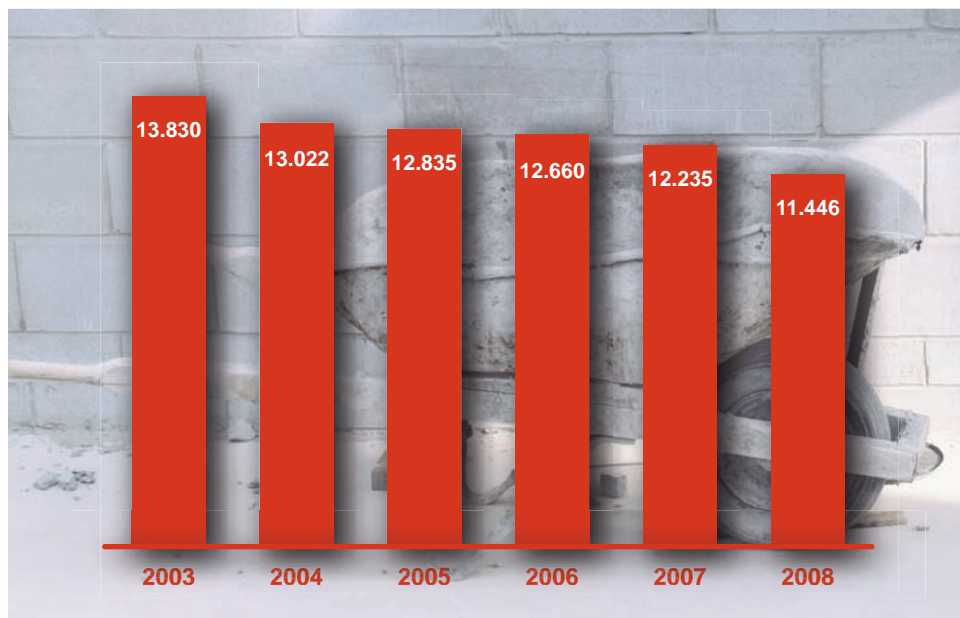
Pur interessando tutte le età, gli incidenti stradali rappresentano una delle tre principali cause di morte nella fascia 5-44 anni e la 1^a causa tra i 15-29 anni. Nel 2008 ci sono stati in Trentino 1.811 *incidenti con feriti* (con 2.481 feriti e 33 deceduti): 67,5% per scontro tra veicoli in movimento, 32,5% per scontro tra veicolo in movimento e ostacolo.

Gli *accessi al Pronto Soccorso* registrati per incidente stradale nel 2008 sono stati 7.828, in 388 casi è seguito il ricovero. I *ricoveri ospedalieri* attribuibili a incidente stradale sono stati complessivamente 629.

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. Il Grafico 19 descrive l'andamento degli infortuni denunciati all'INAIL nel periodo 2003-2008. Il *numero degli infortuni denunciati* è in continua decrescita: 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). Il settore in cui si è osservato il maggior numero d'infortuni mortali (9 nel 2008) è quello delle costruzioni,

19 • Trentino - Infortuni denunciati all'INAIL. Trend 2003-2008



seguito dall'agricoltura, dal settore meccanico e metallurgico e da quello dei trasporti e dei lavori forestali.

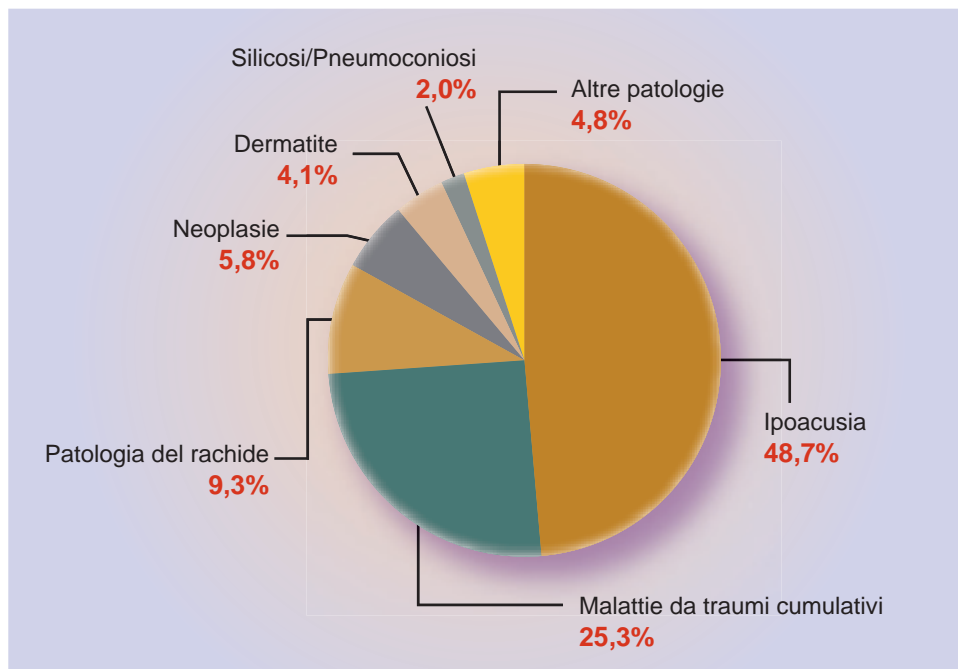
Tra le *modalità di accadimento*, quelle dovute a caduta dall'alto e quelle legate ad automezzi, macchine operatrici o trattori agricoli determinano più della metà dei casi registrati nel decennio. Gli infortuni mortali per caduta dall'alto sono il 38% in edilizia e il 24% in agricoltura. In agricoltura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

Rilevare i casi e le tipologie delle *malattie professionali* più gravi è importante al fine di predisporre un'adeguata assistenza e 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.

Le ipoacusie/sordità da rumore e le malattie delle articolazioni si confermano condizioni patologiche prevalenti (Grafico 20).

20 • Trentino - Segnalazioni di malattia professionale. Tipologie più frequenti nel periodo 2004-2008



L'approccio "salute – stagioni della vita"

Nel concludere questa veloce panoramica sullo stato di salute della popolazione della provincia di Trento, adottiamo ora la prospettiva nota come "stagioni del ciclo biologico di vita". Con questo approccio, la salute dei trentini è 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, con riferimento all'anno 2008, le cause e l'entità sia della mortalità che dei ricoveri ospedalieri. 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.

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.

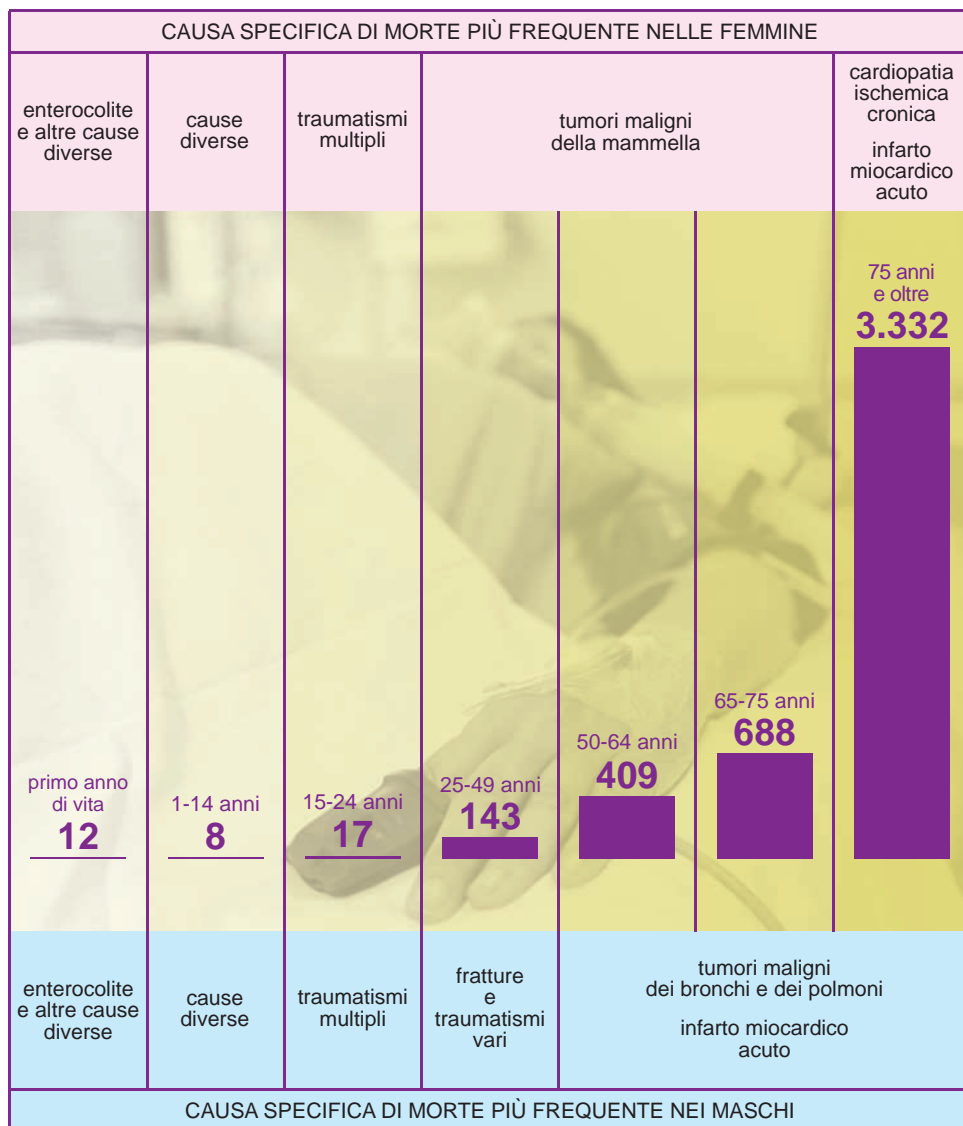
Il Grafico 21 propone un confronto dei sette gruppi di popolazione rispetto all'andamento dei decessi nel 2008 (totale dei decessi: 4.609), evidenziando le peculiarità attese per classe di età e per genere sia con riguardo alla frequenza dei decessi che in ordine alla principale causa di morte.

Nel Grafico 22 è illustrato l'andamento dei ricoveri ospedalieri nel corso del 2008 (totale dei ricoveri: 92.647) con le peculiarità in termini di ricorso all'ospedalizzazione in determinati periodi della vita e per genere.

A questo riguardo, va notata un'elevata e crescente ospedalizzazione nel primo anno di vita attribuibile, da un lato all'aumento della complessità 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.

I tassi di ospedalizzazione maschili risultano sempre più elevati rispetto a quelli femminili, eccettuata la fascia di età che corrisponde alla fecondità femminile.

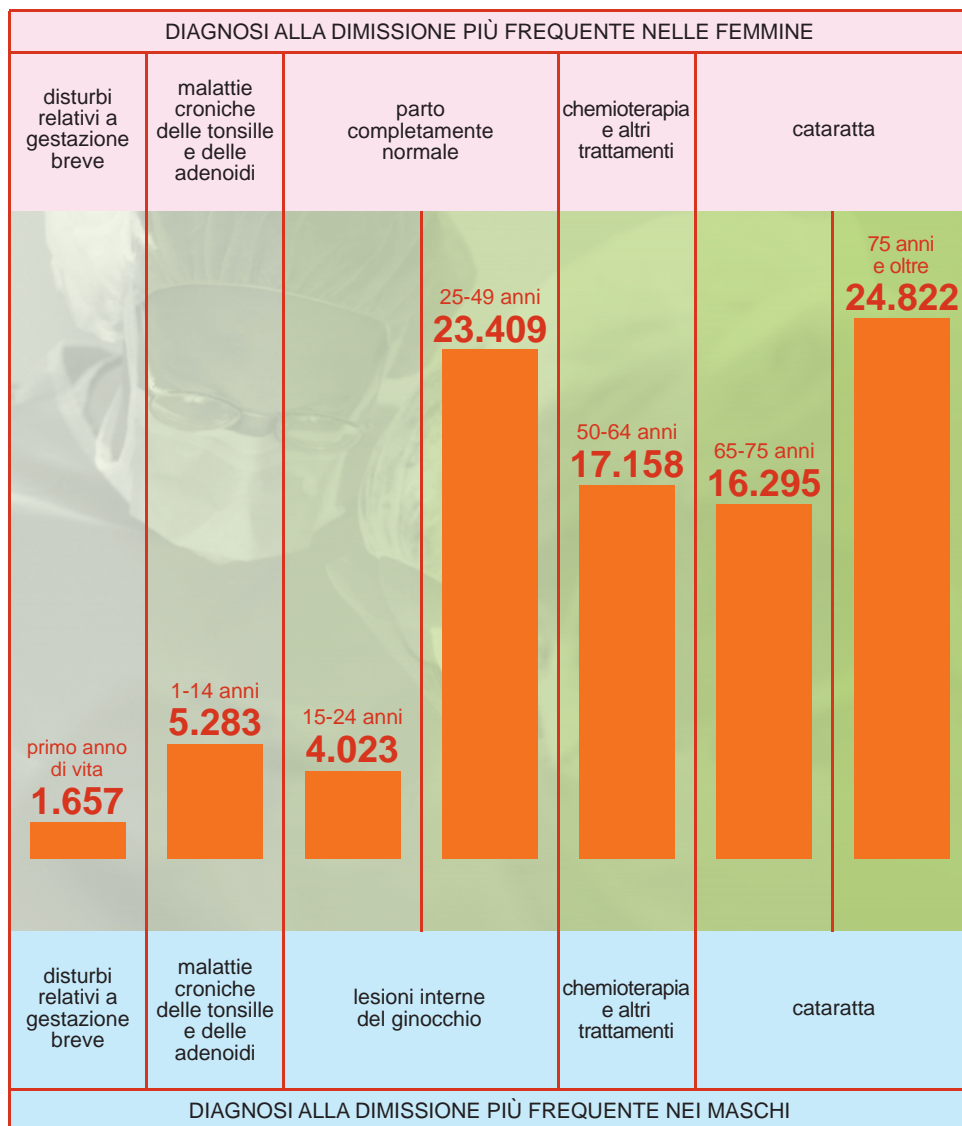
21 • Trentino - Decessi nell'anno 2008 (totale: 4.609)



Nel 2008, si registra una sostanziale stabilità nei ricoveri nei maschi dai 7 a 50 anni e un ricorso al ricovero ospedaliero a partire dai 50 anni di età, elevato ma stabilizzato.

In definitiva, 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.

22 • Trentino - Ricoveri ospedalieri nell'anno 2008 (totale: 92.647)



Il Servizio Sanitario Provinciale: struttura, organizzazione e spesa

L'assetto istituzionale e organizzativo

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 23.

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* assegnate dalla legge.

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).

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari si articola in 13 distretti (Grafico 24), i cui ambiti territoriali coincidono con la suddivisione amministrativa degli 11

23 • Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale





Comprensori, ad 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”.

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 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 all’efficacia delle prestazioni e l’appropriatezza clinica, organizzativa e relazionale.

Nell'ambito della sanità italiana, la più recente normativa ha sancito che il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dalla legge n. 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) come ambiti di attività ritenuti essenziali per i cittadini e che, per questa ragione, devono essere garantiti a tutti senza distinzioni. La "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" classifica i LEA in macroaree (collettiva, distrettuale e ospedaliera) ed esclude totalmente o parzialmente una parte di prestazioni in quanto:

- a. non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del servizio sanitario nazionale;
- b. non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- c. in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

In questo quadro generale di riferimento, la Giunta provinciale ha definito i livelli d'assistenza sanitaria del Servizio Sanitario Provinciale individuando, in particolare:

- a. i *livelli essenziali di assistenza*, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale;
- b. i *livelli aggiuntivi di assistenza*, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti in provincia di Trento;
- c. *ulteriori prestazioni sanitarie aggiuntive* ai sensi di quanto disposto all'articolo dalla legge provinciale 10/1998, in base alla 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.

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" dei livelli stessi nell'ottica di rispondere in maniera continuativa ai principi di efficacia e appropriatezza delle prestazioni e di sostenibilità del sistema.

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*

2° LIVELLO – *Assistenza distrettuale*

3° LIVELLO – *Assistenza ospedaliera*

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.

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 (pari al 3,09% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008).

► Promozione ed educazione alla salute

L'approccio della "promozione della salute" coinvolge tutte le politiche (settori della Pubblica amministrazione, enti locali, cittadini, operatori privati e associazioni) in funzione della salute; si fonda sul coordinamento e sull'integrazione di attività diverse per trasformare le condizioni strutturali, sociali, culturali ed economiche del contesto territoriale e per modificare le conoscenze, le abilità ed i livelli di autonomia delle persone, in modo da favorire sempre di più la loro salute.

Gli strumenti principali dell'educazione sanitaria e della prevenzione sono:

- i *Profili di salute di comunità* che, individuando - insieme ai cittadini e alle amministrazioni locali - i fattori di rischio e i problemi sanitari più rilevanti per ambito territoriale;
- i *sistemi di sorveglianza* (in particolare il Sistema nazionale PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per il monitoraggio dei comportamenti a rischio salute e dei programmi di prevenzione delle malattie croniche e il sistema "Occhio alla salute" dedicato all'ambito scolastico;
- la continuazione delle *azioni di sensibilizzazione* per l'adozione di stili e comportamenti di vita sani rispetto all'instaurazione di patologie croniche ed invalidanti o per contenerne gli effetti (alimentazione, attività fisica, dipendenze);
- il perfezionamento dei programmi di prevenzione secondaria oncologica: screening di popolazione per mammella, utero e colon-retto);
- l'adozione del Piano provinciale per la prevenzione per il periodo 2010-2012.

► **Profilassi delle malattie infettive e parassitarie**

► **Attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni, screening)**

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

- Nel 2008 sono stati fatti 161.219 *interventi vaccinali*: la copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti d'età ≥ 65 anni è stata del 67,8; la copertura dell'antimorbillosa a 24 mesi di vita è stata del 88,8; la copertura dell'*antihaemophilus influenzae* a 24 mesi di vita è stata del 94,6;
- L'*attività certificativa* ha prodotto 42.832 atti, la *medicina necroscopica* 3.729 interventi e l'*attività di igiene edilizia* 2.693 interventi; gli interventi per *l'igiene degli alimenti e delle bevande* sono stati 8.181;
- In provincia di Trento, sono attivi:
 - lo "*Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella femminile*" (dal 2000, organizzato su sette sedi, per le donne in età 50-69 anni);
 - lo "*Screening del carcinoma del collo dell'utero mediante Pap-test*" (dal 1993, per le donne in età 25-64 anni);
 - lo "*Screening di popolazione del carcinoma del colon-retto*" (dal 2007, per le persone in età 50-69 anni).

► **Tutela dai rischi connessi con gli ambienti di vita e gli inquinanti ambientali**

Prevenzione ambientale: nel 2008 sono stati fatti 1.226 campionamenti delle acque potabili, 709 campionamenti delle acque di balneazione e 806 azioni di disinfezione-disinfestazione.

► **Tutela dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro**

Nel 2008 sono state fatte 2.404 verifiche periodiche da competenze ex ENPI ed ex ANCC, 254 inchieste infortuni su delega delle Procure della Repubblica, 998 sopralluoghi di vigilanza su cantieri edili, 1.844 sopralluoghi a carattere ispettivo in ambienti di lavoro, 264 inchieste per malattie professionali, 400 iniziative di informazione e 66 corsi di formazione;

► **Sanità pubblica veterinaria**

Nel 2008, 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 carcasse; sono stati prelevati 1.012 campioni di midollo per test rapido BSE; sono state sottoposte ad audit rispetto al piano di autogestione igienico-sanitaria, 165 aziende/strutture.

► **Tutela igienico-sanitaria degli alimenti,**
► **Sorveglianza e prevenzione nutrizionale**

Nel 2008 sono state fatte 44.908 determinazioni di tossicologia umana, 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.

► **Attività di valutazione e certificazione medico-legale**

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

SECONDO LIVELLO

ASSISTENZA DISTRETTUALE

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

Il livello dell'assistenza distrettuale ha assorbito nel 2008 una spesa di 549.999.000 euro (pari al 50,4% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008).

► **Assistenza sanitaria di base**

I medici di medicina generale sono 396, i pediatri di libera scelta sono 80. Ciascun medico di medicina generale operante in provincia di Trento ha mediamente in carico 1.111 assistiti in età ≥ 14 anni; ciascun pediatra di libera scelta ha mediamente in carico 919 assistiti in età < 14 anni. Ciascuno dei 32 punti di guardia

medica attivi in provincia di Trento ha mediamente un bacino d'utenza di 3.312 residenti. Il *Servizio di continuità assistenziale* è composto da 163 medici, di cui 63 medici titolari e 100 sostituti.

Il *Servizio di guardia turistica* ha erogato 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).

► Attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale

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. 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.

- *Sistema di allarme sanitario* (Trentino Emergenza 118)
 - 1 Centrale Operativa Provinciale;
 - 12 postazioni di trasporto infermi pubbliche;
 - 43 postazioni di trasporto infermi convenzionate;
 - 56 ambulanze di proprietà dell'APSS;
 - 145 mezzi di proprietà delle Associazioni di volontariato;
 - 3 elicotteri.
- *Servizio Trasporto Infermi* (attività svolta per il 19,9% da personale dipendente dall'APSS e per il 80,1% da Associazioni di volontariato convenzionate).
 - *Soccorso primario*: nel 2008 sono stati eseguiti 37.063 interventi (96,87% con mezzi stradali, 3,2% con elicottero);
 - *Trasporto programmato*: nel 2008 ci sono state 59.477 richieste per trasporto programmato, con 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.
- *Sistema accettazione ed emergenza*
10 sedi di Pronto soccorso ospedaliero nei presidi pubblici: Trento (adulti, pediatrico e traumatologico), Mezzolombardo, Rovereto, Borgo, Cavalese, Cles, Tione e Alto Garda.

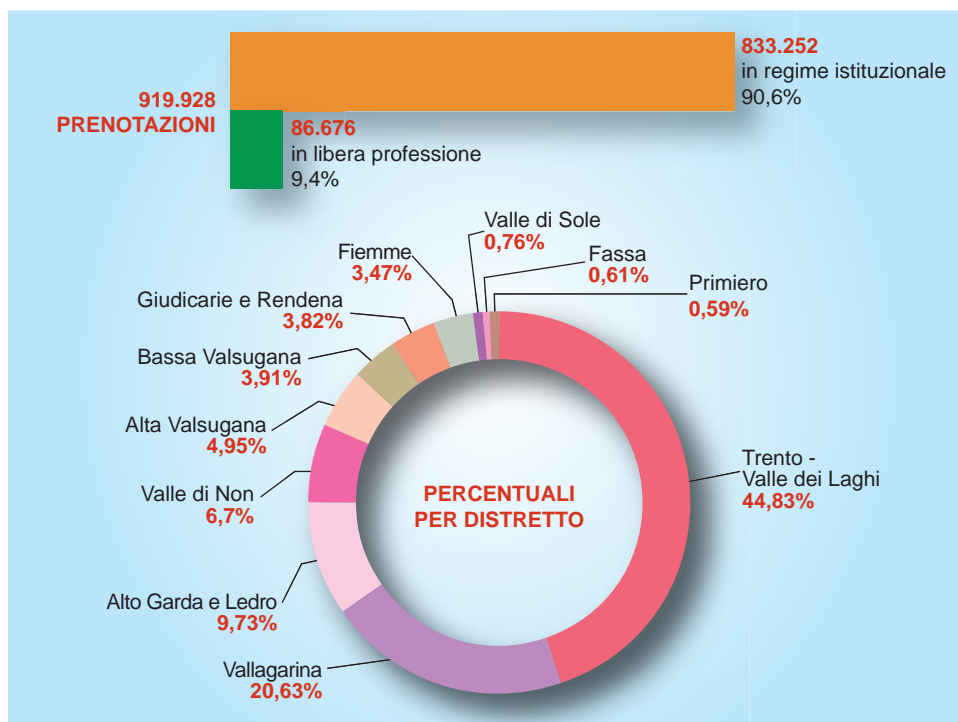
► Assistenza farmaceutica

- Le *farmacie*, che in totale sono 138, 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 2008 sono state compilate 3.712.208 *ricette farmaceutiche*. In media ogni singolo medico e pediatra ha fatto 7.798 prescrizioni, determinando un numero di ricette medio per residente pari a 7,2.

► Assistenza specialistica ambulatoriale

- Il “Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008” mantiene l’approccio delle priorità cliniche attraverso il sistema RAO – Raggruppamenti d’Attesa Omogenei (A = entro 3 giorni, B = entro 10 giorni, C = entro 30 giorni, E = senza priorità, P = visita di controllo da erogare entro tempi concordati) che individua il tempo d’attesa compatibile per la condizione clinica del paziente. Il *Programma attuativo aziendale* riporta i tempi massimi d’attesa per 116 prestazioni (ambulatoriali e di ricovero);
- il Piano provinciale 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.
- I *poliambulatori specialistici* ospedalieri e territoriali sono 31, i medici specialisti convenzionati sono 108, le strutture private accreditate sono 18.
- Il *Centro Unico di Prenotazione* (CUP) consente di prenotare visite specialistiche e di diagnostica strumentale: nel triennio 2005-2008 si evidenzia un progressivo aumento del numero di prestazioni prenotate in regime istituzionale rispetto a quello in libera professione.
- I *tempi d’attesa* delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono oggetto di attento monitoraggio periodico (retrospettivo e prospettico).

25 • Attività di prenotazione CUP, per regime e per Distretto - Anno 2008



► Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale – svolta in *regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale* – comprende:

1. l'assistenza programmata a domicilio (domiciliare integrata e programmata);
2. l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta al singolo, alla coppia e alla famiglia;
3. l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie;
4. l'attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
5. l'attività sanitaria e sociosanitaria destinata alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcol, alle persone con infezione da HIV, ai pazienti in fase terminale;
6. l'attività sanitaria e sociosanitaria destinata alle persone anziane non autosufficienti.

In quest'ambito, l'offerta sanitaria riguarda:

- le *Cure domiciliari* che sono state erogate a 18.618 utenti dei quali 16.011 in età superiore ai 65 anni, e 112 in età 0-14 anni. Nel 2008, è stata realizzata l'estensione della funzione ADI-CP (Assistenza domiciliare integrata - Cure palliative), assicurando così detta modalità su tutta la provincia. L'88% dei medici di medicina generale fa assistenza domiciliare programmata; gli accessi domiciliari totali dei medici di medicina generale sono stati 90.326; gli accessi domiciliari totali del medico palliativista sono stati 4.553; gli accessi infermieristici domiciliari totali sono stati 182.953; le prestazioni infermieristiche complessive al domicilio sono state 381.504; il numero medio di accessi/settimana (indipendentemente dal profilo professionale che li ha erogati) è pari a 5.347 con una media di 62 accessi al giorno. Il 40,8% degli utenti in carico ADI (Assistenza domiciliare integrata) e il 92,5% degli utenti in carico ADI-CP sono affetti da patologia tumorale;
- 11 *Consultori per il singolo, la coppia, la famiglia* (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 nel 2008 ha raggiunto i 14.000;
- 8 *Centri di salute mentale* (Primiero, Borgo, Pergine, Trento, Cles, Rovereto, Arco, Tione);
- le *strutture residenziali per malati psichiatrici* (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* (Alta Valsugana, Trento-Valle dei Laghi, Vallagarina) sono in grado di ospitare complessivamente 285 persone;
- il *Ser.T*, Servizio per le tossicodipendenze (sedi centrali a Trento, Riva, Rovereto e sedi periferiche a Cavalese, Borgo, Cles e Tione), deputato alla diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti con dipendenze patologiche, ha avuto in carico, nel 2008, 1.618 utenti, dei quali 1.323 residenti in provincia, con un

numero di accessi pari a 69.953 e un numero di prestazioni pari a 114.703;

- le *strutture per tossicodipendenti a carattere semiresidenziale e residenziale* (Trento e Valle dei Laghi, Vallagarina) collaborano con il Ser.T attraverso convenzioni stipulate dai rispettivi Enti con l'Azienda sanitaria;

- 11 *Servizi di Alcolologia* di Distretto, che hanno avuto in carico, nel 2008, 2.626 utenti (persone/famiglie), di cui 481 nuovi utenti, e hanno effettuato 2.373 consulenze patenti per guida in stato di ebrezza; nelle singole realtà locali esiste una forte collaborazione con il privato sociale: i Club Alcolisti in Trattamento sono 168 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;

- 52 *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)* convenzionate con il Servizio sanitario provinciale, 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 ultrasessantacinquenni.

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. 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%).

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

La dotazione complessiva di posti letto in RSA (4.293, cfr. Tabella 26) 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.

L'ente gestore di RSA annualmente stabilisce la "retta alberghiera giornaliera", 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;

- il *Centro per i disturbi del comportamento alimentare (CDCA)* prende in carico i soggetti che presentano diagnosi di anoressia nervosa, bulimia nervosa o disturbi del comportamento alimentare non specificati; la Comunità Terapeutica, sita presso "Maso Zancanella" in località Campotrentino (con 10 posti letto), 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.

26 • Posti letto nelle RSA - Anno 2008: consistenza e tipologia (al 31.12.2008) e tariffe sanitarie

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

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

► **Assistenza integrativa**

Fornisce prodotti dietetici a categorie particolari di utenti e presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito.

► **Assistenza protesica**

Fornisce protesi e ausili sanitari a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.

► **Assistenza termale**

Erogata attraverso 6 stabilimenti privati accreditati, attiene ai cicli di cure idrotermali e di carattere riabilitativo erogati, dagli stabilimenti provinciali convenzionati con l'APSS, a favore degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale.

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*.

Il livello dell'assistenza ospedaliera ha assorbito nel 2008 una spesa di 507.512.000 euro (pari al 46,51% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2008).

► 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 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 sanitari,, con una media giornaliera di 597 accessi.

Il 77,9% degli accessi avviene in orario diurno.

L'85,5% dei pazienti, accede al Pronto soccorso autonomamente, il 14% in ambulanza e lo 0,5% è elitrasmportato.

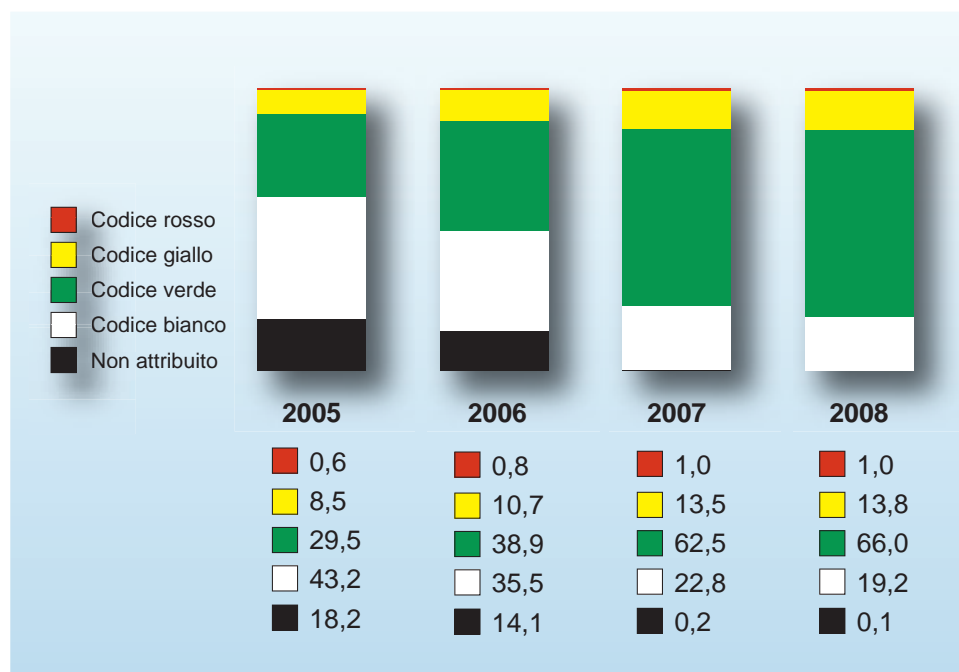
Si registra l'aumento del 4,5% sul 2007 degli accessi in classe di età 0-14.

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%), mentre il 53,5% è di tipo non traumatico riguardando problematiche internistiche.

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).

La "velocità" di gestione dei pazienti accolti è in lieve peggioramento dal 2006: il 79,5% dei pazienti accedono alla visita entro 1 ora dall'ingresso in Pronto soccorso e il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 3 ore dall'accesso in Pronto soccorso interessa il 78,6% dei pazienti.

27 • Percentuale di accessi al Pronto soccorso distinti per triage - Anni 2005-2008



► 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, a cui 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).

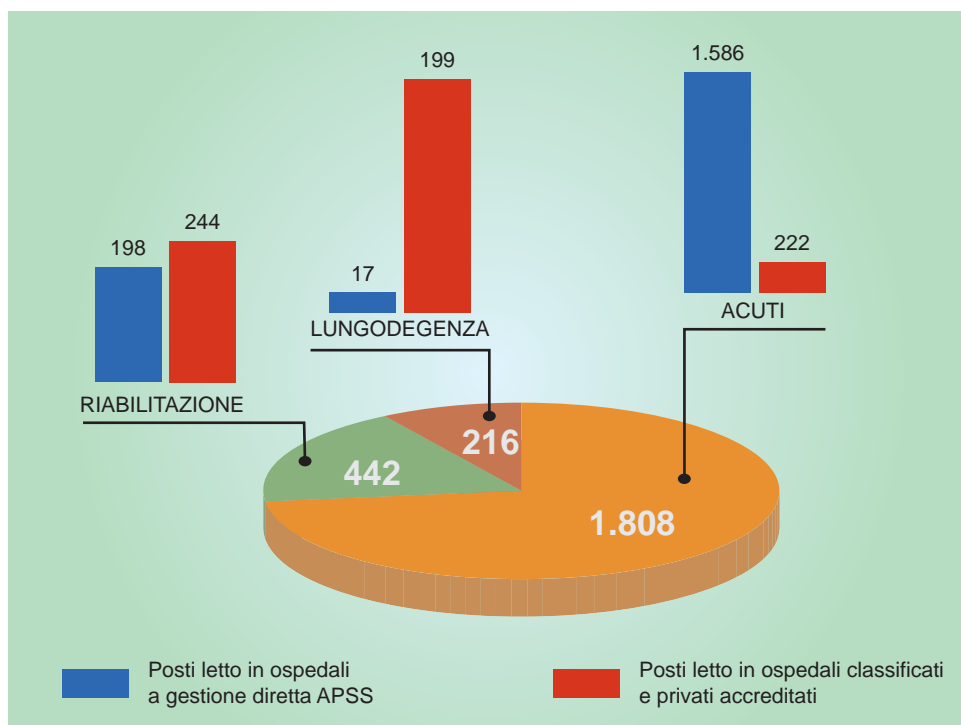
Nel 2008, la disponibilità totale di posti letto ospedalieri in provincia di Trento è di 2.466 (2.194 ordinari e 272 diurni), pari a 4,75 posti letto ogni mille abitanti, di cui 3,48 per acuti e 1,27 per riabilitazione e lungodegenza (0,85 + 0,42), a fronte di un valore nazionale di 4,60 posti letto, di cui 4,13 per acuti e 0,47 per riabilitazione e lungodegenza.

L'attività ospedaliera nel periodo 2003-2008 si è così caratterizzata:

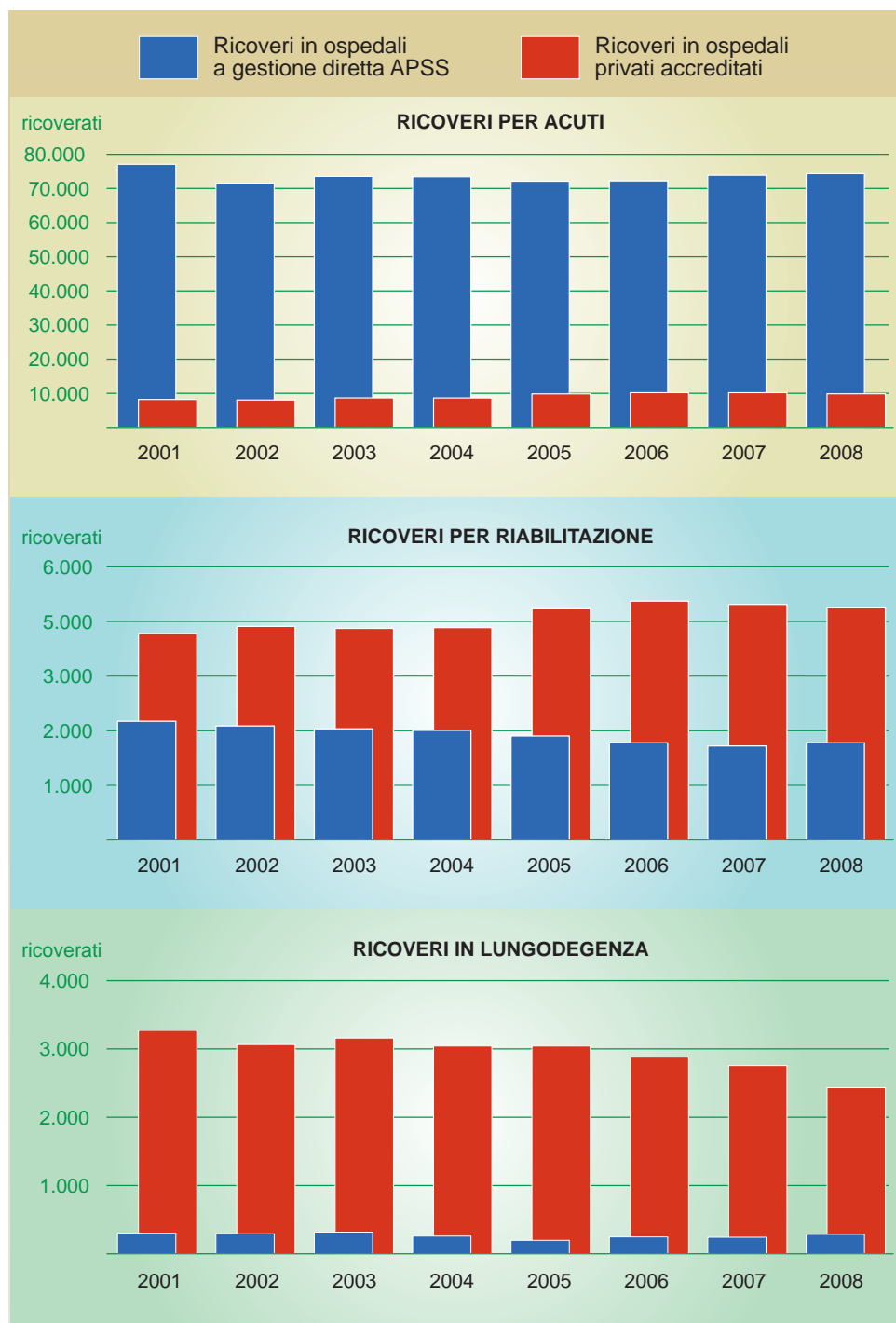
- *degenza per acuti in regime ordinario*
 - i posti letto disponibili sono sostanzialmente stabili;
 - i ricoveri si sono stabilizzati su circa 58.000;
 - la degenza media, lievemente aumentata, si è attestata sul valore di 7,5 giorni;
 - i ricoveri ripetuti sono in lieve diminuzione;
 - i pazienti con dimissioni ordinarie a domicilio sono in calo, in relazione al frequente trasferimento in lungodegenza, in istituti riabilitativi e in RSA.

- *degenza per acuti in regime diurno*
 - si è progressivamente sviluppata passando dai 22.676 ricoveri del 2003 ai 26.208 del 2008;
 - l'attività chirurgica svolta in 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%).
- *lungodegenza*
 - la struttura di offerta, l'attività di ricovero, la durata media di degenza e il numero di ricoveri ripetuti sono rimasti sostanzialmente invariati.
- *riabilitazione*
 - la struttura di offerta è aumentata del 10% 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);
 - nel 2007 si è registrata una lieve flessione dei dimessi che viene confermata anche nel 2008;

28 • Dotazione di posti letto (totale: 2.466) negli istituti di cura a gestione diretta APSS e negli istituti di cura classificati e privati accreditati - Anno 2008



29 • Ricoveri in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Andamento 2001-2008



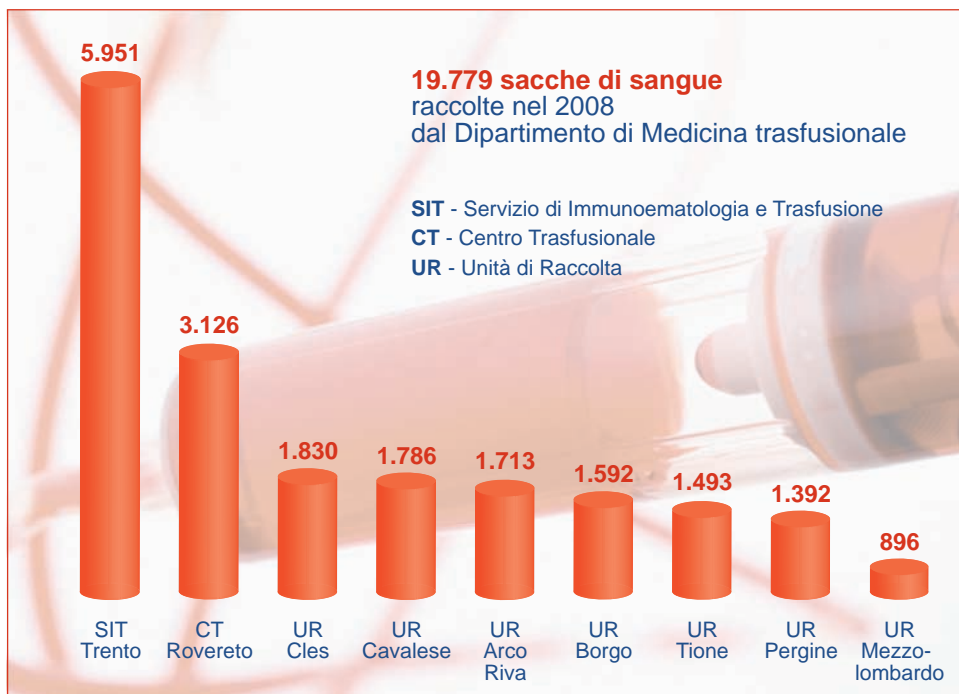
- la degenza media è lievemente aumentata nel periodo così come il numero di ricoveri ripetuti;
- l'integrazione funzionale pubblico-privato assicura una congrua disponibilità di posti letto di riabilitazione, presso le strutture private accreditate, alle Unità operative di ortopedia, cardiologia e cardiocirurgia degli ospedali a gestione diretta APSS.

Nel 2008, il tasso di ospedalizzazione complessivo è pari a 179,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti (valore in linea con quanto indicato dalla normativa nazionale) e il tasso di ospedalizzazione in regime diurno è pari a 57,1 ricoveri ogni 1.000 abitanti e corrisponde al 31,8% del totale dei ricoveri.

► Attività trasfusionale

L'attività trasfusionale, che comprende *raccolta*, *lavorazione* e *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), si è caratterizzata nel periodo 2003-2008 per un progressivo incremento di sacche di sangue (17.085 nel 2003, 19.779 nel 2008) e della produzione di plasma per emoderivati che assicura la disponibilità di albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione superiore al fabbisogno aziendale.

30 • Dipartimento di Medicina trasfusionale APSS - Attività di raccolta nel 2008



► Donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti

L'attività è coordinata, in APSS, da una specifica figura professionale (*transplant coordinator*) e coinvolge numerose strutture per le diverse tipologie di prelievo/donazione.

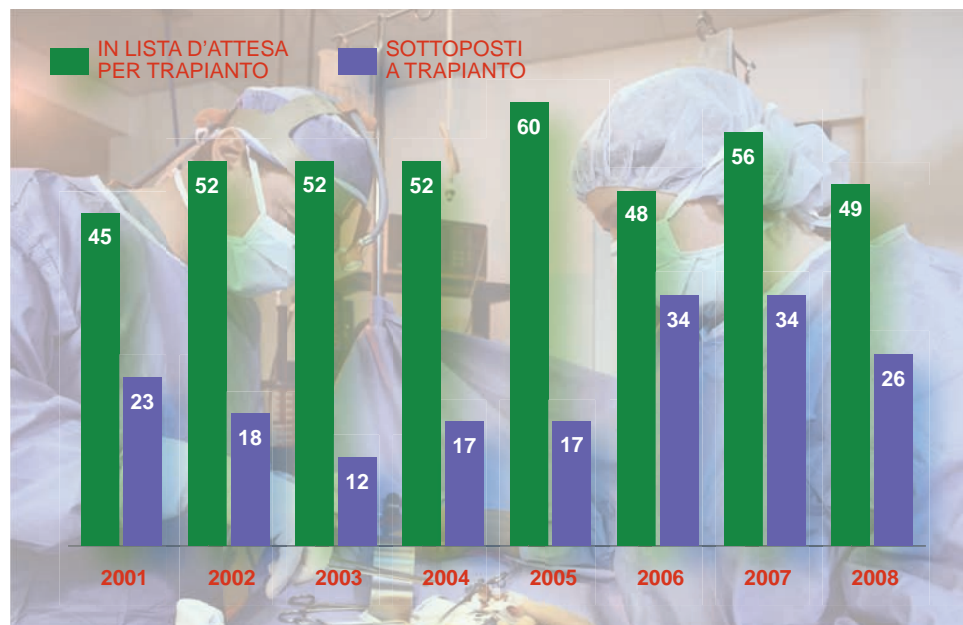
In particolare, il coinvolgimento degli Ospedali di Valle nella donazione di cornea e nell'attività di donazione di tessuti da vivente è stata ulteriormente sviluppato per aggregare ulteriori centri, in particolare per i prelievi di staminali e cornee.

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.

L'attività di *procurement* di organi e tessuti presso le strutture APSS nel 2008 è consistita in:

- 9 prelievi multiorgano;
- 2 prelievi multitessuto;
- 45 donazioni di cornee;
- 171 donazioni di staminali;
- 78 prelievi di placenta;
- 30 donazioni di safene;
- 8 donazioni di osso.

31 • Trentini in lista d'attesa per trapianto e sottoposti a trapianto - Anni 2001-2008



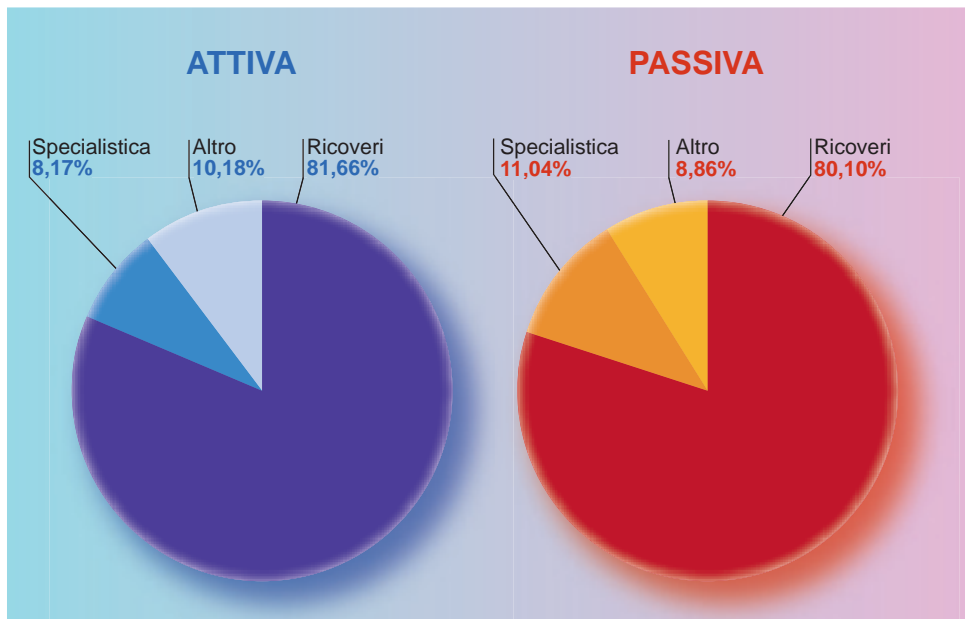
La mobilità sanitaria interregionale

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 Veneto e Lombardia) sono in continua evoluzione.

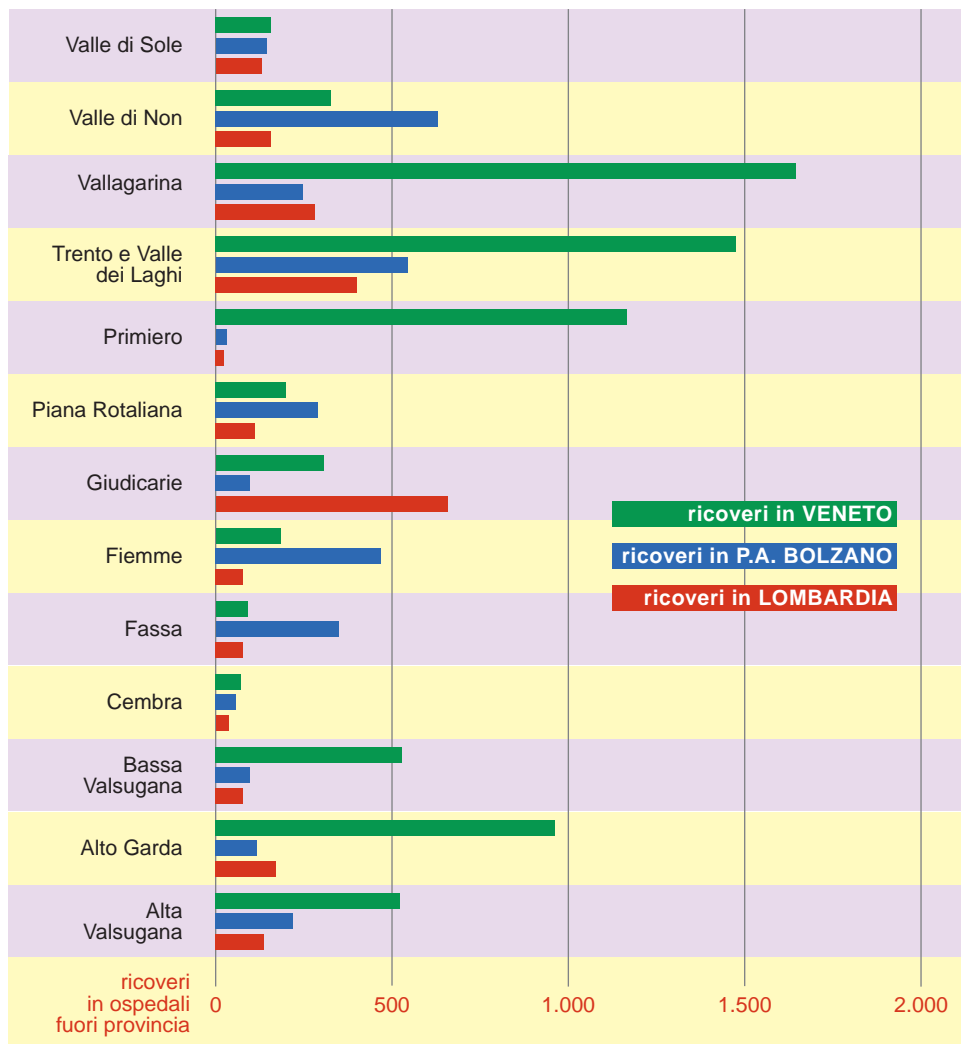
Dall'analisi dei flussi di mobilità sanitaria dell'anno 2008, distinti per Regione, emerge che la Provincia autonoma di Trento è debitrice netta principalmente nei confronti di Veneto (-15,1 milioni di euro), Provincia Autonoma di Bolzano (-7,8 milioni di euro) ed Emilia-Romagna (882 migliaia di euro).

In termini finanziari, quasi la totalità degli addebiti riguarda (Grafico 32) prestazioni di assistenza ospedaliera (80,10 della mobilità passiva e 81,66 della mobilità attiva). Nel Grafico 33 viene confrontata la “fuga” di assistiti del Servizio sanitario provinciale verso le principali Regioni creditrici: Veneto, Lombardia e P.A. di Bolzano. L'analisi evidenzia la presenza di particolari flussi connessi alla situazione orografica del Trentino: verso il Veneto si recano principalmente gli assistiti residenti nei Distretti Vallagarina e Primiero (presidio ospedaliero di Feltre); verso la Lombardia

32 • Mobilità sanitaria Attiva e Passiva. Composizione - Anno 2008



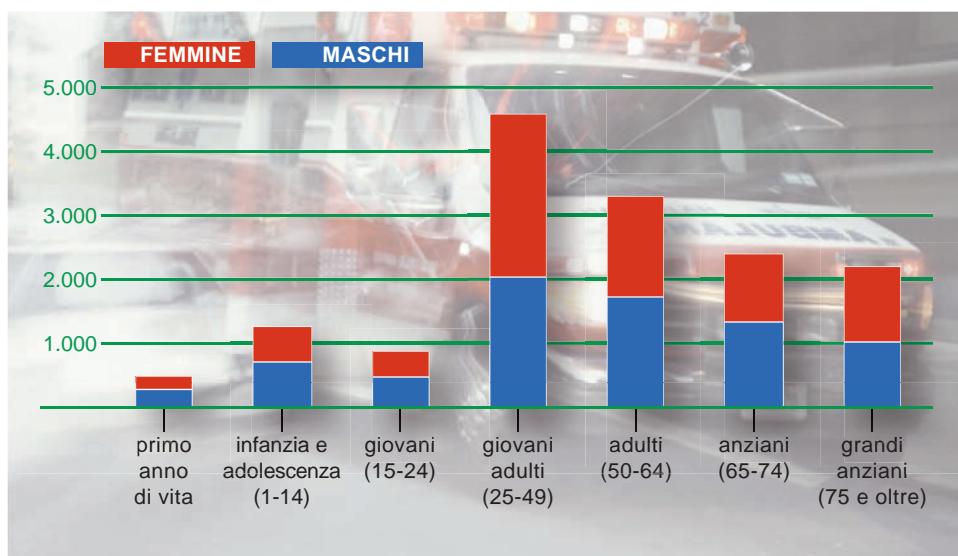
33 • Mobilità sanitaria Passiva, per Regione di destinazione e per Distretto di provenienza dei ricoverati - Anno 2008



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 continuità con quanto emerso già negli ultimi anni, con riferimento alla *tipologia dei ricoveri*, quelli eseguiti in mobilità passiva riguardano principalmente le *Malattie e i disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo* che rappresentano il 24,80% in termini numerici. Oltre la metà dei ricoveri eseguiti fuori provincia sono effettuati a favore di soggetti con un'età compresa fra i 25

34 • Mobilità sanitaria Passiva, per età e per genere degli assistiti - Anno 2008



35 • Mobilità sanitaria e specialistica ambulatoriale. Ricoveri, prestazioni e fatturato - Anno 2008

		MOBILITÀ ATTIVA	MOBILITÀ PASSIVA	SALDO 2008
ASSISTENZA OSPEDALIERA	numero Ricoveri	10.587	14.993	-4.406
	Fatturato (€)	37.028.736,51	49.767.844,74	-12.739.108,23
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	numero Prestazioni	285.628	334.298	-48.670
	Fatturato (€)	3.703.302,86	6.858.410,07	-3.155.107,21

ed i 65 anni (30,39% per i giovani adulti e 21,82% per gli adulti) come risulta dal Grafico 34. Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, nel 2008 il relativo flusso di prestazioni spiega, in termini finanziari, l'8,17% degli addebiti in mobilità attiva e l'11,04% degli addebiti di mobilità passiva: come per la mobilità sanitaria ospedaliera, la nostra Provincia fa registrare, sia in termini finanziari che quantitativi, un saldo negativo, evidenziato nella Tabella 35.

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. La spesa sanitaria corrente della Provincia Autonoma di Trento è stata nello stesso anno pari a 1.005.968 migliaia di euro con un'incidenza dello 0,94% rispetto al totale nazionale.

L'analisi della composizione della spesa sanitaria di parte corrente provinciale e nazionale effettuata nel Grafico 36, 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%).

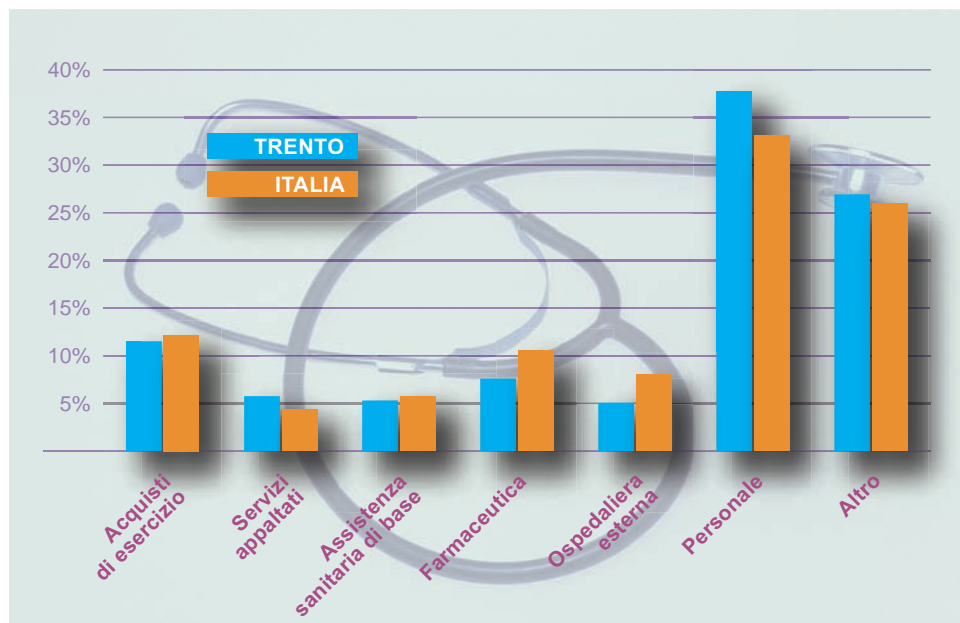
Il costo pro capite complessivo del Servizio sanitario provinciale è stato di euro 1.935, superiore dell'8,95% rispetto a quello nazionale (euro 1.776); detto scostamento risulta inferiore a quello del 2007 (pari a 9,52%).

Dal Grafico 37 emerge che la Provincia di Trento occupa il 6° posto nella graduatoria delle regioni 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%).

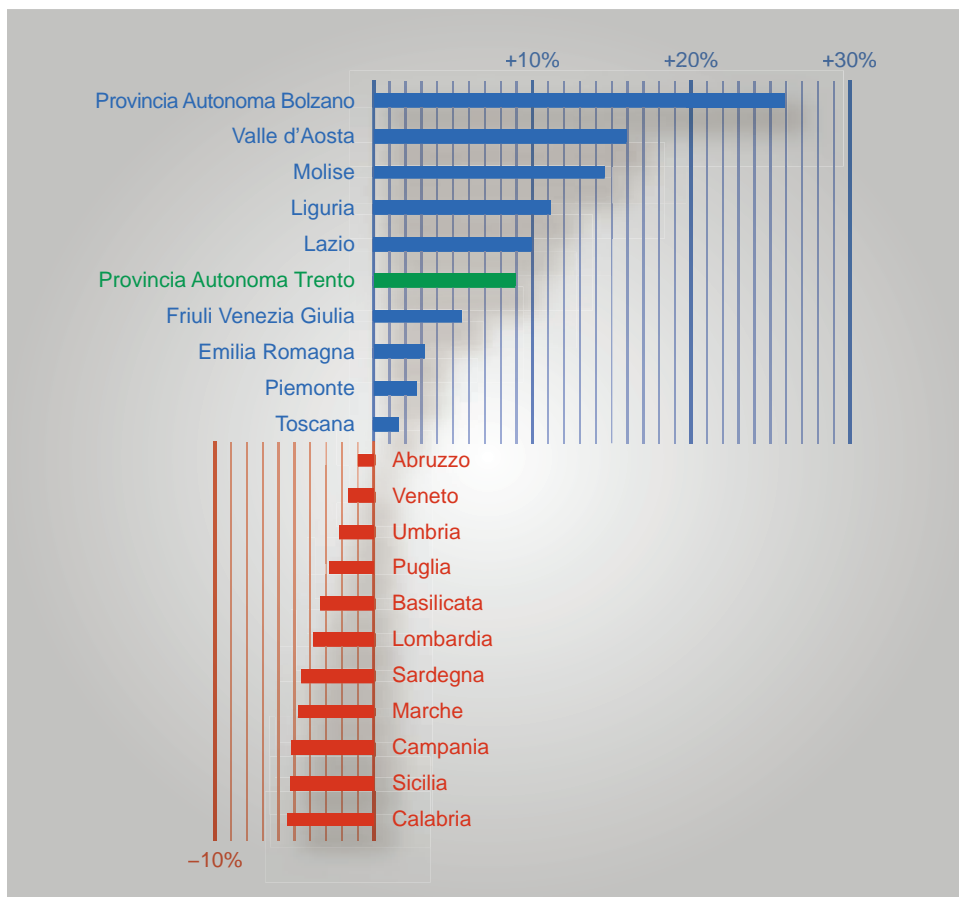
Il maggiore scostamento negativo si rileva in Calabria (-5,41%) e in altre regioni meridionali quali Sicilia (-5,19%) e Campania (-5,07%).

Dalla disomogeneità di tali variazioni traspare una sostanziale diversità nella struttura e nella quantità dell'offerta di servizi sanitari da parte delle diverse

36 • Mobilità sanitaria di parte corrente. Provincia Autonoma di Trento e Italia - Anno 2008



37 • Spesa sanitaria di parte corrente. Distribuzione regionale degli scostamenti dalla media nazionale - Anno 2008

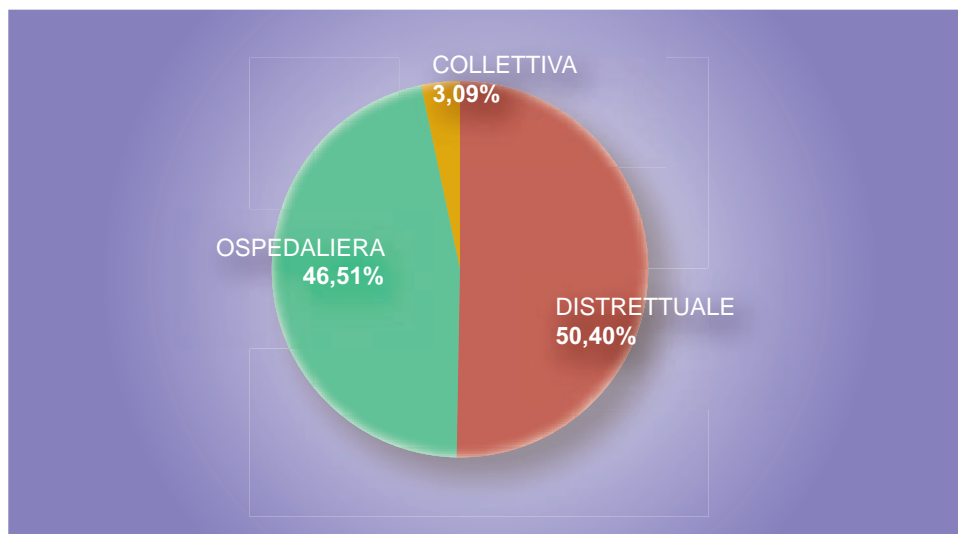


regioni, che può verosimilmente incidere anche sulla qualità delle prestazioni erogate.

- 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 (pari al 3,09% della spesa sanitaria provinciale complessiva del 2008).
- Il livello dell'*assistenza distrettuale* ha assorbito nel 2008 una spesa di 549.999.000 euro (pari al 50,40% della spesa sanitaria provinciale complessiva del 2008).
- Il livello dell'*assistenza ospedaliera* ha assorbito nel 2008 una spesa di 507.512.000 euro (pari al 46,51% della spesa sanitaria provinciale complessiva del 2008).

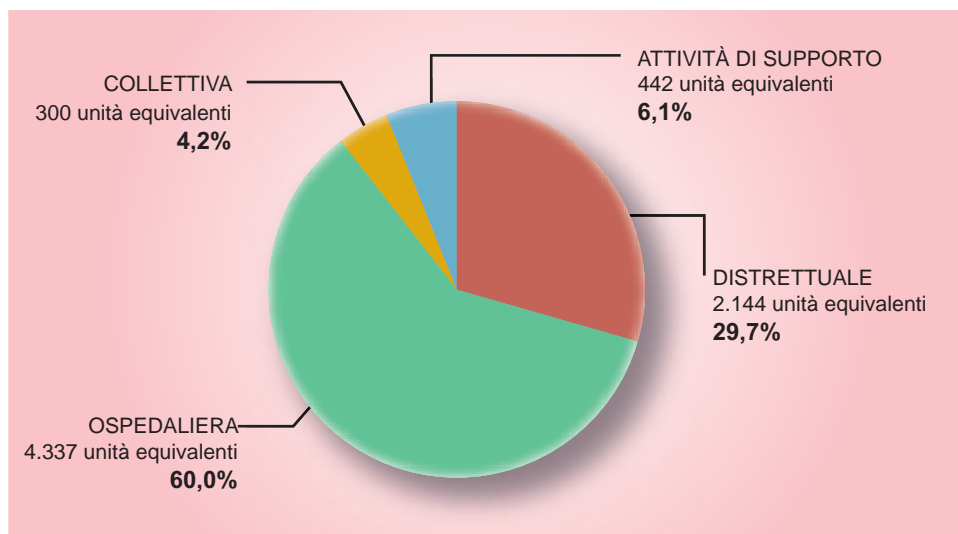
Il Grafico 38 presenta la distribuzione percentuale della spesa corrente fra i tre livelli di assistenza.

38 • Spesa sanitaria di parte corrente, per Livelli di Assistenza - Anno 2008

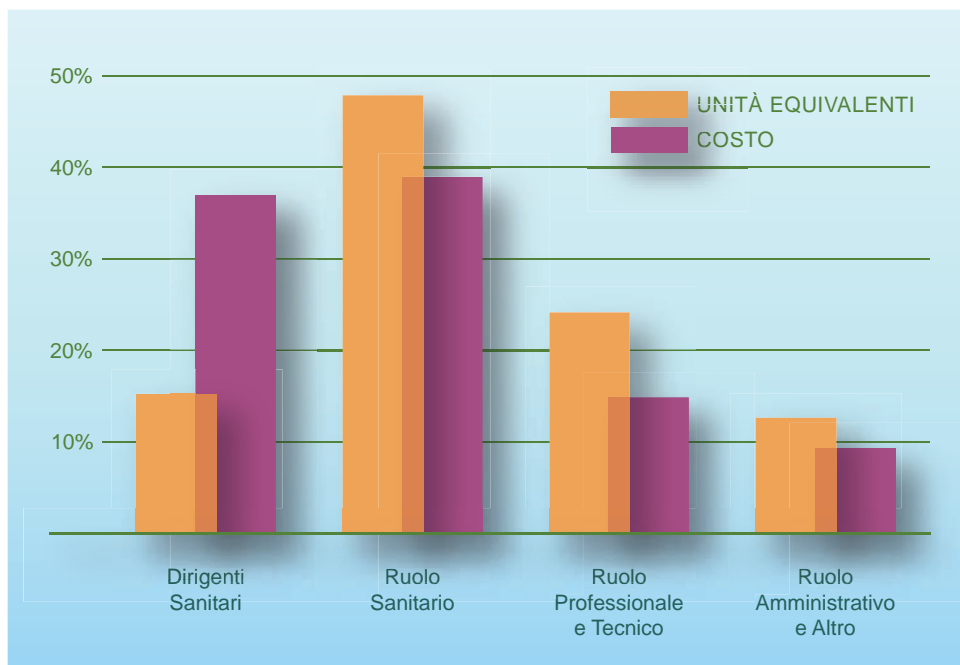


La *consistenza complessiva del personale* (che l'APSS ha utilizzato per garantire il funzionamento del Servizio sanitario provinciale, lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle relative prestazioni, nonché per attivare nuovi servizi) si è attestata nell'esercizio 2008 a 7.781 unità a tempo pieno e 1.709 unità a tempo parziale (pari a un totale di 7.223 unità equivalenti medie di personale a tempo pieno). L'incremento del numero di persone in servizio rispetto al 2007 (+ 193; 2,5%) è stato accompagnato da un aumento del ricorso all'istituto del part time.

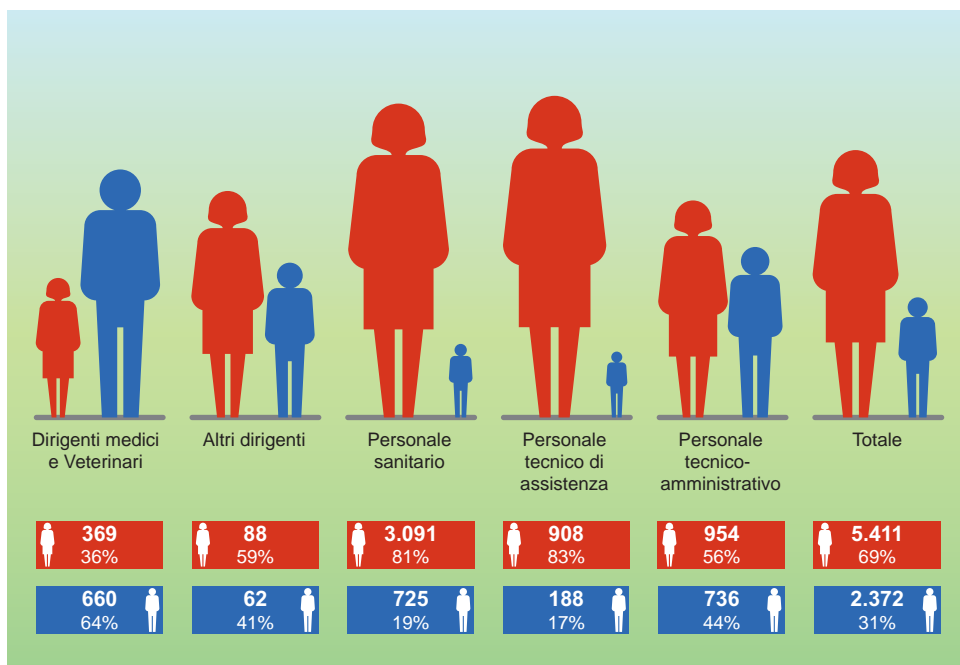
39 • Distribuzione funzionale per Livelli di Assistenza del personale dipendente dall'APSS - Anno 2008



40 • Personale dipendente dall'APSS. Percentuale di Unità equivalenti e costo - Anno 2008



41 • Personale dipendente dall'APSS, distinto per ruolo e sesso - Anno 2008



La spesa sanitaria di parte capitale

La Giunta provinciale con proprio provvedimento detta gli indirizzi e il contenuto dei programmi degli investimenti sanitari, tenuto conto delle risorse stanziare al Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale.

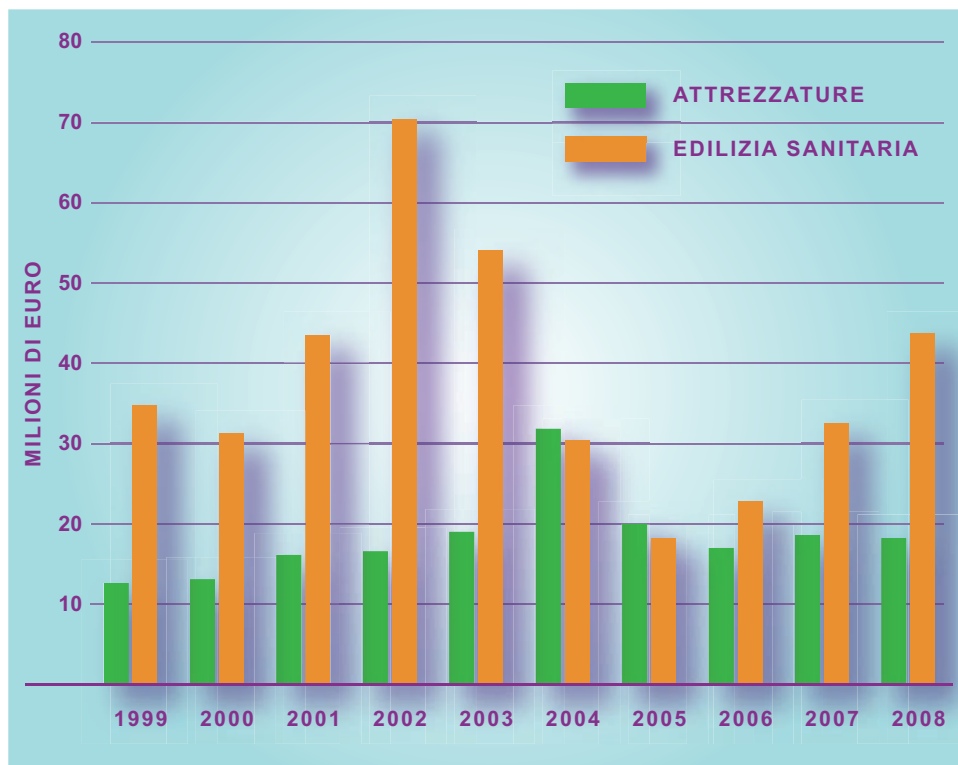
In sede di riparto del predetto Fondo Sanitario Provinciale, è adottato:

- annualmente il *Programma degli acquisti* di attrezzature sanitarie, di attrezzature economali e di presidi protesici;
- quale piano pluriennale di legislatura il *Piano degli investimenti di edilizia sanitaria*.

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*.

42 • Risorse finanziarie stanziare dal Bilancio della Provincia Autonoma di Trento per Attrezzature ed Edilizia sanitaria - Anni 1999-2008



Nel corso degli ultimi anni la quota delle risorse finanziarie destinata agli investimenti tecnologici è notevolmente e progressivamente aumentata. Nel 2008 le risorse finanziarie stanziare dal Bilancio della Provincia Autonoma di Trento per le attrezzature sono ammontate a 18.195.000 euro (10.638.872 euro per attrezzature economali, 4.551.128 euro per presidi protesici, 3.005.000 euro per attrezzature sanitarie).

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.

Gli interventi (parte dei quali sono cofinanziati dallo Stato) sono realizzati sia dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari sia dalle competenti strutture della Provincia autonoma di Trento.

Nel 2008 le risorse finanziarie stanziare dal Bilancio della Provincia Autonoma di Trento per l'*edilizia sanitaria* sono ammontate a 43.725.000 euro (22.362.791 euro per assegnazioni all'APSS, 21.362.208 euro per spese dirette).

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.

Gli obiettivi specifici di miglioramento assegnati all'APSS per l'anno 2008

Per completare il panorama delle attività realizzate dall'APSS nel corso dell'esercizio 2008, va sottolineato che (in questa situazione di riconosciuta sostanziale positività) la Giunta provinciale ha assegnato 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*
 - 1. Promozione della salute: Profili di salute di comunità
- *patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare*
 - 2. Malattie rare: Centro provinciale di coordinamento
 - 3. Anoressia/bulimia: disturbi del comportamento alimentare
 - 4. Lotta all'alcolismo
- *livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi*
 - 5. Assistenza domiciliare integrata: cure palliative
 - 6. Neuropsichiatria infantile e riabilitazione in età evolutiva
 - 7. Assistenza ostetrico-neonatale: percorso nascita
 - 8. Assistenza ospedaliera: gestione integrata ricoveri di area medica
- *strategie per il miglioramento dei servizi*
 - 9. Farmacie sul territorio: integrazione con i servizi territoriali/distrettuali
 - 10. Terapia anticoagulante orale: gestione e monitoraggio
 - 11. Revisione oncologica: terapie targeted
 - 12. Defibrillazione precoce sul territorio
 - 13. Cardiologia: rete telematica
 - 14. Sicurezza alimentare controlli ufficiali: sistemi informativi di supporto
 - 15. Servizio trasporto infermi - Gestione diretta e volontariato: integrazione del sistema informativo

Gli obiettivi specifici sono stati suddivisi, come per gli anni precedenti, in tre *categorie di complessità/difficoltà* (A, B e C: da A = maggiore complessità e difficoltà di realizzazione a C = minore complessità e difficoltà).

Il *grado di conseguimento* (valutato in sede di approvazione del bilancio di esercizio 2008 dell'APSS e con deliberazione della Giunta provinciale nell'ottobre 2009) è stato categorizzato in cinque livelli:

- **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).

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.

Obiettivo di categoria A (Valore massimo atteso = 6,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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 interregionale 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.

Obiettivo di categoria B (Valore massimo atteso = 4,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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 alcolologica, anche ipotizzando l'orientamento di una Unità operativa ospedaliera verso l'attività di riabilitazione alcolologica in regime di degenza a carattere provinciale.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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 – produca un'analisi sotto i profili dell'efficacia, della soddisfazione dell'utenza e della sostenibilità organizzativa.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria B (Valore massimo atteso = 4,00; valore conseguito = 2,80): CONSEGUITO.

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 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.

Obiettivo di categoria A (Valore massimo atteso = 6,00; valore conseguito = 4,20): CONSEGUITO.

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.

Obiettivo di categoria B (Valore massimo atteso = 4,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria B, (Valore massimo atteso = 4,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

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.

Obiettivo di categoria A (Valore massimo atteso = 6,00; valore conseguito = 2,80): CONSEGUITO IN PARTE.

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.

Obiettivo di categoria C (Valore massimo atteso = 2,00): CONSEGUITO PIENAMENTE.

43 • 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

