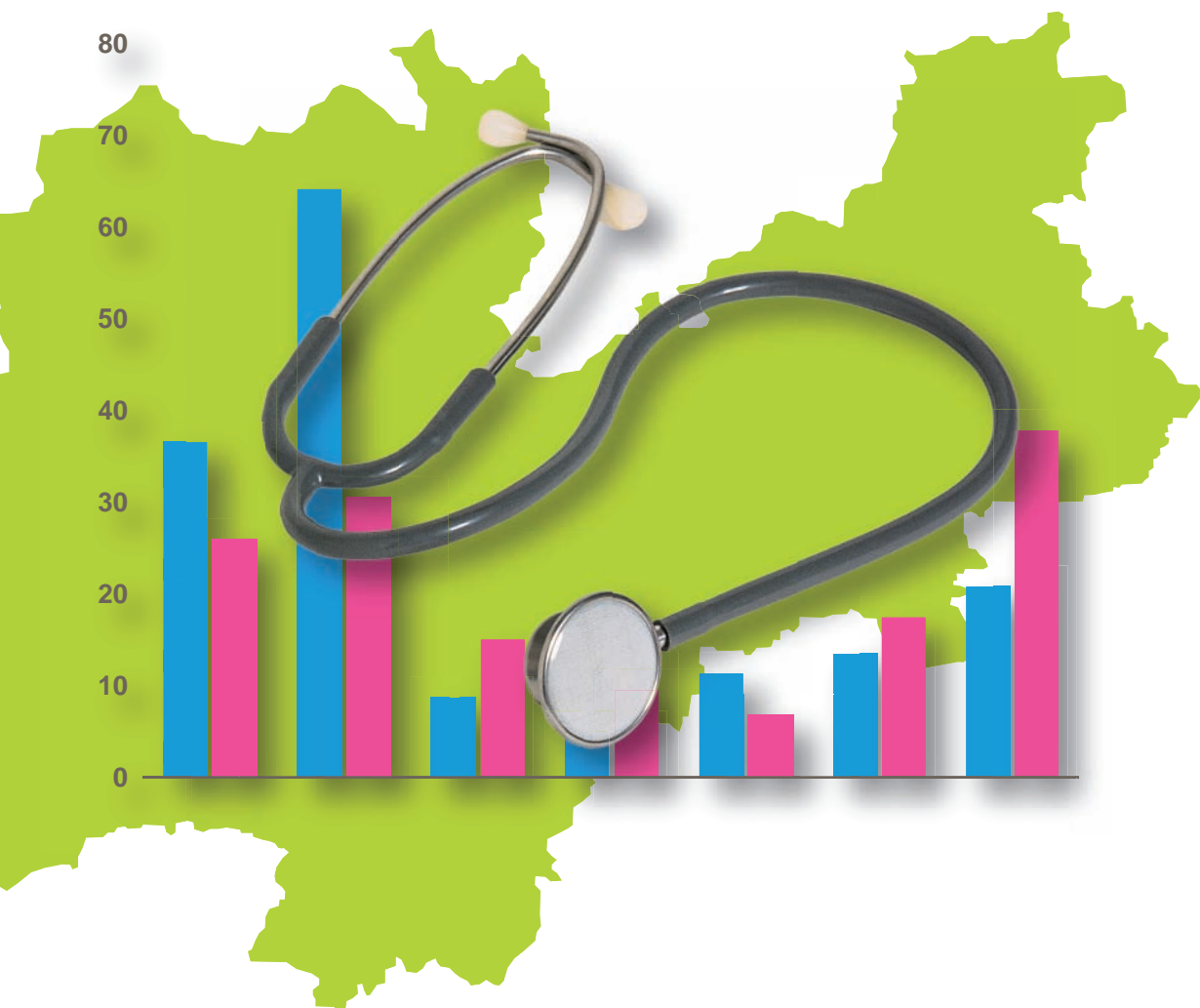




Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute
e Politiche sociali

infosalute 15

**Relazione sullo stato
del Servizio Sanitario
Provinciale**
Anno 2010



infosalute 15

Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale

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

Edizioni
Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla Salute e Politiche sociali

Trento, 2011

infosalute 15

Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale

Anno 2010 (dati 2009)

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

A cura di Giulio Panizza

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

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

© copyright Giunta della Provincia autonoma di Trento – 2011

L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte

ISBN 978-88-7702-273-8

Presentazione

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

- ▶ Volume 1: "Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale 2010 – dati 2009", redatto dalla Provincia, a cura del Servizio economia e programmazione sanitaria – Ufficio per la programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria – del Dipartimento politiche sanitarie. Offre una rappresentazione dei contenuti "necessari" della Relazione, previsti dalla citata legge provinciale: lo stato di salute della popolazione, la gestione e l'efficienza dei servizi sanitari, lo stato d'attuazione della programmazione sanitaria provinciale;
- ▶ Volume 2: "La valutazione della performance della sanità nella Provincia autonoma di Trento – Network regioni", redatto a cura del Laboratorio MeS della Scuola superiore S. Anna di Pisa in collaborazione con il Servizio economia e programmazione sanitaria – Ufficio per la erogazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria. Presenta, attraverso un consistente set di indicatori sistematizzati per area di attività, il sistema di valutazione e confronto della performance dei servizi sanitari nell'ambito del Network regioni con l'evidenza della performance del Trentino.

Il "Rapporto epidemiologico 2010 – dati 2009" redatto a cura del Servizio osservatorio epidemiologico dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, è pubblicato online sul Portale del Servizio sanitario provinciale all'indirizzo trentinosalute.net. e presenta il dettaglio quantitativo dei livelli di assistenza sanitaria erogati – assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera – nonché specifici approfondimenti in ordine ad attività e/o tematiche di particolare interesse.

Oltre ad adempiere a un impegno istituzionale, la Relazione generale – grazie all'ampiezza e all'organica articolazione delle informazioni in essa contenute –

intende proporsi come un utile strumento di conoscenza del Servizio sanitario provinciale e, più in generale, del profilo sanitario della realtà trentina.

Essa può contribuire a leggere e ad interpretare la nostra società, ponendosi a supporto delle decisioni di programmazione sanitaria e della condivisione ampia e consapevole delle linee di sviluppo di uno dei settori ai quali l'Amministrazione provinciale ha riconosciuto primaria importanza e dedicato particolare e continuativo impegno.

Ugo Rossi

*Assessore alla Salute
e Politiche sociali*

Lorenzo Dellai

*Presidente della Provincia
autonoma di Trento*

Indice

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

Parte I **Stato di salute della popolazione**

Cap. 1

Il quadro di riferimento	13
---------------------------------------	-----------

1.1 Il territorio e la popolazione	13
--	----

Cap. 2

Lo stato di salute della popolazione trentina	27
--	-----------

2.1 I determinanti della salute e loro caratterizzazione nel contesto europeo, italiano e trentino	27
---	----

2.2 Le tendenze e le principali problematiche di salute nel contesto europeo, in Italia e in Trentino	35
--	----

2.3 Gli indicatori disponibili dello stato di salute della popolazione	37
--	----

2.4 Analisi delle principali patologie che affliggono la popolazione trentina	56
---	----

2.4.1 Malattie del sistema cardiocircolatorio	56
---	----

2.4.2 Tumori	56
--------------------	----

2.4.3 Malattie dell'apparato respiratorio	59
---	----

2.4.4 Malattie dell'apparato digerente	59
--	----

2.4.5 Traumatismi e avvelenamenti	60
---	----

2.4.6 Salute mentale	60
----------------------------	----

2.4.7 Disabilità	63
------------------------	----

2.4.8 Tossicodipendenze	66
-------------------------------	----

2.4.9 Alcolismo	78
-----------------------	----

2.4.10 Incidenti domestici	70
----------------------------------	----

2.4.11 Incidenti stradali	72
---------------------------------	----

2.4.12 Infortuni sul lavoro e malattie professionali	75
--	----

2.5 L'approccio "salute-stagioni della vita"	79
--	----

Parte II

Gestione ed efficienza dei servizi sanitari

Cap. 3

Il Servizio sanitario provinciale: struttura, organizzazione e spesa	85
3.1 L'assetto istituzionale e organizzativo del settore sanitario provinciale	85
3.2 I livelli di assistenza sanitaria.	87
3.3 L'offerta sanitaria	93
3.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	93
3.3.2 Assistenza distrettuale	100
3.3.3 Assistenza ospedaliera.	136
3.4 Profili di salute: gli indicatori più significativi	158
3.5 La mobilità sanitaria interregionale (attiva e passiva).	167
3.6 La spesa sanitaria di parte corrente	186
3.7 La spesa sanitaria di parte capitale	203

Parte III

Stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale

Premessa	213
--------------------	-----

Cap. 4

Il contesto sanitario italiano	214
---	------------

Cap. 5

Il Servizio sanitario provinciale	219
Introduzione.	219
5.1 Il Modello EFQM dell'Azienda sanitaria	222
5.1.1 La gestione della leadership	225
5.1.2 La gestione di politiche e strategie	227
5.1.3 La gestione del personale.	256
5.1.4 La gestione delle risorse e delle alleanze	282
5.1.5 La gestione dei Livelli di assistenza.	344
5.2 Gli obiettivi annuali assegnati dalla Giunta provinciale	387
5.2.1 Area 1: Promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie.	387
5.2.2 Area 2: Patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare	390
5.2.3 Area 3: Livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi	394
5.2.4 Area 4: Strategie per il miglioramento dei servizi.	402

Riferimenti bibliografici	409
-------------------------------------	-----

Premessa

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

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

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

Parte I
Lo stato di salute
della popolazione trentina

1

Il quadro di riferimento

1.1 Il territorio e la popolazione

Il territorio della Provincia autonoma di Trento, situato nella regione alpina, si suddivide in 223 comuni^[1] e la sua superficie di 6.206 kmq è occupata per l'84% da aziende agricole o coperta da foreste, e per il rimanente 16% da terreni improduttivi comprendenti acque (1,6%), fabbricati (1,6%), infrastrutture di urbanizzazione (1,3%) e terreni sterili per natura o dal punto di vista agrario (11,5%). Il 70% del territorio trentino è situato a un'altitudine superiore ai 1.000 metri sul livello del mare e la conformazione orografica contribuisce in modo rilevante a caratterizzare l'insediamento della popolazione residente, con una densità di 84,5 ab./km², nettamente inferiore al corrispondente valore nazionale (194 ab./km² – dato 2006): popolazione e densità sono, tuttavia, in costante aumento negli anni anche in provincia di Trento. È quasi stabilizzato il processo di concentrazione della popolazione nei centri di fondovalle fino ai 500 metri d'altitudine, mentre la popolazione che risiede a un'altitudine superiore ai 750 metri sul livello del mare è in leggero declino e ammonta a circa il 20% del totale (quasi 100.000 persone).

La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali (nascite e morti) e migratorie costituiscono un indicatore della sua vitalità demografica e anche, in via indiretta, un indicatore della caratterizzazione socio-economica. Il cambiamento demografico è destinato a influire marcatamente anche nel settore sanitario: infatti, poiché alle diverse stagioni di vita si associano profili di salute e bisogni sanitari e d'assistenza profondamente differenti, è importante conoscere come la popolazione si distribuisce nelle diverse classi d'età.

Al 30 dicembre 2009 la popolazione residente in Trentino ammonta a 524.826 persone, con un aumento assoluto rispetto al 2008 di 5.026 unità, equivalente a un incremento relativo del 9,7 per mille.

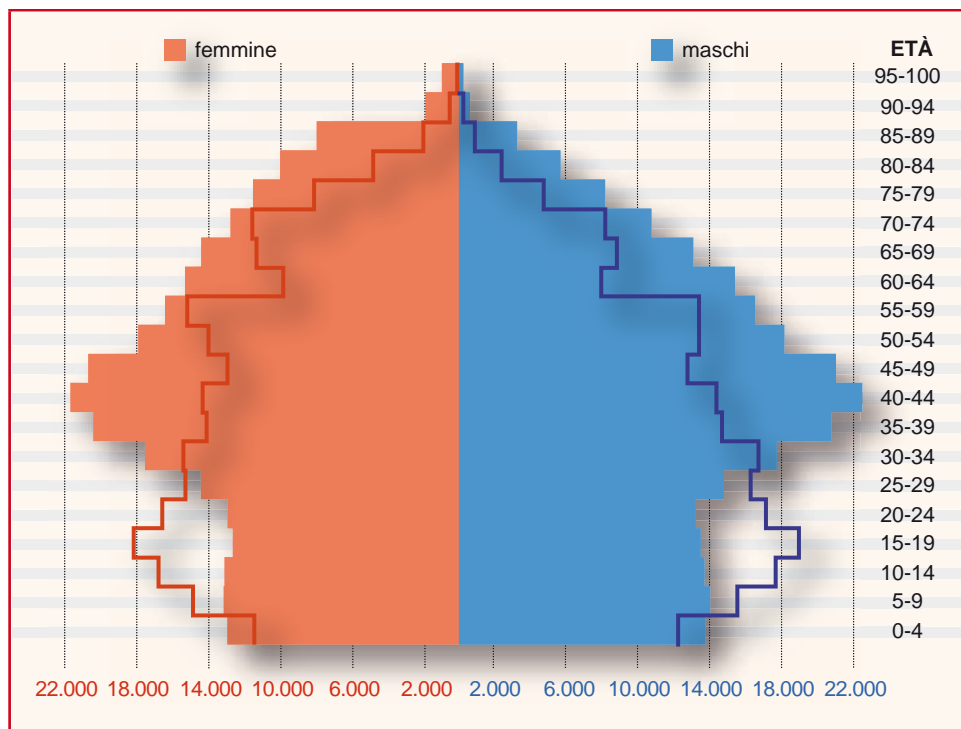
^[1] Riforma istituzionale – Comunità di Valle – unione di comuni: a decorrere dal 1 gennaio 2010 i comuni di Bleggio Inferiore e Lomaso sono aggregati nel Comune di Comano Terme e i comuni di Bezzecca, Concei, Molina di Ledro, Pieve di Ledro, Tiarno di Sopra e Tiarno di Sotto nel Comune di Ledro. Pertanto, i comuni trentini saranno 217.

TAB. 1.1 Popolazione residente per sesso e classi d'età/stagioni di vita: valore assoluto e valore percentuale – Anno 2009.

CLASSI DI ETÀ	FEMMINE		MASCHI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
primo anno di vita	2.570	1,0	2.697	1,1	5.267	1,0
da 1 a 14 anni	36.454	13,6	38.748	15,1	75.202	14,3
da 15 a 24 anni	25.456	9,5	26.675	10,4	52.131	9,9
da 25 a 49 anni	94.550	35,3	96.763	37,7	191.313	36,5
da 50 a 64 anni	49.473	18,4	50.025	19,5	99.498	19,0
da 65 a 74 anni	27.044	10,1	23.782	9,3	50.826	9,7
da 75 a 99 anni	32.502	12,1	17.875	7,0	50.377	9,6
100 anni e oltre	175	0,1	37	0,0	212	0,0
Totale	268.224	100,0	256.602	100,0	524.826	100,0

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

GRAF. 1.1 Provincia di Trento, "Piramide delle età" – Anno 2009. Le aree descritte dai profili scuri documentano la situazione demografica registrata nel censimento del 1981.



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

La situazione del 2009 (vedi Tabella 1.1) conferma nella sostanza le tendenze registrate negli anni precedenti, con una percentuale di persone in età uguale o maggiore di 65 anni (anziani) pari al 19,3% (101.415 persone) che supera quella delle persone in età 0-14 (giovani) pari al 15,3% e il cui rapporto (di dipendenza^[2]) peggiora rispetto alla componente attiva della popolazione (in età 15-64) che è pari al 65,3%, con conseguenti ricadute sul piano previdenziale e assistenziale.

Con riferimento alla *piramide delle età* si distingue un invecchiamento “dalla base” dovuto alla variazione delle età giovani (0-19 anni) inferiore alla variazione della popolazione totale e un invecchiamento “dal vertice” causato dalla variazione della classe anziana (oltre i 65 anni) superiore rispetto alla variazione totale.

L'età media complessiva è pari a 42,2 anni (40,6 per i maschi e 43,7 per le femmine) e appare crescente nel tempo, sia in ragione della maggiore sopravvivenza della popolazione anziana che della crescita contenuta della natalità: ogni 100 femmine nascono mediamente 106 maschi; fino ai 61 anni di età la numerosità dei maschi è superiore a quella delle femmine; oltre i 61 anni la componente femminile risulta via via crescente fino a giungere all'età di 83 anni nella quale per ogni maschio sono presenti due femmine.

Il Grafico 1.1 presenta la consistenza delle singole classi d'età mettendo a confronto la situazione demografica in Trentino nel 2009 con quella registrata nel censimento 1981.

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

La situazione vede, nel 2009, un ulteriore aumento della presenza di *stranieri* in provincia di Trento. Sono 46.044, con un aumento di 3.467 (8,1%) unità sull'anno precedente, i cittadini stranieri residenti^[3] in Trentino nel 2009, provenienti da 137 diversi Paesi^[4]: la Romania è al primo posto (oltre 7.700 presenze) seguita

^[2] Il rapporto di dipendenza degli anziani (popolazione in età 65 anni ed oltre verso popolazione in età 15-64) risulta, nel 2009, pari a 29,6 (Nord Est=32,4; Italia=30,8).

^[3] Va segnalato che la Giunta provinciale ha approvato, in proposito, uno specifico “Piano Convivenza” finalizzato a definire e sostenere un preciso “modello di coesione sociale”.

^[4] Un quarto degli immigrati in Trentino sono cittadini europei/comunitari: rumeni, albanesi, macedoni, serbi, ucraini e moldavi. Le restanti presenze straniere sono riconducibili al continente africano e, con pesi via via decrescenti, all'area asiatica (Pakistan e Cina) e a Paesi sudamericani (Brasile, Colombia, Ecuador).

dall'Albania (6.800), Marocco (4.800), Macedonia (3.200), Serbia e Montenegro (2.285) e Moldavia (2.270). La loro incidenza sul totale della popolazione residente sfiora la quota del 9% e in vari contesti locali la supera. Si tratta di un'incidenza più alta rispetto al valore medio nazionale (Italia stimata al 7,0% – 4.235.059), ma sensibilmente inferiore alla media del Nord Est (stimata al 9,8% – 1.127.987).

Il numero degli stranieri residenti in Trentino è cresciuto del 7,5% sul 2008 e, in particolare, si è arricchito di 900 nuovi nati. Il 51,5% degli immigrati sono

TAB. 1.2 Popolazione straniera residente in provincia di Trento – Anni 1993-2009

	Residenti in Trentino	Stranieri residenti	Incidenza % sulla popolazione totale	Incremento % su anno precedente
1993	—	5.625	1.2	—
1994	—	6.715	1.5	19.4
1995	—	7.418	1.6	10.5
1996	—	8.152	1.8	9.9
1997	—	9.222	2.0	13.1
1998	—	10.394	2.2	12.7
1999	—	12.165	2.6	17.0
2000	—	14.380	3.0	18.2
2001	—	16.834	3.5	17.1
2002	—	19.101	4.0	13.5
2003	—	22.953	4.7	20.2
2004	470.623	27.456	5,5	19,6
2005	472.164	30.314	6,0	10,4
2006	473.750	30.281	6,0	0,1
2007	475.390	37.967	7,4	20,2
2008	477.223	42.577	8,2	10,8
2009	478.782	46.044	8,8	8,1

Fonte: Servizio statistica PAT

TAB. 1.3 Popolazione straniera residente in provincia di Trento per genere e classe di età – Anni 2008-2009

Classi di età	0-17		18-39		40-64		65 e oltre		Totale	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Maschi	5.389	5.794	9.868	10.360	5.326	5.737	405	455	20.988	22.346
Femmine	4.933	5.242	10.177	11.032	5.901	6.729	578	695	21.589	23.698
Totale	10.322	11.036	20.045	21.392	11.227	12.466	983	1.150	42.577	44.066

donne, ma la presenza femminile cambia notevolmente da una nazionalità all'altra: nel decennio, le presenze per genere si sono equilibrate in ragione delle attività lavorative dei diversi gruppi etnici e delle politiche finalizzate ai "ricongiungimenti familiari".

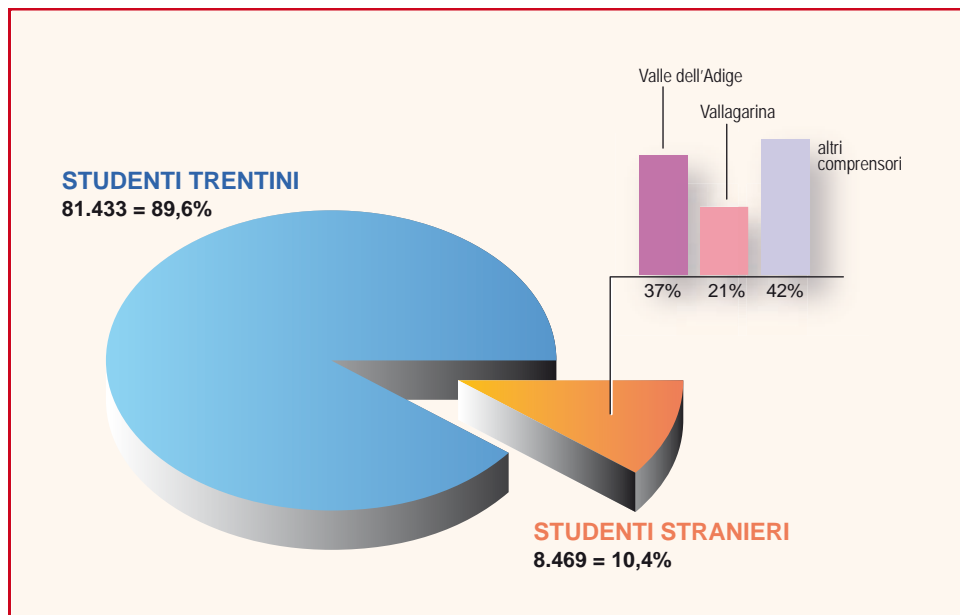
Nel 2009, il 53,4% dei permessi di soggiorno validi riguarda motivi di lavoro e il 41,4% è legata a motivi familiari: sono state 719 le richieste di ricongiungimento familiare; quasi sei domande su dieci sono riconducibili a quattro gruppi nazionali (Moldavia, Albania, Pakistan e Marocco). Il maggior numero di carte di soggiorno è stato rilasciato a cittadini immigrati di nazionalità di più antico insediamento: albanese, marocchina, macedone, serba e montenegrina.

Quasi il 40% degli stranieri risiede nel Comprensorio della Valle dell'Adige, ma anche altri territori della provincia – Valle di Non, Alto Garda e Ledro, Vallagarina – presentano un'incidenza di stranieri superiore alla media provinciale.

Quasi un quarto del totale degli stranieri residenti è in classe d'età 0-18 (minorenni) e il 10% (quasi 5.000 persone) è in classe d'età 0-5 anni.

Nell'anno scolastico 2009/2010 sono iscritti alle scuole trentine 8.469 stranieri, pari al 10,4% della popolazione scolastica (89.902 studenti), con un incremento medio del 7,5% sull'anno scolastico 2008/2009; nei centri di formazione professionale provinciali, gli studenti con cittadinanza straniera sono circa 1.000 (+15% sul 2008). Il Comprensorio della Valle dell'Adige da solo copre più di un terzo degli alunni stranieri (37%), seguito dagli istituti della Vallagarina (21%).

GRAF. 1.2 Popolazione scolastica straniera in Trentino – Anno scolastico 2009-2010.



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

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^[5]: infatti, un'immigrazione recente come quella che interessa l'Italia e il Trentino è generalmente costituita, per la maggior parte, da individui giovani e tendenzialmente sani.

Al contrario, un aspetto che impatta sensibilmente sull'organizzazione dei servizi sanitari è rappresentato dalla maggiore utilizzazione dei servizi materno-infantili da parte dell'elevato numero di coppie giovani con una propensione alla procreazione decisamente superiore a quella delle coppie italiane: le pazienti immigrate sono ricoverate, per il 50% dei casi, per problemi attinenti all'evento riproduttivo (gravidanza, parto o puerperio).

I ricoveri ospedalieri in provincia di Trento di pazienti stranieri sono stati 6.580 (stabili sul 2008), con un'incidenza proporzionale al numero di stranieri residenti.

Il peso degli accessi degli stranieri ai servizi di Pronto soccorso risulta, nel 2009, pari al 15%: i cittadini stranieri maschi sono più esposti degli italiani a traumatismi (infortuni sul lavoro).

La generale tendenza a una diminuzione dei giovani si accompagna a un aumento della consistenza degli anziani, ma anche delle classi d'età che partono dai 30 anni, con un'evidente differenza tra i due sessi, espressa anche dall'*indice di vecchiaia* – che deriva dal rapporto percentuale tra la popolazione residente con età uguale e maggiore a 65 anni e quella con età compresa fra 0 e 14 anni – rappresentato nelle Tabelle e nei Grafici seguenti. La presenza della popolazione d'età molto anziana – i "*grandi vecchi*" con età oltre i 75 anni (50.589 nel 2009 – 49.660 nel 2008), da un lato rappresenta la quota di popolazione esposta al rischio di malattie invalidanti e di morte e, quindi, costituisce riferimento per il volume e la qualità di assistenza sanitaria (e sociale) che il sistema di welfare deve garantire, d'altro lato è un indicatore positivo di "*sopravvivenza*" dei residenti in un determinato territorio. Nell'UE-27, la quota della popolazione d'età pari o superiore ad 80 anni era pari a 1,6% nel 1963, è passata nel 2004 al 3,9; nel 2008 era pari al 4,3% e nel 2009 raggiunge il 4,4%.

Altro parametro rilevante sul quale calibrare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria (e sociale) è rappresentato dalla *struttura delle famiglie*^[6] e dalle modificazioni che la stessa subisce in funzione della denatalità (che riduce il numero di

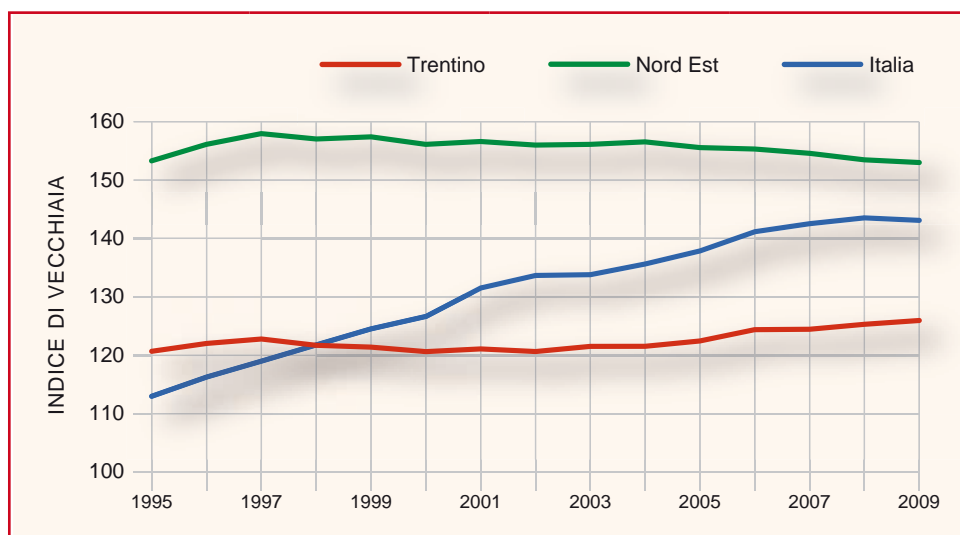
^[5] I cittadini stranieri maschi, ad esempio, sono più esposti degli italiani a traumatismi (infortuni sul lavoro).

^[6] DPR 223 del 1989- regolamento anagrafico.

Articolo 4: s'intende per *famiglia* "un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti e aventi dimora abituale nello stesso comune". Le famiglie sono conteggiate sulla base del numero di schede di famiglia presenti nell'archivio anagrafico; *Articolo 5:* agli effetti anagrafici s'intende per *convivenza* un insieme di persone normalmente coabitanti per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena, e simili, aventi dimora abituale

TAB. 1.4 / GRAF. 1.3 Confronto indice di vecchiaia 1995-2009

ANNO	TRENTINO	Nord Est	Italia
1995	120,7	152,9	113,2
1996	121,9	155,6	116,5
1997	122,8	157,6	119,4
1998	121,6	156,8	121,8
1999	121,4	157,1	124,8
2000	120,8	156,0	127,1
2001	120,9	156,4	131,4
2002	120,7	155,9	133,8
2003	121,6	155,9	133,8
2004	121,3	156,1	135,9
2005	122,5	155,5	137,8
2006	123,7	155,4	141,7
2007	124,8	154,6	142,8
2008	125,3	153,4	143,4
2008	126,0	153,0	143,0



Fonte: Servizio statistica PAT e ISTAT

TAB. 1.5 Indice di vecchiaia per genere in provincia di Trento – Anni 1981-2009

Anno	1981	1991	2001	2006	2007	2008	2009
femmine	89,3	139,1	152,9	151,7	152,6	152,6	152,7
maschi	55,3	81,6	92,5	97,2	98,6	99,5	100,1
TOTALE	71,9	109,5	120,9	123,7	124,8	125,3	126,0

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

TAB. 1.6 Trentino – Famiglie e convivenze – Anno 2009

	FAMIGLIE	Componenti delle famiglie	Componenti per famiglia	CONVIVENZE	Componenti delle convivenze
TRENTINO	222.780	520.192	2,3	335	4.634
Nord Est	4.928.479	11.467.800	2,3	6.205	84.412
Italia	24.905.000	60.020.796	2,4	28.419	319.532

Fonte: Servizio statistica PAT – ISTAT

figli per nucleo), della sopravvivenza degli anziani (che fa aumentare il numero di famiglie costituite dal nucleo originario o da uno solo dei coniugi), di separazioni e divorzi (che fanno aumentare le famiglie nelle quali un solo genitore, per lo più la madre, convive con i propri figli). Si rileva, in particolare, che nel 2009 sul totale dei nuclei famigliari, le coppie (famiglie) con figli sono il 57,1%; le coppie (famiglie) senza figli il 32,1% e le famiglie unipersonali il 33,5%.

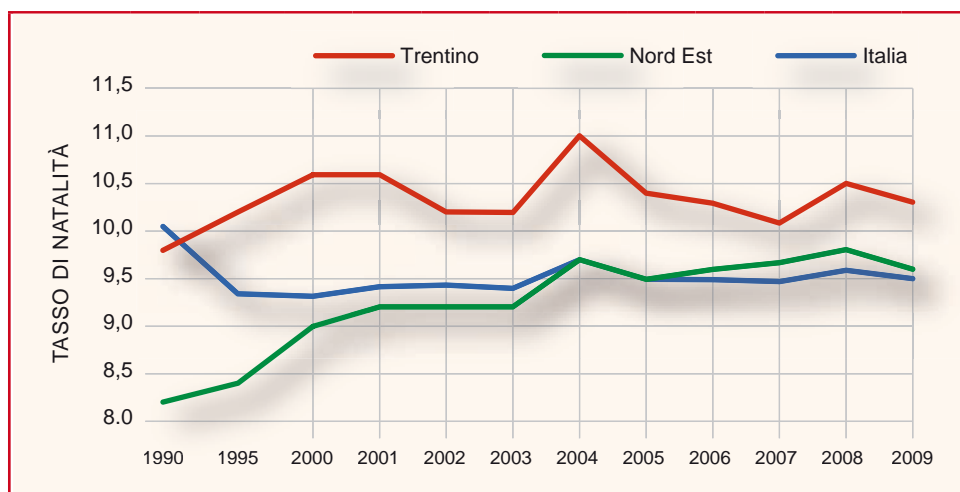
Con riferimento alla dimensione strutturale della popolazione è proposto un confronto – tra la situazione trentina, quella del Nord Est e quella dell'Italia – sulla base dei tradizionali *indicatori*: tasso di natalità, tasso di fecondità, tasso di mortalità, tasso naturale e tasso migratorio.

- ▶ Il *tasso di natalità* è espresso dal rapporto tra numero dei nati vivi residenti nell'anno di riferimento e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000. Nel 2009, si è attestato sul valore di 10,3 nati per 1.000 abitanti, a un livello lievemente inferiore a quello dell'anno precedente (10,5 per mille) e superiore rispetto alla media nazionale (stimata al 9,5 per mille). Si rileva, dopo il 2004, un decremento negli anni più recenti. In particolare, nel 2009 sono nati nei presidi ospedalieri trentini 5.044 bambini, a cui si aggiungono i 20 nati a domicilio, gli 8 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 93 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in provincia di Trento, per un totale di 5.165 neonati, con un decremento di 113 nati rispetto all'anno precedente. Nel contesto nazionale, la Provincia autonoma di Trento si colloca al 3° posto (prima la Provincia autonoma di Bolzano con 10,4 e ultimo il Molise con 7,4).
- ▶ Il *numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale)* è espresso dalla somma dei quozienti specifici di fecondità, calcolati rapportando, per ogni età

nello stesso comune. Le persone addette alla convivenza per ragioni di impiego o di lavoro, se vi convivono abitualmente, sono considerate membri della convivenza, purché non costituiscano famiglie a sé stanti. Le persone ospitate anche abitualmente in alberghi, locande, pensioni e simili non costituiscono convivenza anagrafica". Le convivenze anagrafiche sono conteggiate sulla base del numero di schede di convivenza presenti negli archivi anagrafici.

TAB. 1.7 / GRAF. 1.4 Tasso di natalità: Trend 1990-2009

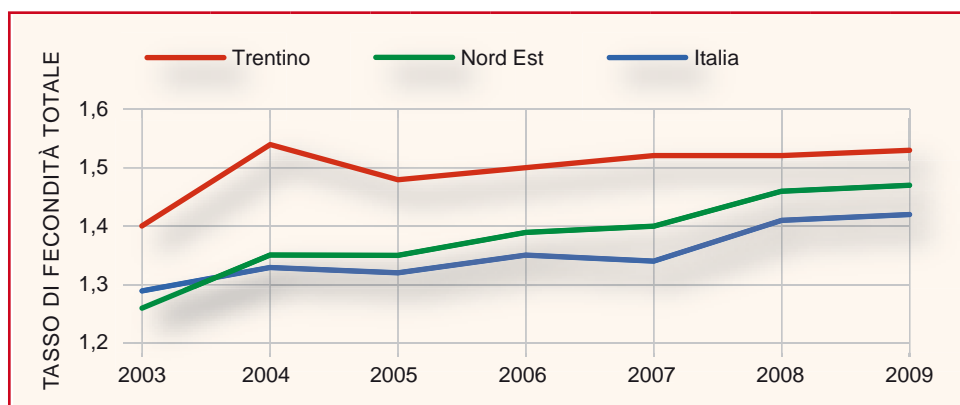
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TRENTINO	9,8	10,2	10,6	10,6	10,2	9,8	11,0	10,4	10,3	10,1	10,5	10,3
Nord Est	8,2	8,4	9,0	9,2	9,2	9,2	9,7	9,5	9,6	9,7	9,8	9,6
Italia	10,1	9,4	9,3	9,4	9,4	10,1	9,7	9,5	9,5	9,5	9,6	9,5



Fonte: Servizio statistica PAT - ISTAT - Eurostat

TAB. 1.8 / GRAF. 1.5 Tasso di fecondità totale - Trend (1960,1990: dati nazionali) 2003-2009

	1960	1990	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TRENTINO			1,40	1,54	1,48	1,50	1,52	1,52	1,53
Nord Est			1,26	1,35	1,35	1,39	1,40	1,46	1,47
Italia	2,70	1,20	1,29	1,33	1,32	1,35	1,34	1,41	1,42



Fonte: Servizio statistica PAT - ISTAT - Eurostat

feconda (tra i 15 e i 49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile residente.

Il tasso di fecondità totale è, in Trentino per il 2009, pari a 1,53 figli per ogni donna in età feconda, verso un valore nazionale pari a 1,40 e un valore dell'Unione europea (dei 15) stimato pari a 1,55. Nella graduatoria italiana per l'anno 2009, il Trentino si colloca al 2° posto dopo la Valle d'Aosta che registra 1,60 figli per ogni donna in età feconda; l'ultimo posto è occupato dalla Sardegna (1,10).

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

- alla diminuzione del tasso di nuzialità^[7];
- all'aumento progressivo dell'età media al primo matrimonio^[8];
- alla posticipazione delle scelte procreative^[9];
- ai problemi di sterilità e infertilità^[10];
- all'aumento delle madri nubili^[11];
- alla diminuzione del numero di figli avuti (solo il 10% delle famiglie conta 4 o più membri);
- all'aumento della percentuale dei nuclei unipersonali (per lo più anziani soli);
- al procrastinarsi delle scelte di formazione di nuove famiglie;
- alla sostanziale stabilità dei nuclei familiari (l'incidenza dei divorzi sul totale dei matrimoni si è attestata, nel 2009 in Trentino, sul 27,0% vs un dato europeo del 45,6%).

- ▶ Il *tasso di fertilità*, che esprime il numero di nati da donne in età 15-49 anni, si attesta, in Trentino nel 2009 sul valore di 44,6 (Nord Est=42,4; Italia=40,6).
- ▶ Il *tasso di mortalità* indica il numero totale di decessi ogni 10.000 abitanti: per la Provincia di Trento, il tasso è da tempo sensibilmente più basso della media nazionale e delle regioni del Nord Est. Nell'anno 2009 sono stati registrati 4.622 decessi di persone residenti (4.609 nel 2008 –

^[7] Il tasso di nuzialità, che esprime il numero di matrimoni sulla popolazione in età 20-59 anni, è nel 2009 pari a 5,8 (Italia=4,0; Nord Est=3,5).

^[8] L'età media della sposa al primo matrimonio risulta, nel 2009, pari a 30,6 anni (Italia=30,4; UE-15=28,3).

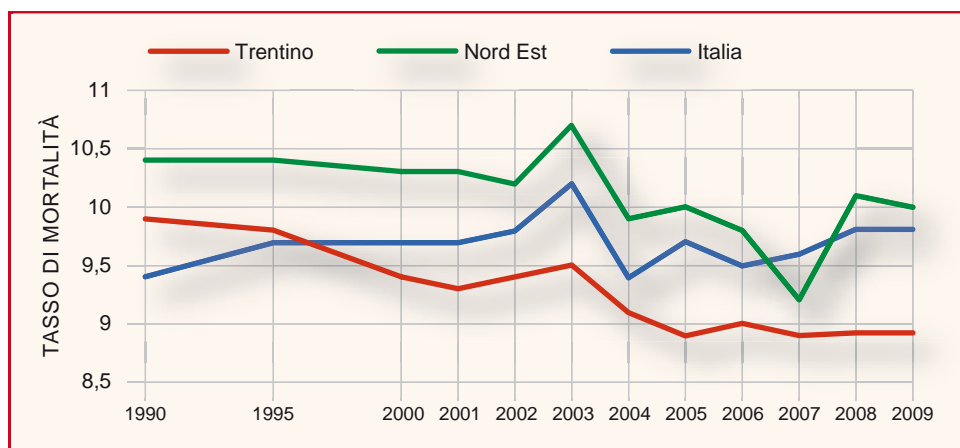
^[9] L'età media delle donne al parto è stata, in Trentino nel 2009, pari a 31,5 anni; per le mamme Trentine l'età mediana al parto è stata pari a 33 anni, per le mamme straniere pari a 28 anni. Si registrano anche mamme minorenni (0,3%).

^[10] Nel 2009, l'1,3% delle partorienti ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita.

^[11] Continua il trend in crescita dal 7,6% del 1990, al 21% del 2009.

TAB. 1.8 / GRAF. 1.6 Tasso grezzo complessivo di mortalità – Trend 1990-2009

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TRENTINO	99	98	94	93	89	95	91	89	90	89,5	89,2	89,0
Nord Est	104	104	103	103	92	107	99	100	98	92,1	101,0	100,0
Italia	94	97	97	97	98	102	94	97	95	96,1	98,0	98,0



Fonte: ISTAT

4.567 nel 2007), ripartiti in 2.246 maschi (48,6%) e 2.376 femmine. Il tasso grezzo complessivo di mortalità (rapporto fra il numero dei morti residenti e la popolazione media residente) è risultato pari a 89,0/10.000 residenti, leggermente inferiore all'anno precedente e ancora al di sotto della media nazionale (stimata al 98,0/10.000).

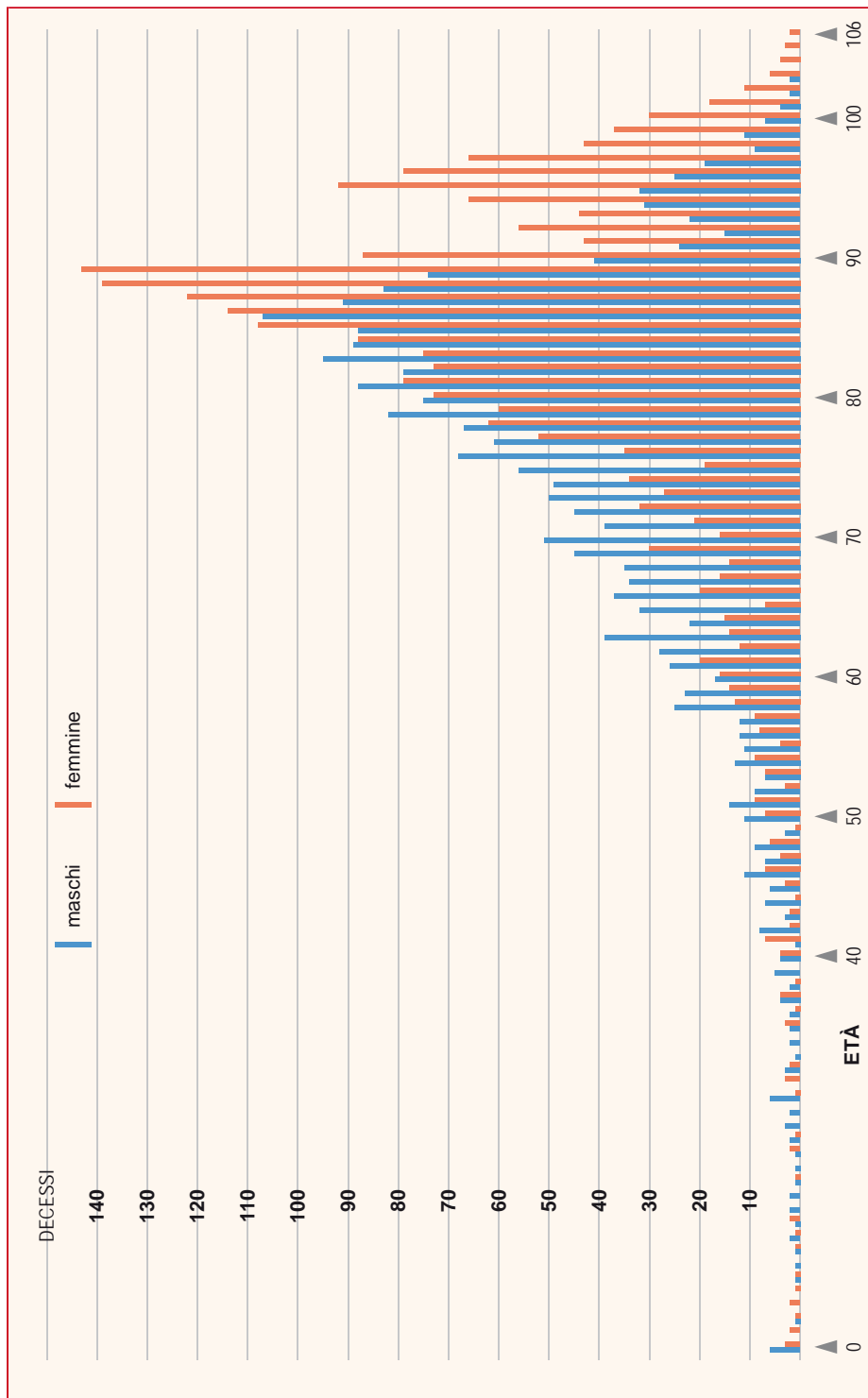
L'analisi dell'età media alla morte della popolazione residente mostra che nel 1980 era pari a 71,2 anni, mentre nel 2009 è pari a 79,3 anni; notevole è il divario tra i due sessi: l'età media alla morte dei maschi è passata da 68,2 anni del 1980 a 76,0 anni del 2009; per le femmine è salita da 74,9 anni del 1980 a 82,4 anni del 2009. Nell'arco di 30 anni la vita media degli uomini e delle donne si è allungata di 8 anni.

Nel confronto con le altre regioni italiane, il tasso di mortalità grezzo complessivo del Trentino si colloca al 18° posto; prima la Liguria con il numero maggiore di decessi ogni 10.000 abitanti (13,5) e ultima la Provincia autonoma di Bolzano con 7,6 decessi ogni 10.000 abitanti).

Nel Grafico 1.7 è evidenziata la distribuzione del numero di decessi nell'anno 2009 secondo l'età e il genere.

Con particolare riferimento ai *movimenti della popolazione* – nascite, morti, immigrazioni ed emigrazioni – l'andamento nel tempo è dato dal tasso naturale e da quello migratorio.

GRAF. 1.7 Provincia di Trento. Decessi per età e genere – Anno 2009

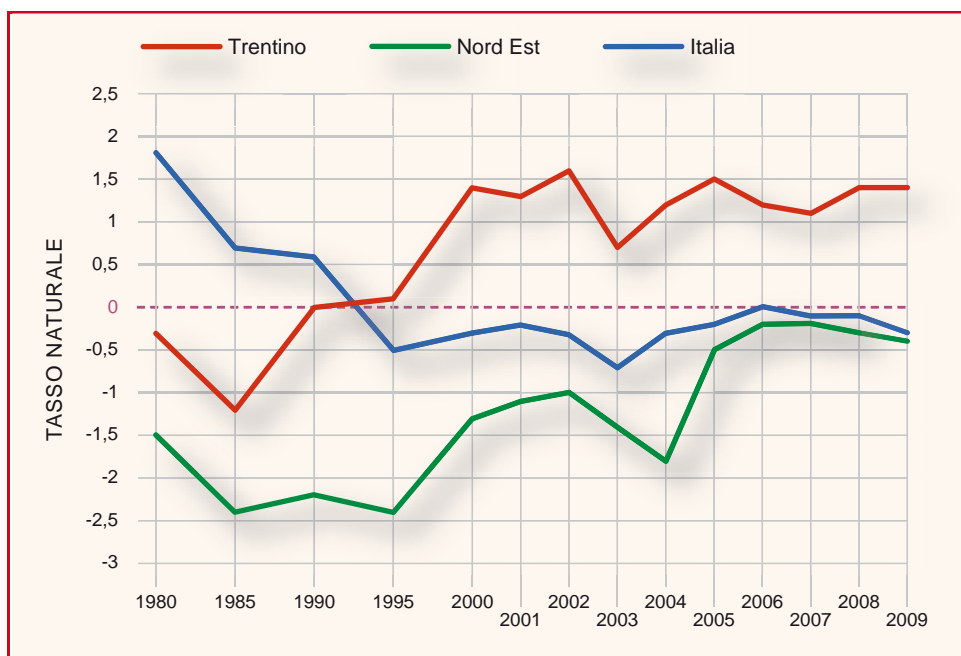


Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria, su dati Servizio Statistica PAT

- Il *saldo naturale*, che indica l'incremento o decremento percentuale della popolazione a fine anno determinato dalla differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità, si presenta con segno nettamente positivo (+734 unità), confermando una tendenza positiva, rispetto agli andamenti del Nord Est e dell'Italia, in atto dalla seconda metà degli anni Novanta. Il trend del tasso naturale per gli anni 1980-2009 è visualizzato in Tabella 1.9/Grafico 1.8.
- Il *tasso migratorio* riporta il saldo migratorio (per l'anno 2009=5.055 – per l'anno 2008=6.062) alla popolazione residente a fine anno (per il 2009=524.826 – per il 2008=519.800); indica l'incremento o decremento percentuale della popolazione determinato dal movimento migratorio. Nel 2009 si è registrata una diminuzione di circa 1.000 unità nelle iscrizioni dall'estero. Il trend del tasso migratorio per gli anni 1992-2009 è visualizzato in Tabella 1.10/ Grafico 1.9.

TAB. 1.9 / GRAF. 1.8 Tasso naturale della popolazione – Anni 1980-2009

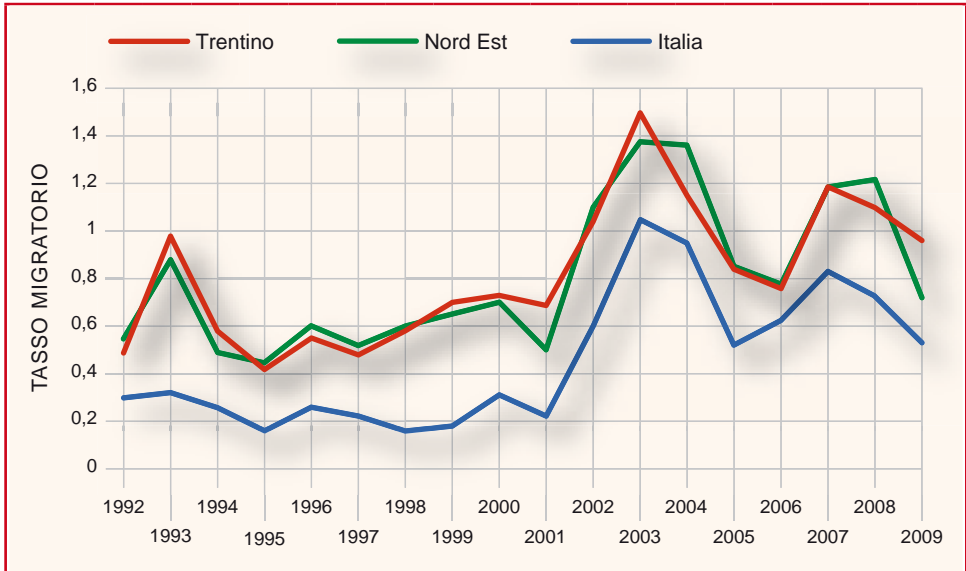
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TRENTINO	-0,3	-1,2	0,0	0,1	1,4	1,3	1,6	0,7	1,2	1,5	1,2	1,1	1,4	1,4
Nord Est	-1,5	-2,4	-2,2	-2,4	-1,3	-1,1	-1,0	-1,4	-1,8	-0,5	-0,2	-0,2	-0,3	-0,4
Italia	1,8	0,7	0,6	-0,5	-0,3	-0,2	-0,3	-0,7	-0,3	-0,2	-0,0	-0,1	-0,1	-0,3



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

TAB. 1.10 / GRAF. 1.9 Tasso migratorio: 1992-2009

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TRENTINO	0,49	0,98	0,58	0,42	0,55	0,48	0,58	0,70	0,73	0,69	1,04	1,50	1,15	0,84	0,76	1,19	1,10	0,96
Nord Est	0,55	0,88	0,49	0,45	0,60	0,52	0,60	0,65	0,70	0,73	1,10	1,38	1,36	0,85	0,78	1,19	1,22	0,72
Italia	0,30	0,32	0,26	0,16	0,26	0,22	0,16	0,18	0,31	0,22	0,60	1,05	0,95	0,52	0,62	0,83	0,73	0,53



Fonte: ISTAT – Servizio statistica PAT

2

Lo stato di salute della popolazione trentina

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

La ricerca e l'analisi dei "determinanti" della salute è fondamentale per comprendere lo stato di salute di una popolazione: nello specifico, è dimostrato che fattori demografici, socio-economici, ambientali, comportamenti e stili di vita incidono – nel loro insieme – nella misura di circa l'80% nella definizione dello stato di salute della popolazione, mentre i fattori genetico-biologici contano solo per il 20%.

Le cattive condizioni economiche e sociali – povertà, esclusione, disoccupazione, alloggi inadeguati – contribuiscono alle *disuguaglianze di salute* che, per essere affrontate, richiedono sforzi integrati ed extra-sanitari, compreso il settore privato, e l'impegno condiviso dal livello locale a quello sovranazionale.

In quest'ottica si sta sviluppando il cosiddetto *Health Impact Assessment (HIA)*, o *valutazione d'impatto sulla salute (VIS)*, che è un insieme di procedure e metodiche – finalizzato a determinare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione da politiche, programmi e progetti, in settori anche non sanitari (es. ambiente, urbanistica, trasporti, viabilità) – che analizza le conseguenze dirette e indirette sul benessere della collettività derivanti da una modifica dei molteplici determinanti di salute.

In linea con quanto proposto dal libro bianco dell'Ue "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"^[1], l'HIA implica il passaggio da un approccio verticale – che vede la salute promossa, gestita e valutata da enti e operatori del mondo sanitario – a un approccio orizzontale in cui *qualunque tipo di politica si interroga sul possibile effetto delle proprie decisioni sulla salute della popolazione*.

Il servizio sanitario nazionale è tenuto a partecipare alla definizione e alla condivisione delle politiche che coinvolgono i determinanti di salute – ovvero

^[1] (*Health in All Policies - Intersectoral Action for Health*, OMS, 1997) definito come "l'azione attraverso la quale il settore sanitario e altri rilevanti settori dell'economia collaborano ed interagiscono per raggiungere obiettivi di salute".

degli elementi che, interagendo con l'ambiente, conservano o modificano, fino ad alterarle, le condizioni di salute degli individui e delle comunità – spostando l'oggetto della sua osservazione dalle cause dirette di malattia e salute dei singoli e delle comunità a una più mirata valutazione delle politiche che influenzano, anche indirettamente, dette cause in particolare riguardo ai fenomeni dell'inquinamento atmosferico, dei piani di sviluppo urbano e del trasporto, degli stili di vita, delle politiche economiche, delle relazioni sociali e del loro impatto sulla salute.

L'Health Impact Assessment, in particolare:

- ▶ si basa sia sull'*integrazione tra le diverse politiche* che direttamente o indirettamente generano effetto in termini di salute sia sulla *sensibilizzazione di tutti gli ambiti politici sui temi della salute* e, più in generale, del benessere;
- ▶ presuppone la *partecipazione attiva dei cittadini* ^[2] nelle scelte circa il futuro del proprio territorio e della propria salute, soprattutto in relazione a decisioni che generano percezioni di rischio per la salute in un orizzonte di lungo termine e che richiedono l'adozione di un approccio cautelativo, in conformità al principio di precauzione;
- ▶ richiede la *valutazione integrata, multidisciplinare e più larga possibile* per intercettare i sempre nuovi e diversi impatti sulla salute che possono derivare da scelte programmatiche che influiscano su mutamenti sociali, economici e strutturali. Per questo sono necessari un'adeguata *base di conoscenze scientifiche* (sui nessi tra politiche e salute) e *processi comunitari capaci* (per leadership politica, supporto pubblico, sostegno giuridico, supporto tecnico) *di inserire le considerazioni sulla salute e l'equità nella salute a un precoce stadio di sviluppo delle decisioni*.

Il quadro epidemiologico nazionale presenta alcune modificazioni che indicano importanti spazi di miglioramento della salute; la quota di salute maggiore può essere "guadagnata" con attività di promozione e di prevenzione primaria e secondaria e, in questo settore, dovrà essere allargato ulteriormente l'impegno del servizio sanitario nazionale anche costruendo sinergie e collaborazioni con i settori extra-sanitari nella logica, appunto, del descritto approccio di HIA.

Il Trentino s'inserisce nel quadro generale delle realtà occidentali avanzate e, pertanto, il relativo profilo epidemiologico e sociale presenta analogie sia con le altre realtà regionali italiane, sia con quelle europee, essendo influenzato dai medesimi "fattori determinanti lo stato di salute": patrimonio genetico, stile di vita, ambiente di vita, reddito e status sociale, istruzione, genere e performance del sistema sanitario.

[2] L'Unione Internazionale per la Promozione della salute, nella Conferenza di Vancouver del 2007, ha sancito che "I programmi di promozione della salute hanno un maggior successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa": *empowerment di comunità*.

- ▶ Sotto il *profilo demografico*, lo scenario evidenziato nel precedente capitolo indica due elementi caratterizzanti e rilevanti per la definizione dello stato di salute:
 - *l'invecchiamento della popolazione*, dal quale deriva un aumento delle malattie croniche e delle diverse condizioni di non autosufficienza;
 - *la presenza di persone straniere provenienti da diverse culture*, che comporta l'aumento della natalità da parte di persone non residenti e l'aumento della presenza giovanile, a cui si lega l'emergere di problematiche socio-sanitarie che derivano dalla diversa concezione/rapporto di carattere culturale nei confronti della stessa salute e della qualità della vita.
- ▶ Riguardo alla *dimensione socio-economica*, va segnalato che la presenza di condizioni sfavorevoli si pone spesso in rapporto con l'emergere di stati patologici direttamente o indirettamente correlati, in dipendenza del fatto che le stesse creano disomogenee prerogative e possibilità di usufruire dei servizi sanitari in condizioni d'equità e appropriatezza, soprattutto a livello di impostazione culturale, di informazione e di conoscenza: in tal senso, un basso livello socio-culturale favorisce anche l'associazione con comportamenti e stili di vita negativi per la mancanza della motivazione, dell'interesse e dell'acquisizione di responsabilità per l'autogestione della salute.
- ▶ Con riferimento ai *problemi congiunturali globali*, che interessano in questi ultimi anni particolarmente l'Europa, si presentano anche in Trentino – seppure in maniera più limitata che altrove, grazie alla presenza dell'intervento pubblico in molti settori e del grado elevato di coesione sociale e comunitaria esistente – nuovi fenomeni di precarietà/insicurezza e nuove forme di povertà, legati alla trasformazione del mercato del lavoro e alle dinamiche urbanistiche.
- ▶ La *situazione dell'economia trentina* s'inserisce, e dunque si accomuna, a quella generale italiana e del Nord Est: le previsioni di crescita del PIL italiano sono costantemente riviste (OCSE) al ribasso sull'anno precedente (2008=-0,4; 2009=-1,0) e confermano la ripresa non prima del 2010 (+0,7). L'andamento dell'economia trentina si differenzia da quello italiano soltanto per una minore sensibilità al ciclo e, congiuntamente all'economia nazionale, perde terreno rispetto ai paesi UE-15. In Trentino il PIL pro-capite (a prezzi correnti) del 2009 diminuisce dello 0,9% sul 2008.
- ▶ Per quanto concerne la *situazione sociale*:
 - Gli *elementi positivi* riguardano il costante progressivo aumento del livello di istruzione della popolazione trentina – con l'aumento del tasso di passaggio sia dalla scuola media inferiore a quella superiore, sia da quest'ultima verso l'università –, il livello di coesione e di sicurezza sociale e la diffusione della povertà per individui (tasso calcolato con soglia fissata al 50% della mediana della distribuzione dei redditi equivalenti in Trentino e in alcuni paesi europei) per i quali il Trentino si colloca nelle posizioni di testa.
 - Sul *versante negativo* va confermata la sempre maggiore lentezza della transizione delle giovani generazioni verso l'assunzione di un ruolo adulto

a tutti gli effetti, con le relative responsabilità personali e sociali, e l'ancora basso livello d'occupazione femminile (59,3%) che risulta essere ancora inferiore alla media UE-15 (65,7) e di 18 punti percentuali inferiore rispetto all'occupazione maschile. Il tasso d'occupazione femminile presenta, peraltro, un andamento differenziato se analizzato per classi di età (15-24; 25-54; 55-64) o per tipologia di contratto, in riferimento ai problemi di conciliazione degli impegni lavorativi con le attività di cura domestica.

- Un periodo che si connota di grave difficoltà a livello internazionale e nazionale, è confermato anche a livello locale da un *aumento della disoccupazione* per insufficiente domanda di lavoro aggiuntiva rispetto alla consistenza dell'offerta provinciale.

Il *mercato del lavoro* trentino presenta nel 2009 – considerate le molteplici concause che hanno determinato, nel 2008, la più vasta crisi economica mondiale del dopoguerra, con un'inattesa e consistente flessione di domanda di beni e servizi e la conseguente perdita occupazionale e mancanza di nuove opportunità lavorative – una sofferenza soprattutto per la componente lavorativa maschile, in particolare giovani (che non godevano delle garanzie di un posto a tempo indeterminato) e immigrati (concentrati nei settori più colpiti dalla crisi, come le costruzioni e le attività estrattive). In generale, il comparto della trasformazione e il manifatturiero hanno subito la flessione più importante, mentre il terziario ha retto meglio all'urto dirompente della recessione.

Il *tasso di disoccupazione totale* è in aumento: nel 2009 il tasso di disoccupazione è del 3,5% (nel 2008=3,3 – nel 2007=2,9). È in crescita sia la disoccupazione maschile attestata nel 2009 sul 2,7% (nel 2008=2,4 – nel 2007=1,9) che la disoccupazione femminile che è pari al 4,6% (nel 2008=4,5 – nel 2007=4,4). Il tasso di disoccupazione italiano è del 7,8%, mentre nel Nord Est è pari al 4,7%.

Il tasso di occupazione totale trentino è pari al 66,9% (nel 2008=66,7 – nel 2007=66,3), nel Nord Est è pari al 67,5%, in Italia è del 58,2 e nell'UE-15 si attesta sul 66,7%.

L'*occupazione degli immigrati* ha incontrato, in Trentino nel 2009, particolare difficoltà: nel complesso, le assunzioni sono diminuite del 7%, ma nel settore industriale il calo supera il 25%. Nel settore del lavoro interinale, strutturalmente ancora più soggetto alle fluttuazioni cicliche della domanda, la variazione in negativo si avvicina al 30%. Il tasso di disoccupazione degli immigrati ha superato il 10%, mentre è aumentato, di oltre il 50%, il numero dei cittadini stranieri iscritti nelle liste di collocamento (un terzo del totale). Lo sbocco principale delle aspirazioni di miglioramento sociale dei migranti è rappresentato dal passaggio al lavoro autonomo (nel 2009, i titolari d'impresa sono poco più di 2.200, dei quali 1.772 cittadini non co-

munitari e 471 comunitari) con la conferma delle principali specializzazioni per nazionalità: marocchini e pakistani nel commercio, cinesi nel commercio e in minor misura nella ristorazione, romeni, albanesi, serbi, macedoni e tunisini nelle costruzioni.

Nonostante alcuni segnali di miglioramento, il periodo di stagnazione permane e, in questo quadro, va sottolineato che il governo provinciale ha predisposto, in tempi molto rapidi, una serie di misure anticongiunturali locali, associata a importanti finanziamenti pubblici, volta a contrastare la negativa tendenza in atto sia sul fronte della domanda sia su quello dell'offerta.

Per un'analisi più approfondita degli elementi sociali ed economici che caratterizzano la provincia di Trento, si rinvia al "Sistema di indicatori strutturali e congiunturali sulla situazione economica e sociale del Trentino – Confronti nazionali ed europei", curato dall'Osservatorio permanente per l'economia, il lavoro e per la valutazione della domanda sociale (OPES – www.osservatoriodeltrentino.it)^[3], che fornisce un'immagine della collettività locale e della sua evoluzione nel tempo, confrontandola con il Nord Est, con il resto d'Italia e, laddove possibile, con la media dell'Europa a 15 Stati, e al "XXIV Rapporto sull'occupazione in provincia di Trento", predisposto dall'Osservatorio del mercato del lavoro (Agenzia del Lavoro – PAT; www.agenzia.lavoro.tn.it/agenzia/osservatorio), che fornisce informazioni aggiornate annualmente, relative a tutte le variabili del mercato del lavoro locale.

- ▶ Rispetto ai *fattori ambientali* si registrano anche in Trentino – nonostante la presenza di un ecosistema naturale ancora in buone condizioni e soggetto da tempo a misure di tutela attiva su vari fronti – le problematiche ecologiche che caratterizzano altre situazioni e che si concentrano soprattutto nelle aree urbane; altre forme d'inquinamento sono legate invece a fattori non dipendenti da scelte e comportamenti attuati a livello locale e, pertanto, su questi non esiste possibilità di controllo.

I *principali inquinanti*, che influenzano direttamente lo stato di salute umana, sono riferiti ai seguenti elementi:

- *Aria*^[4]: le principali sostanze inquinanti presenti nell'atmosfera che incidono sulla salute umana, sono gli ossidi di zolfo, il monossido di carbonio, le polveri PM10 o sottili, gli ossidi d'azoto, l'ozono e i composti organici volatili o idrocarburi; in quest'ambito devono avere particolare rilievo le iniziative mirate a ridurre il traffico e ad aumentare l'utilizzo di modalità di trasporto alternative ed ecologiche;

^[3] Costituito nel dicembre 2005 su base consortile da Provincia autonoma di Trento, Università degli studi di Trento e Camera di commercio industria agricoltura e artigianato di Trento.

^[4] Nel 2008 è stata emanata la nuova direttiva 2008/50/CE relativa alla qualità dell'aria ambiente e per "un'aria più pulita in Europa" che riassume, aggiorna e integra tutti gli atti emanati in precedenza

- *Acqua/suolo*: s'impone la necessità di tutelare queste risorse, preservandole da forme di sfruttamento improprio; il problema dell'inquinamento influente sulla salute umana in quest'ambito deriva dalla presenza di sostanze nocive da concimi, pesticidi e fitofarmaci utilizzati per le coltivazioni alimentari così come dai rifiuti e scarti delle produzioni industriali, con la principale conseguenza di accumulo delle stesse lungo la catena che conduce alla produzione degli alimenti a uso umano;
- *Rifiuti*: tralasciando il problema della sostenibilità ambientale e dell'impatto ecologico, il peso di questo fattore sulla salute umana dipende dal successo delle forme di riciclaggio e della scelta delle modalità per il loro smaltimento;
- *Radioattività naturale*: riguarda sia i raggi cosmici sia il radon che, a concentrazioni elevate, risulta pericoloso per la salute umana; trattasi

(valutazione della qualità dell'aria estesa a tutto il territorio, zonizzazione per ogni inquinante regolamentato, gestione della qualità dell'aria ambiente).

Il "Piano provinciale di tutela della qualità dell'aria della Provincia autonoma di Trento" definisce due sole zone:

ZONA A (TN0401 - 30 comuni interessati) dove le concentrazioni di almeno un inquinante considerato superano o rischiano di superare i limiti previsti nel DM. n. 60/2002, ovvero dove almeno per un inquinante viene superata la Soglia di Valutazione Superiore (SVS).

Provincia di Trento. Comuni compresi in Zona A				
Ala	Caldonazzo	Mezzocorona	Nomi	Rovereto
Aldeno	Calliano	Mezzolombardo	Novaledo	San Michele a/A
Arco	Civezzano	Mori	Pergine V.S.	Trento
Besenello	Isera	Nago-Torbole	Pomarolo	Villa Lagarina
Borgo Valsugana	Lavis	Nave San Rocco	Riva Del Garda	Volano
Calceranica	Levico Terme	Nogaredo	Roncegno	Zambana

ZONA B (TN0402 - Tutti gli altri comuni) dove le concentrazioni di tutti gli inquinanti considerati risultano inferiori sia al Valore Limite (VL) che alla Soglia di Valutazione Superiore (SVS).

La qualità dell'aria in Provincia di Trento si conferma ampiamente entro i limiti per il Monossido di carbonio, il Biossido di zolfo ed il Benzene. Permangono alcune difficoltà legate agli ossidi di azoto, in particolare nei tratti monitorati da stazioni di "traffico". Anche per l'ozono rimane problematico il rispetto della soglia, cosiddetta, di "allarme" (che non è valore limite) considerata protettiva per la salute umana, dato che le dinamiche di formazione e diffusione di tale sostanza hanno carattere sovra-regionale e più spesso anche sovra-nazionale.

Il 2009 ha rappresentato, in tutte le stazioni in Provincia di Trento per il PM10, il raggiungimento del completo rispetto dei limiti fissati, sia per quanto riguarda il limite di media annuale (40 µg/m³) sia, per la prima volta, il limite previsto per il numero massimo di giornate con concentrazione superiore a 50 µg/m³.

Coerentemente con il dato che, per la prima volta ed in tutte le stazioni di misura, conferma il rispetto dei limiti fissati per il PM10, si evidenzia nel 2009, una marcata riduzione dei decessi e dei ricoveri per malattie respiratorie e cardiovascolari attribuibili all'esposizione al PM10 rispetto al periodo 2005-2008.

comunque di un problema non eliminabile, contrastabile solo con misure che possano limitare al massimo l'esposizione;

- *Inquinamento elettromagnetico*: il pericolo dell'esposizione dell'organismo umano ai campi elettromagnetici è un problema d'interesse recente, connesso all'impiego sempre più massiccio delle onde elettromagnetiche in tutti i settori della vita quotidiana. Si registra peraltro una relativa disomogeneità dei risultati derivanti dagli studi scientifici sugli effetti biologici sull'uomo di questa tipologia d'inquinamento;
 - *Inquinamento acustico*: il fattore rumore è divenuto sempre più importante come elemento condizionante la salute e la qualità della vita degli individui, a causa del moltiplicarsi nella nostra società delle fonti sonore (in primis, tutti i mezzi di trasporto terrestre e aereo) i cui effetti possono comportare danni all'apparato uditivo o semplicemente disturbo psicologico causa di varie forme di stress.
- I *comportamenti e stili di vita* rappresentano, tra i "determinanti" della salute, il fattore più rilevante e influente per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie che dipende quasi esclusivamente dal controllo dell'individuo; questo fattore presuppone comunque, per essere efficacemente attivato, un processo di "empowerment" dei cittadini, che consenta loro di acquisire tutte le informazioni e le conoscenze per praticare atteggiamenti e comportamenti orientati alla responsabilità e all'autogestione nei confronti della propria salute.

I principali elementi da considerare in quest'ambito sono i seguenti:

- *l'alimentazione*: intesa, in questo caso, sul versante nutrizionale; in particolare, il consumo di cibi grassi, zuccherati e salati comporta lo sviluppo di malattie metaboliche (diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, obesità) che a loro volta inducono l'instaurarsi di patologie cardiovascolari e di specifiche forme tumorali; data la dimostrazione di questi effetti, sono in atto da tempo misure volte a promuovere un'alimentazione equilibrata nei singoli gruppi di popolazione;
- *l'attività fisica*: adeguata alle caratteristiche e necessità del singolo individuo in ogni fascia di età, si è rivelata come necessario complemento per consolidare i benefici di una corretta alimentazione; anche sulla base delle recenti prescrizioni dell'OMS, si stanno diffondendo iniziative per incentivarne la regolare e continuativa pratica;
- *il fumo da tabacco*: costituisce la sostanza voluttuaria più diffusa, al cui consumo attivo o passivo sono correlate direttamente una quota rilevante di morti per tumore; si registra di recente una regressione del fenomeno – anche in ragione delle azioni di promozione e delle svariate misure repressive attuate in tutta Europa – ma, nel contempo, questa abitudine è difficile da sradicare nella popolazione femminile (nella quale sta aumentando considerevolmente l'incidenza delle forme di cancro attribuibili a

questa causa, che sono invece in tendenziale diminuzione per gli uomini) e nelle fasce di popolazione più giovane;

- *l'abuso di alcol*: sostanzialmente stabile nel tempo nei contesti considerati, è in tendenziale aumento nelle fasce giovanili della popolazione, soprattutto maschile, correlandosi, in questi casi, con l'aumento di mortalità e invalidità causate da incidenti stradali (guida in stato di ebbrezza);
- *la dipendenza da sostanze stupefacenti*: questo fenomeno ha assunto caratteristiche diverse rispetto al passato; oggi, accanto alla presenza di situazioni di cronicità legate all'uso di eroina che riguardano soprattutto persone già adulte, si manifesta un aumento dell'uso di cocaina e, tra le fasce più giovani, delle nuove droghe di sintesi; in ordine a questi "nuovi" consumi sono in atto approfondimenti specifici mirati a indagare cause e affetti, anche in considerazione del fatto che, nel periodo più recente, l'accessibilità è altresì facilitata dall'abbassamento dei prezzi.

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

Lo stato di salute della popolazione trentina s'inserisce nello scenario di riferimento, nazionale e internazionale, caratterizzato da una compiuta "transizione epidemiologica" con la sostanziale scomparsa delle cause di morte dovute a processi morbosi acuti e la loro sostituzione con cause di morte legate a processi degenerativi a lungo decorso, in un quadro di rischi molto più contenuti e concentrati soprattutto nelle età più avanzate. In termini più analitici, vanno evidenziate le seguenti specifiche tendenze:

- ▶ *progressiva riduzione nel tempo delle malattie infettive* – grazie al rilievo assunto dalla promozione della salute, dalla prevenzione e dall'igiene pubblica – e *contestuale e importante aumento delle malattie croniche e degenerative* dovute, nella maggior parte dei casi, all'azione congiunta e sinergica dei fattori negativi derivanti dalle condizioni di vita tipiche della cosiddetta società del benessere; le malattie dell'apparato cardio e cerebro vascolare costituiscono la prima causa di malattia e di morte (1 italiano su 4 è affetto da malattie cardiache) e le patologie tumorali la seconda; degno di nota è, in questo ambito, il fatto che, a distanza di un ventennio dall'inizio dell'impegno nella lotta contro l'Aids, le nuove conoscenze hanno trasformato l'infezione da HIV da patologia invariabilmente mortale a malattia cronica controllabile per un tempo potenzialmente indefinito, consentendo di focalizzare la ricerca sul miglioramento della qualità di vita dei pazienti; anche parte della patologia tumorale può considerarsi malattia cronica in ragione dei significativi livelli di sopravvivenza ormai consolidati (a 5 anni dalla diagnosi nel 50% dei maschi e nel 60% delle femmine per il complesso di tutti i tumori);
- ▶ *aumento e differenziazione delle patologie derivanti da fenomeni di disagio esistenziale, psichico e sociale e della malattia mentale conclamata nelle sue varie forme ed espressioni*: questo complesso patologico rappresenta, in ordine di grandezza, il terzo grande ambito delle problematiche di salute che affliggono la popolazione italiana e trentina;
- ▶ *instaurarsi diffuso di situazioni di cronicità riguardanti prevalentemente la popolazione anziana e concomitante manifestarsi di forme progressive e differenziate di non autosufficienza*, come conseguenza dell'aumento costante della vita media e dell'invecchiamento della popolazione;
- ▶ *aumento di situazioni patologiche croniche e di handicap psico-fisico di carattere organico* – dovute a disturbi del metabolismo, a malformazioni genetiche, a malattie ereditarie e/o rare – che comportano la dipendenza nel tempo da

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

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

2.3 Gli indicatori disponibili dello stato di salute della popolazione

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

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

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

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

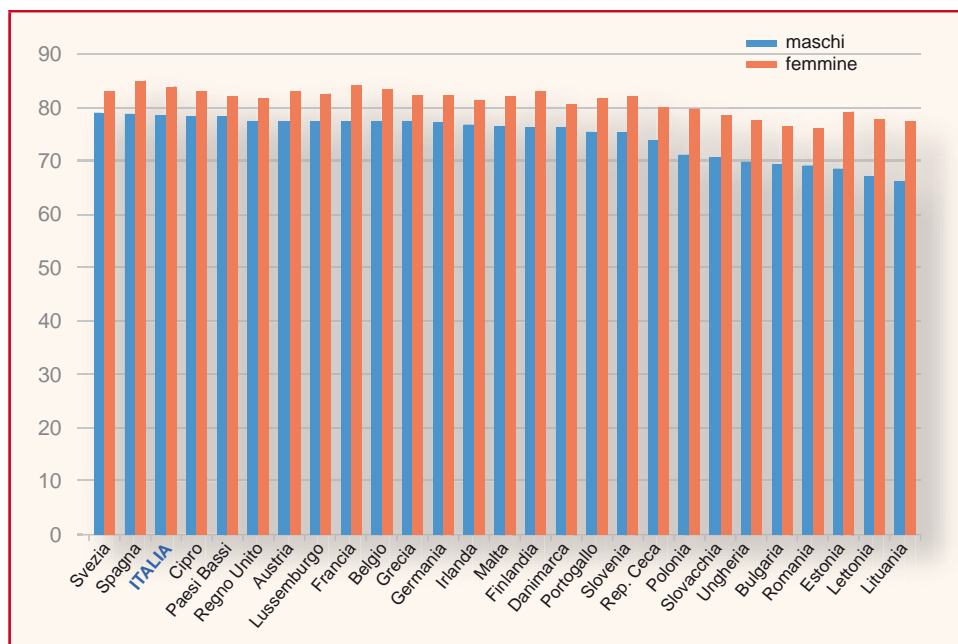
La vita media è una diretta conseguenza del tasso di mortalità e – assieme all’indice di mortalità infantile – rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione e, quindi, oltre che rappresentare semplicemente un indice demografico è utile per valutare lo stato di sviluppo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

Il confronto internazionale (Grafico 2.1, dati 2008) vede la durata media della vita in Italia tra le più lunghe in Europa: il nostro Paese è al terzo posto per i maschi (78,6 anni, dietro la Svezia = 79,1 anni e la Spagna = 78,9 anni; all’ultimo posto la Lituania = 66,3 anni) e al terzo posto per le femmine (84 anni, dietro la Spagna = 85 anni e la Francia = 84,3 anni; all’ultimo posto la Romania = 76,1 anni).

Nella graduatoria nazionale italiana della speranza di vita alla nascita, con riferimento al 2009 (Grafico 2.2), il Trentino occupa la 5ª posizione per i maschi e la 1ª posizione per le femmine (assieme all’Alto Adige).

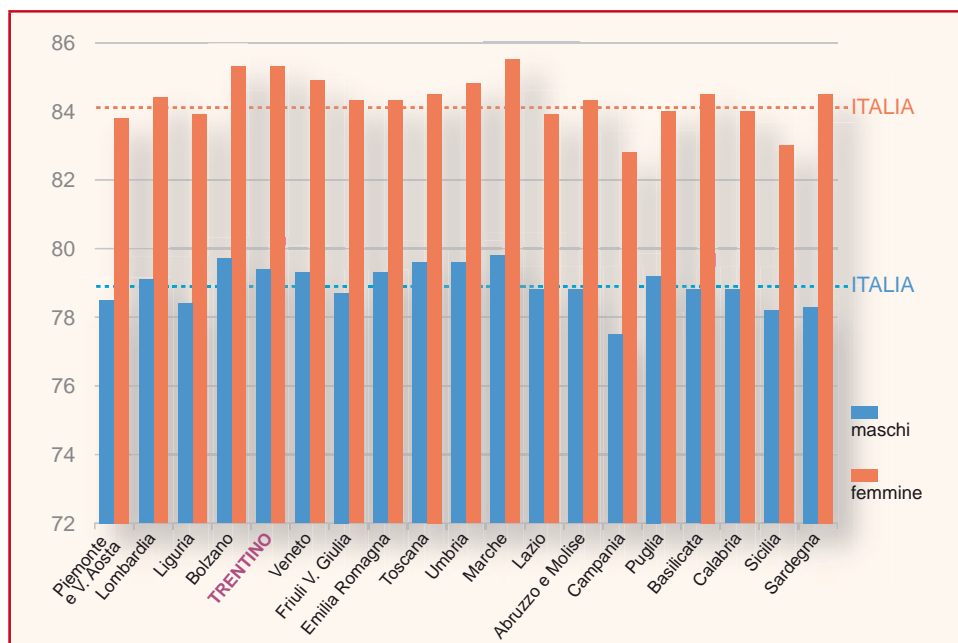
Con riferimento alla situazione trentina, la speranza di vita alla nascita (vita media) rivela – come si evince da Tabella 2.1/Grafico 2.3 – un progressivo aumento, soprattutto con riferimento alla componente maschile.

GRAF. 2.1 Speranza di vita alla nascita per genere nei paesi Ue. Dati stimati – Anno 2008



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria su dati ISTAT

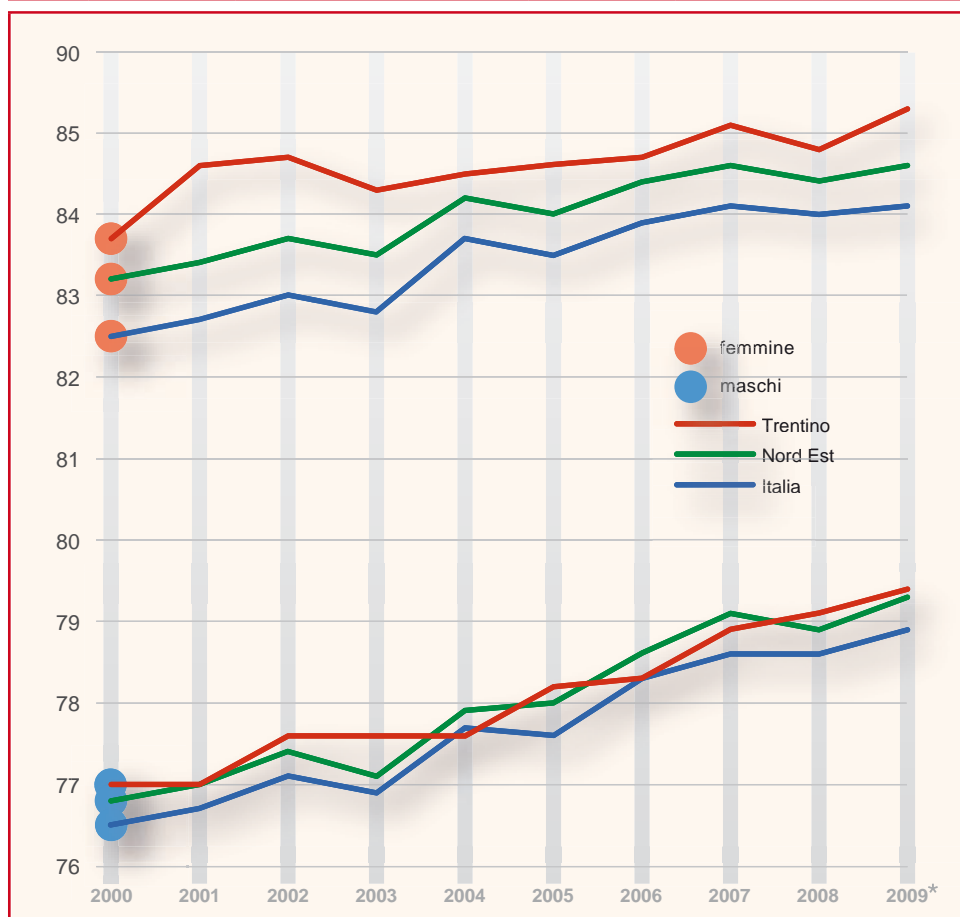
GRAF. 2.2 Speranza di vita alla nascita per genere nelle regioni italiane. Dati stimati – Anno 2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria su dati ISTAT

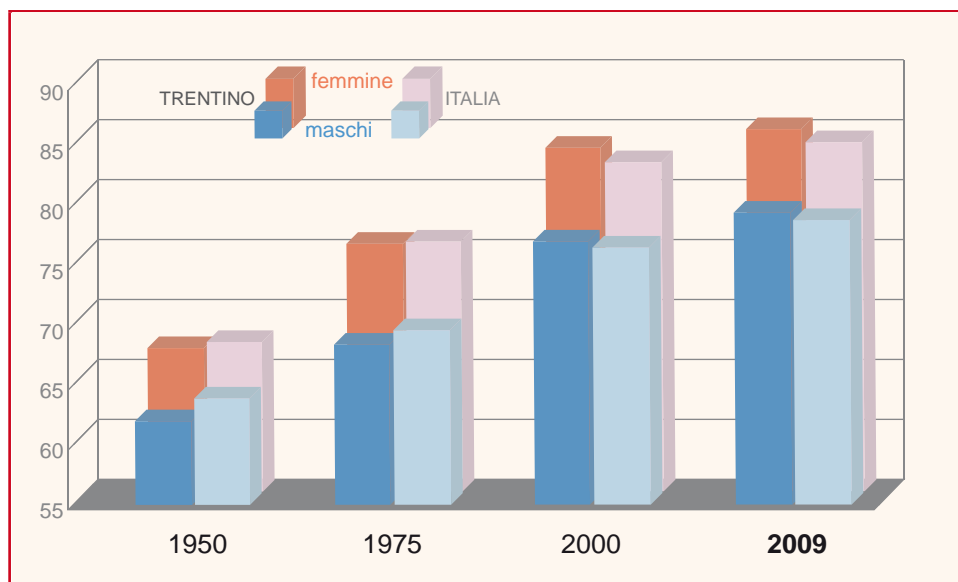
TAB. 2.1 / GRAF. 2.3 Speranza di vita alla nascita – Trend 2000-2009

	FEMMINE			MASCHI		
	Trentino	Nord Est	Italia	Trentino	Nord Est	Italia
2000	83,7	83,2	82,5	77,0	76,8	76,5
2001	84,6	83,4	82,7	77,0	77,0	76,7
2002	84,7	83,7	83,0	77,6	77,4	77,1
2003	84,3	83,5	82,8	77,4	77,1	77,2
2004	84,5	84,2	83,7	77,9	77,9	77,9
2005	84,6	84,0	83,5	78,4	78,0	77,8
2006	84,7	84,4	83,9	78,6	78,9	78,3
2007	85,1	84,6	84,1	78,9	79,1	78,6
2008	84,8	84,4	84,0	79,1	78,9	78,6
2009 *	85,3	84,6	84,1	79,4	79,3	78,9



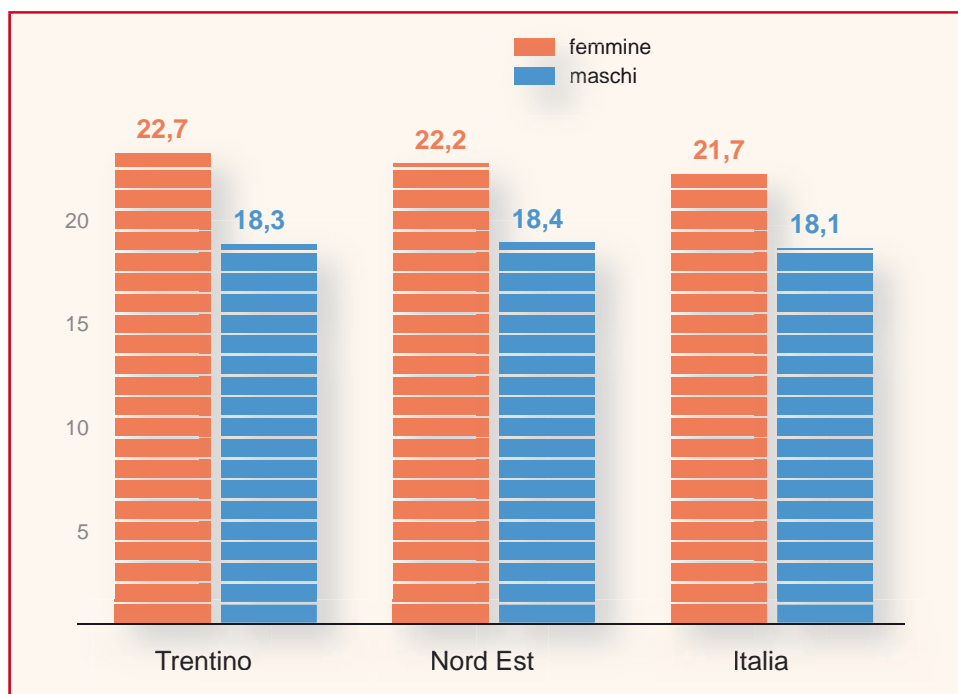
Fonte: elaborazione del Servizio Economia e Programmazione sanitaria, su dati ISTAT (* Valori stimati)

GRAF. 2.4 Speranza di vita alla nascita – Evoluzione anni 1950-2009 – Italia e Trentino



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria su dati ISTAT

GRAF. 2.5 Speranza di vita a 65 anni: Trentino, Nord Est e Italia – 2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria su dati ISTAT

Il Grafico 2.4 presenta l'evoluzione della speranza di vita alla nascita, per genere, negli anni 1950 -1975 – 2000 – 2009. Vi è da rilevare che nel corso di poco più di mezzo secolo (1950-2009), in Trentino vi è stato un aumento di vita di 17,4 anni per gli uomini e di 17,1 anni per le donne, (in Italia 15,0 anni per gli uomini e 16,6 per le donne).

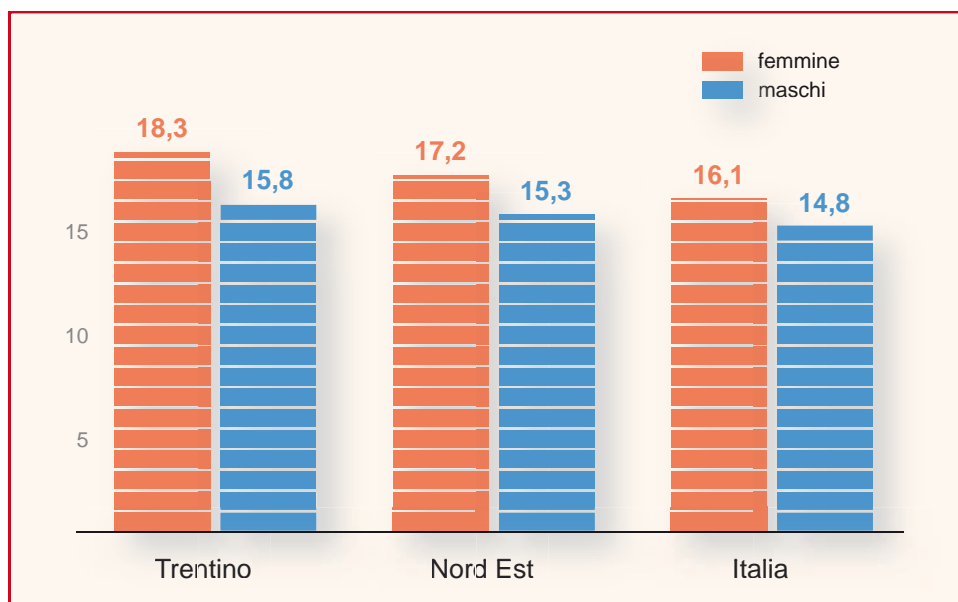
Nel Grafico 2.5 è visualizzata, per genere e in riferimento a Trentino, Nord Est e Italia, la *speranza di vita a 65 anni*, cioè il numero di anni di aspettativa di vita al raggiungimento del sessantacinquesimo anno d'età.

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

La *speranza di vita libera da disabilità a 65 anni*, esprime il numero medio di anni che una persona che entra nell'età anziana può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità (Grafico 2.6).

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

GRAF. 2.6 Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni: Trentino, Nord Est e Italia – 2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria su dati ISTAT

un incremento consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute; in tal senso, quest'indicatore è anche pertinente per misurare lo stato di salute della popolazione anziana.

Si registrano posizioni diverse rispetto all'interpretazione e alla validità di questo indicatore: alcuni studiosi propongono di adottare – anche per misurare il grado di necessità di assistenza e di costi da sostenere per il servizio sanitario – il cosiddetto *rapporto di dipendenza per disabilità negli adulti* che si basa sulla relazione fra quanti hanno bisogno di assistenza e quanti sono in grado di provvedere a loro stessi. Questo metodo, invece che basarsi genericamente sull'età della popolazione, adotta come parametro "l'aspettativa di vita libera da disabilità" (cioè gli anni vissuti in buona salute) e tiene conto comunque del fatto che la longevità guadagna terreno e, conseguentemente, anche gli anni vissuti con disabilità aumentano. Peraltro, si nota che molte persone stanno invecchiando più lentamente di quanto stimato dalle misurazioni convenzionali basate sulla semplice età cronologica (over 65 anni) e ciò implica che queste persone non hanno bisogno d'assistenza, ma possono addirittura offrire cure e supporto a chi ne ha bisogno diventando una risorsa per il sistema, piuttosto che un costo. Sembra, infatti, che a un aumento importante del rapporto di dipendenza da anzianità si associ un rapporto di disabilità che rimane costante e che la compensazione dei due effetti (più anziani, ma più a lungo sani) costituisca un aiuto alla sostenibilità del servizio sanitario.

- La *mortalità infantile* (che è il migliore indicatore d'efficacia dell'assistenza ostetrico-neonatale) esprime la *probabilità di un neonato di morire nel corso del primo anno di vita*; anche con riferimento a questo fenomeno – uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socioeconomiche, ambientali,

TAB. 2.2 Caratteristiche della mortalità neonatale e infantile in Provincia di Trento – Anni 2000-2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	1	2	3	4	2	1	2	3	3	1
Nati vivi e deceduti dal 2° al 7° giorno	4	4	4	10	7	8	4	—	1	3
Nati vivi e deceduti dall'8° al 30° giorno	6	2	2	2	3	2	5	—	4	—
Nati vivi e deceduti dal 31° giorno al 12° mese	7	2	3	3	7	2	4	2	4	3
Totale	18	10	12	19	19	13	15	5	12	7
Casi con malformazioni gravi	7	2	2	4	2	5	3	2	3	—
% casi con malformazioni gravi	38,8	20,0	16,6	21,0	10,5	38,4	20,0	40,0	25,0	—

Fonte: APSS – Servizio osservatorio epidemiologico

culturali e della qualità delle cure materno/infantili – il Trentino si colloca al minimo livello non solo con riferimento alla situazione italiana (3,4 morti per 1.000 nati vivi – dato 2007) ma anche in confronto con le migliori situazioni europee (Svezia=2,75 morti per 1.000 nati vivi – dato 2008).

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.

La mortalità neonatale (entro il 1° mese di vita), costituisce il 57,1% dei decessi infantili (nel 2008=67,0 – nel 2007=60,0 nel 2006=72,3).

TAB. 2.3 Tassi di mortalità perinatale, precoce neonatale e infantile per 1.000 nati. Provincia di Trento – Trend 1992-2008

	Perinatale	Neonatale precoce	Neonatale	Infantile
1992	5,8	3,6	3,9	6,2
1993	6,9	3,1	3,4	4,0
1994	5,3	3,6	4,2	4,9
1995	4,6	2,0	2,2	3,1
1996	4,4	0,8	1,9	3,4
1997	5,0	2,1	2,7	3,2
1998	5,3	2,0	2,5	3,3
1999	5,0	1,8	2,8	4,2
2000	3,5	1,0	2,1	3,5
2001	4,7	1,2	1,6	2,0
2002	4,3	1,4	1,8	2,4
2003	5,0	3,0	3,4	4,1
2004	4,9	1,7	2,2	3,5
2005	4,2	1,7	2,1	2,5
2006	3,4	1,2	2,2	3,0
2007	3,6	0,6	0,6	1,1
2008	4,0	0,8	1,6	2,4
2009	2,5	0,8	1,4	1,4

Fonte: Servizio statistica PAT

Legenda:

TASSI DI NATIMORTALITÀ: nati morti/1.000 nati.

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

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

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

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

Con riferimento all'area della salute riproduttiva è ancora da segnalare che, nel 2009:

- il *tasso di fecondità totale* ^[5] in Trentino è pari a 1,53 figli per donna; in Italia si è passati da valori di 2,5 figli per donna negli anni '60 a valori di 1,2 negli anni '90, cui è seguito un lieve recupero; va segnalato che il valore necessario a garantire il ricambio generazionale è pari a 2,1 figli per donna e che il dato italiano del 2009 si attesta intorno al 1,4;
- i *nati vivi residenti* sono stati 5.165 (il tasso di natalità è pari a 10,3 nati ogni 1.000 abitanti (nel 2008=10,2 – nel 2007=10,1; il valore italiano è pari a 9,5 per 1.000) e i nati morti ^[6] residenti sono stati 11 con un tasso di natimortalità pari a 2,1 per 1.000 nati (nel 2008=16 con un tasso pari a 3,0; nel 2007=15 con un tasso pari a 3,0; nel 2006=11 con un tasso pari a 2,2; nel 2005=14 con un tasso pari a 2,7; nel 2004=19 con un tasso pari a 3,6; il dato italiano, riferito al 2008, è di 2,8 per 1.000 nati);
- i *ricoverati alla nascita* ^[7] sono stati 537 (10,4%) (nel 2008=516; 9,8%) con un degenza media complessiva pari a 3,4 giorni;
- *l'allattamento al seno materno* alla dimissione riguarda il 96,5% dei neonati, pur con differenze rispetto alle sedi di dimissione (l'ospedale S. Camillo registra il valore massimo pari al 93%, l'ospedale di Cles il minore con il 71,6%);
- l'1,3% delle partorienti nel 2009 ha fatto ricorso alla tecnica della *procreazione medicalmente assistita* (PMA) ^[8]: 34 donne di età inferiore ai 35 anni (1,0% delle donne di questa fascia d'età) e 66 donne di età superiore (4,3% di questa fascia di età); il 32,3% di queste gravidanze ha dato esito a un parto gemellare (contro l'1,6% delle gravidanze "naturali"). In Italia si ricorre a una tecnica di procreazione medicalmente assistita nel 1% delle gravidanze;
- il 35,0% della totalità delle gestanti (61,8% primipare, contro il 12,7% pluri-pare) ha frequentato un *corso di preparazione alla nascita*; a livello nazionale la quota di donne che hanno partecipato a un corso di preparazione al parto per l'ultima gravidanza è pari al 30,9% (dato Istat – 2005);
- l'attività di *screening neonatale*, rivolta all'identificazione precoce di malattie metaboliche ^[9], copre virtualmente tutti i nati in provincia di Trento e for-

^[5] Somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile residente.

^[6] Per nato morto s'intende qualsiasi feto espulso morto dall'utero dopo almeno 180 giorni di gestazione, secondo l'OMS, di peso uguale o superiore a 500 grammi.

^[7] Si associa al pretermine ed al basso peso alla nascita.

^[8] Fecondazione in vitro con trasferimento in utero – FIVET(48%), iniezione intracitoplasmica dello spermatozoo – ICSI (29%), inseminazione intrauterina IUI (15%) e induzione farmacologica (7%).

^[9] Quadro normativo: legge 833/1978, legge 104/1992, DPCM 9 luglio 1999. Le patologie ricercate attraverso screening neonatale, presso il Centro regionale malattie metaboliche neonatali dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, sono le seguenti: fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, galattosemia, deficit della biotinidasi, malattia delle urine a sciroppo d'acero (Regione Veneto, Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e Provincia autonoma di Trento), deficit di glucosio-6-fosfato Deidrogenasi (Regione Veneto). L'attività di screening neonatale, rivolta all'identificazione precoce di malattie

nisce il miglior risultato nel Triveneto; la percentuale di neonati sottoposti a screening è pari al 100% per malattie metaboliche e fibrosi cistica. I dati sul complesso delle malattie metaboliche neonatali studiate sono soddisfacenti e le incidenze riportate per la provincia di Trento (nel 2009: 2 casi di ipotiroidismo congenito e 0 casi per le altre malattie) sono inferiori a quelle della letteratura internazionale e alla media del Triveneto. Da segnalare che sono in corso diverse attività di miglioramento in riferimento alle modalità di esecuzione dello screening neonatale, al controllo della copertura territoriale dello screening, all'informazione per le neomamme;

- i casi di *malformazioni congenite alla nascita* ^[10] in Trentino sono stati 73 (45 maschi e 28 femmine) (nel 2008=93 – nel 2007=73), dei quali 71 da donne residenti (-16 rispetto al 2008), per una prevalenza annuale pari a 14,5 per 1.000 nati vivi (nel 2008=17,6 – nel 2007=14,5; nel 2006=6,9; nel 2005=10,0). I casi di malformazione congenita rilevati con diagnosi prenatale e sottoposti a interruzione terapeutica di gravidanza (ITG) sono stati 39 (34 in residenti); (nel 2008=35 – nel 2007=27; nel 2006=24; nel 2005=20; nel 2004=25). Il totale complessivo dei casi registrati nel 2009, alla nascita o in gravidanza, è quindi di 112 casi, 110 in residenti (nel 2008=121 – nel 2007=100, nel 2006=59, nel 2005=72, nel 2004=78). Gli apparati più frequentemente rappresentati sono il cardiovascolare, il muscolo-scheletrico, il sistema nervoso centrale e l'apparato urinario. Tra i 112 casi complessivi identificati, 30 (26,8%) presentano un'anomalia cromosomica (di cui il 53,3% rappresentato da trisomia 21). Come atteso, la maggioranza dei casi cromosomici (76,7%) è identificata da una diagnosi prenatale e la gravidanza è stata poi interrotta. La prevalenza provinciale per tipo di anomalia è in linea con quella europea, con l'eccezione di una maggior prevalenza per le condizioni cromosomiche;
- in Trentino, nel 2009, 680 donne, pari al 13,3% (nel 2008=14,7 – nel 2007=15,5) hanno effettuato almeno un'*indagine prenatale* (amniocentesi, villocentesi, fetoscopia) per diagnosticare un'eventuale anomalia ^[11]: sono

metaboliche, è fatta su campioni di sangue prelevati ai neonati tra la terza e la quinta giornata di vita. Presso il Centro regionale per lo screening della fibrosi cistica di Verona (Ospedale di Borgo Trento) è effettuata l'attività rivolta all'identificazione della fibrosi cistica (legge 548/1993).

^[10] La prevalenza alla nascita delle malformazioni congenite, comprende i casi accertati alla nascita (fonte Cedap) e quelli accertati a seguito di diagnosi prenatale di malformazione ed esitati in una interruzione terapeutica di gravidanza (ITG).

Le malformazioni sono state classificate in *isolate*, (quando l'anomalia segnalata è unica oppure se una anomalia maggiore è associata ad una anomalia minore appartenente allo stesso apparato oppure di diverso apparato) o *associate* ad altre anomalie congenite (quando sono presenti due o più malformazioni maggiori).

^[11] Nella popolazione generale la probabilità di avere un bambino con un handicap grave è del 3-4%. Le cause più frequenti sono le anomalie cromosomiche e le malformazioni: amniocentesi, villocentesi e fetoscopia sono tecniche che consentono di diagnosticare precocemente le malformazioni fetali dovute ad alterazioni del patrimonio cromosomico.

TAB. 2.4 Provincia di Trento. Nati per punto nascita. Anni 2003-2009

SEDE DI NASCITA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 2009
Ospedale S.Chiera – Trento	1.462	1.666	1.619	1.618	1.736	1.785	1.724	33,4
Ospedale di Rovereto	831	928	879	929	914	963	958	18,5
Ospedale S.Camillo	966	831	902	906	860	941	848	16,4
Ospedale di Cles	490	523	481	499	450	449	457	8,8
Ospedale di Arco	417	482	432	405	428	453	479	9,3
Ospedale di Cavalese	299	302	323	285	272	274	304	5,9
Ospedale di Tione	220	239	244	243	289	304	274	5,3
Ospedale di Borgo	178	197	188	114	—	—	—	—
Ospedale di Feltre	56	64	55	57	73	85	93	1,8
Domicilio (*)	28	25	24	19	29	24	28	0,6
Totale	4.947	5.257	5.147	5.075	5.051	5.278	5.165	100,0

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

TAB. 2.5 Provincia di Trento. Nati per tipo di parto – Anni 2007-2009

TIPO DI PARTO	2007		2008		2009	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
Spontaneo	3.343	66,2	3.577	67,8	3.475	67,3
Parto cesareo elettivo	1.016	20,1	1.005	19,0	1.034	20,0
Parto cesareo urgente	387	7,7	349	6,6	366	7,1
Forcipe	5	0,1	4	0,1	4	0,1
Ventosa	186	3,7	213	4,0	183	3,5
Kristeller	114	2,3	130	2,5	103	2,0
TOTALE	5.051	100,0	5.278	100,0	5.165	100,0

soprattutto le donne di 35 anni e oltre a sottoporsi a tali esami: il 36% contro il 3,5% delle donne con meno di 35 anni; tra le donne straniere queste analisi sono richieste solo dal 3,9% delle gestanti;

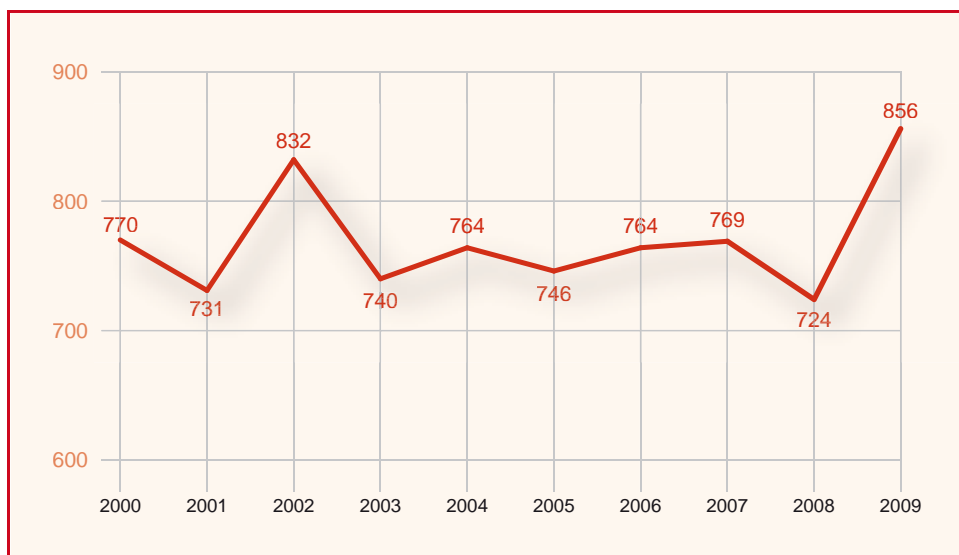
- quanto alla *tipologia dei parti* il 70,1% dei bambini nasce da parto spontaneo, confermando i valori degli ultimi anni (nel 2008=70,3 – nel 2007=68,4 – nel 2006=68,5 – nel 2005=66,1); si ricorre al *taglio cesareo* nel 26,3% dei casi ^[12] (nel 2008=25,6 – nel 2007=27,8 – nel 2006=28,2 – nel 2005=28,2);

^[12] Le Raccomandazioni dell'OMS indicano come valore di riferimento per il parto cesareo, una prevalenza compresa tra il 15 e il 20%. La Provincia ha assegnato all'Azienda sanitaria uno specifico obiettivo, per l'esercizio 2009, di riduzione e contenimento del fenomeno del ricorso al taglio cesareo nell'ambito della revisione complessiva del "percorso nascita".

L'ospedale di Cavalese presenta un numero di cesarei superiore alla media provinciale; l'ospedale S. Camillo si colloca sui valori raccomandati dall'OMS (max 20%); la prevalenza italiana del parto cesareo è intorno al 35% con regioni del centro-sud che presentano valori superiori al 40%; i parti gemellari sono stati, nel 2009, 65 (nel 2008=80 – nel 2007=66 – nel 2006=65 – nel 2005=68 – nel 2004=71) con una percentuale sul totale dei parti (1,3%) (in Italia=1,5%); la percentuale di parti plurimi nelle gravidanze con PMA è stata pari al 32,3% (in Italia=21,7%); i nati pretermine (meno di 37 settimane complete di gestazione) sono stati il 7,3% valore stabile sul 2008 (in Italia il 6,4%);

- il *tasso di abortività spontanea* ^[13] (convenzione Istat) è pari a 6,4 per 1.000 donne in età fertile (nel 2008=5,4 – nel 2007=5,9 – nel 2006=5,9 – nel 2005=5,7 – nel 2004=6,5 – nel 2003=6,4); i valori provinciali siano mediamente più elevati di quelli nazionali: il tasso di abortività spontanea in Italia è pari a 5,1 per 1.000 donne ^[14]; i casi registrati nel 2009 sono 856; il 6,9% dei casi assistiti dalle strutture ospedaliere provinciali riguarda donne residenti fuori provincia (10,5 nel 2008 – 10,1% nel 2007 – 5,1% nel 2006); 186 casi (21,7%) riguardano donne con cittadinanza straniera (22,0 nel 2008 – 17% nel 2007 – 19,1% nel 2006), di cui l'83,3%

GRAF. 2.7 Provincia di Trento. Aborti spontanei – Anni 2000-2009



^[13] Per la legge italiana, si definisce aborto l'interruzione della gravidanza entro il 180° giorno completo di amenorrea (equivalente a 25 settimane e 5 giorni). La rilevazione di questo fenomeno è parte di un flusso ISTAT e si riferisce ai soli casi assistiti presso una struttura sanitaria.

^[14] (ISTAT: Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo in Italia – Anno 2007).

delle straniere) residenti in Trentino; l'età media all'aborto è 34 anni; nel 72,5% trattasi di donne coniugate; il 29,4% di queste donne ha già vissuto in precedenza un'esperienza di aborto spontaneo mentre il 7,8% ha effettuato in passato almeno una interruzione volontaria di gravidanza.

- le *interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)* effettuate nel 2009 presso gli istituti di cura della provincia di Trento sono state 1.078 (nel 2008=1.144 – nel 2007=1.284 – nel 2006=1.358 – nel 2005=1.214) con una lieve riduzione (5,8%) rispetto al 2008; di queste, 33 (3,1%) sono relative ad aborti terapeutici indotti da una diagnosi prenatale di malformazione congenita del feto (nel 2008=35; 2,1% – nel 2007=27; 3,1% – nel 2006=24; 1,7%). Il numero reale di IVG in donne residenti in provincia di Trento è inferiore a quello effettivamente rilevato presso gli istituti di cura provinciali, considerando che il Trentino importa più casi di ivg di quanti ne esporta: i casi importati nel 2009 sono 348 (32% del totale) (383 nel 2008 (33,5%) – 519 nel 2007 (40,4%) – 527 nel 2006), mentre quelli “residenti” esportati (cioè effettuati fuori provincia) sono 45 (48 nel 2008 – 60 nel 2007 – 78 nel 2006). Il calcolo pertinente degli indicatori epidemiologici sulla popolazione residente registra dunque che le donne residenti in Trentino hanno fatto registrare, nel corso del 2009, 775 IVG in strutture ospedaliere sia provinciali che extra-provinciali (nel 2008=809 – nel 2007=825), per un tasso d'abortività pari a 6,5/1.000 per 1.000 donne in età feconda (15-49 anni) ^[15], (nel 2008=6,8 – nel 2007=7,0) dato inferiore alla media nazionale. In termini generali, il fenomeno è in riduzione dal 2006; le donne che in Trentino hanno interrotto volontariamente la gravidanza sono nubili per il 52,6% dei casi e istruite (licenza superiore) per il 72%.

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

- ▶ *la diffusione delle malattie infettive e la copertura vaccinale*; per testare la validità e l'efficacia dei programmi di prevenzione e di profilassi svolti nel tempo, è significativo osservare il numero dei casi e l'andamento nel tempo dell'incidenza delle più comuni malattie infettive soggette a *notifica obbligatoria* ^[16], tra le

^[15] Il tasso di abortività è calcolato sulla popolazione media residente in provincia di Trento nel 2009.

^[16] L'Unità operativa Igiene pubblica e prevenzione ambientale esegue la sorveglianza delle malattie infettive in quanto è l'organo al quale pervengono tutte le notifiche di malattie infettive (cioè quelle patologie trasmissibili soggette ad obbligo di notifica) e le notizie di tossinfezioni alimentari. Nel caso di eventi epidemici, di eventi infettivi sentinella (cioè di patologie che sono indicatori proxy di certi fenomeni o di eventi che non dovrebbero verificarsi, ad es. meningite meningococcica) e di tossinfezioni, l'U.O. avvia immediatamente le idonee indagini epidemiologiche e mette in campo adeguate misure di controllo, prevenzione e monitoraggio.

TAB. 2.6 Malattie infettive (classi II,III). Notifiche in Trentino. Anni 2003- 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tbc	60	50	43	28	42	54	62
Malaria	4	1	6	7	5	4	3
Salmonellosi	144	110	114	95	72	88	76
Diarrea infettiva	7	13	1	3	2	4	0
Pertosse	20	59	20	9	34	11	27
Scarlattina	611	381	265	304	275	227	219
Meningite virale	9	9	7	15	11	1	4
Meningite meningococcica	4	3	8	3	3	2	2
Varicella	2.099	2.618	1.544	1.712	1.729	1.860	1.083
Morbillo	392	9	3	56	17	11	14
Rosolia	319	4	1	16	4	21	2
Parotite epid.	102	34	44	15	18	13	5
Epatite A	26	11	15	8	7	8	14
Epatite B	10	8	7	7	2	8	5
Epatite C	2	2	3	3	3	1	0
Legionellosi	4	22	28	32	38	39	43
Blenorragia	3	7	9	9	9	7	7
Sifilide	14	21	40	19	25	34	18
Totale	3.834	3.370	2.160	2.350	2.296	2.397	2.397

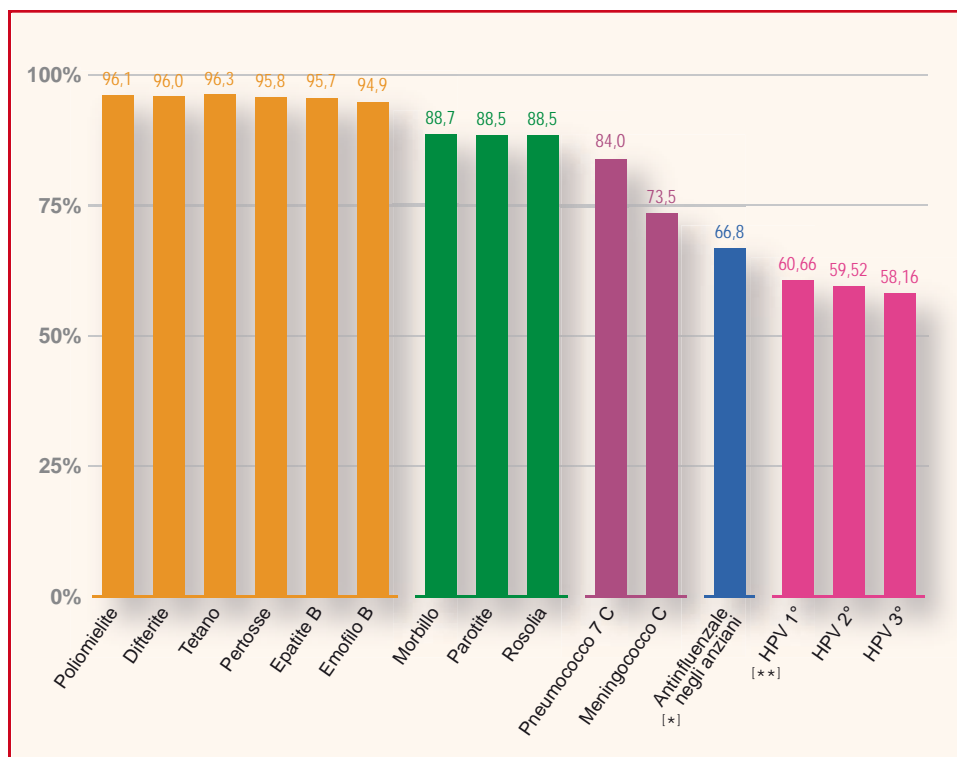
Fonte: APSS

TAB. 2.7 Tassi di morbosità/100.000 abitanti per alcune malattie infettive – Anni 2004-2009

MALATTIA	TRENTINO						ITALIA 2006
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Salmonellosi	22,5	23,1	18,8	14,1	17,0	14,5	11,0
Tubercolosi polmonare	6,5	6,5	3,4	5,5	6,0	7,8	5,1
Tubercolosi extra polmonare	4,1	2,2	1,0	2,5	3,8	3,2	1,9
Pertosse	11,9	4,0	1,8	6,7	2,1	5,2	1,4
Meningite meningococcica	0,6	1,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,3
Varicella	529,8	312,4	339,2	338,9	360,0	207,3	165,1
Morbillo	1,8	0,6	12,9	3,3	2,1	2,7	1,0
Rosolia	0,8	0,2	3,2	0,8	4,0	4,0	0,4
Parotite epid.	6,9	8,9	3,0	3,5	2,5	0,9	2,5
Epatite A	2,2	3,0	1,6	1,4	1,5	2,7	1,5
Epatite B	1,6	1,4	1,4	0,4	1,5	0,9	1,8
Epatite C	0,4	0,6	0,6	0,6	0,2	0,0	0,5

Fonti: APSS e Ministero della salute

GRAF. 2.8 Trentino. Coperture vaccinali – 2009



[*] Antinfluenzale negli anziani: rimane sotto lo standard fissato dal Piano sanitario nazionale e dal Piano nazionale vaccini.
 [**] Vaccino contro il Papilloma Virus (HPV): vaccinazione introdotta nel 2008, va eseguita nelle ragazze durante il 12° anno di vita con l'obiettivo di raggiungere una copertura $\geq 95\%$, con 3 dosi di vaccino, entro 5 anni dall'inizio della campagna vaccinale. Si ritiene necessario un rafforzamento dell'offerta attiva della vaccinazione.

quali quelle dell'età infantile rappresentano la componente più significativa. Dopo il temporaneo rialzo negli anni 2007 e 2008, le malattie infettive notificate presentano un trend in progressivo e marcato ribasso: nel 2009, l'incidenza nella popolazione relativamente alle classi II-III è pari a 3,1/1.000 abitanti (nel 2008=4,6) con un numero di casi notificati di malattia infettiva di classe II-III che diminuiscono del 33,6% (nel 2008 erano aumentati del 3,8% rispetto al 2007).

I ricoveri per malattie infettive nel 2009 sono stati 1.498 (nel 2008=1.379 – nel 2007=1.398) per un consumo di 15.227 giornate di degenza, per il 65% dei casi presso gli ospedali di Trento e Rovereto.

I morti per malattie infettive sono stati, nel 2009, 82 dei quali oltre la metà dovuti a setticemia in soggetti anziani (nel 2008=85 – nel 2007=59 – nel 2006=64 – nel 2005=56 – nel 2004=43).

A livello provinciale si riconferma sostanzialmente il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale raccomandati dall'OMS e fissati dal Piano

Nazionale Vaccini 2008-2010 ^[17] e dal Piano Sanitario Nazionale, anche se permangono lievi eterogeneità a livello di singoli territori/distretti.

In merito all'HIV/AIDS ^[18] si segnala che in provincia di Trento sono stati notificati nel 2009, all'Unità Operativa "Igiene pubblica", 4 nuovi casi di AIDS in età 25-64 anni (nel 2008=4 – nel 2007=9 – nel 2006=7 – nel 2005=3 – nel 2004=5 – nel 2003=8) dei quali 3 femmine e 1 maschio, per una incidenza pari a 0,8/100.000 abitanti.

Nel corso del 2009, l'entità di rifiuti (211, di cui 158 totali) e di esoneri (0) resta epidemiologicamente non rilevante. Sono state notificate 53 schede di segnalazione di evento avverso a vaccino (43 nel 2008); di queste 26 hanno segnalato reazioni solo locali e 31 reazioni sistemiche ^[19].

- ▶ *lo screening ortottico prescolare* (bambini di 4 anni): finalizzato, con evidenza di efficacia, alla diagnosi precoce delle patologie oculari (in particolare l'ambliopia) è una procedura storicamente consolidata e presente su tutto il territorio provinciale che dall'anno 2004 dispone di una registrazione informatizzata dell'attività.

La copertura risulta, nel 2008, pari all'89,1% (5.148 bambini candidati, 4.585 bambini esaminati). Tra gli esaminati a scuola, il sospetto di patologia oculare è stato riscontrato nel 14,9% dei casi e il 24% degli esaminati (1.052) è stato inviato a visita ortottica ambulatoriale nella quale il 48,2% ha ricevuto conferma di sospetta patologia; il 9,4% dei bambini screenati a scuola (436) è stato inviato a visita oculistica e, di questi, il 52,2% riceve diagnosi finale di patologia visiva.

Tra i bambini di 4 anni, la prevalenza di patologia visiva è pari al 4,4% (4 bambini su 100). Considerato che a 4 anni, un altro 4,7% di bambini è già in cura ortottica/oculistica (e, pertanto non sono screenati), la prevalenza complessiva di patologia visiva nella popolazione trentina di 4 anni d'età è pari al 9,1%;

^[17] Copertura del 95% della popolazione entro due anni di età per poliomielite, difterite, tetano, morbillo, rosolia, parotite, pertosse, epatite B, Haemophilus influenzae tipo B. Per il vaccino anti-influenzale l'obiettivo è 75% di copertura per le persone oltre i 64 anni.

^[18] In Italia è stato istituito, con Decreto ministeriale del 31 marzo 2008, il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, gestito dall'Istituto superiore di sanità. L'ultimo rapporto del Centro operativo AIDS (COA) segnala che, nel 2008, sono state registrate 2.012 nuove diagnosi (6,7/100.000 abitanti) e che sono 61.537 i casi cumulati dal 1982. Per approfondimenti sul tema HIV-AIDS consulta le pagine web: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf e <http://www.iss.it/binary/publ/cont/COAonline.pdf>

^[19] Le reazioni avverse segnalate sono state 91, in numero maggiore rispetto al totale delle schede poiché una singola scheda può contenere la segnalazione di reazioni multiple. Le segnalazioni di reazioni locali (nella sede d'iniezione del vaccino) sono state 47, quelle sistemiche, comparse singolarmente o associate, sono state complessivamente 40, di cui 37 segnalate come "non gravi", e 3 (nessuna nel 2008) come "grave" che hanno richiesto l'ospedalizzazione e si sono risolte con la guarigione completa, senza esiti permanenti.

TAB. 2.8 Provincia di Trento. Screening odontoiatrico. Bambini di 7 anni visitati e copertura della popolazione target – Anno scolastico 2009-2010

Comprendorio	Maschi	Femmine	Totale	% sugli iscritti
Fiemme	41	36	77	82,7
Primiero	48	43	91	91,9
Bassa Valsugana e Tesino	117	110	227	88,3
Alta Valsugana	294	263	557	87,9
Valle dell'Adige	801	757	1.558	87,3
Valle di Non	174	188	362	90,5
Valle di Sole	66	61	127	91,4
Giudicarie	160	180	340	90,4
Alto Garda e Ledro	220	202	422	81,8
Vallagarina	402	379	781	86,7
Fassa	106	85	191	87,2
Totale	2.429	2.304	4.733	87,4

- ▶ *lo screening odontoiatrico scolastico* (bambini di 7 anni – secondo anno di scuola elementare): attivato dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari a partire dall'anno scolastico 2005-2006^[20], per l'individuazione dei soggetti per cui è consigliata la sigillatura dei solchi e delle fossette.
La proporzione media di bambini esenti da carie è pari al 67,3%, lontana dallo standard previsto per il 2010 dall'Organizzazione mondiale della sanità – ufficio europeo (80%); è minore negli stranieri (31,4%) e in chi risiede in comuni diversi da Trento. Tra i bambini valutati, l'87% (oltre 8 su 10) è inviato al secondo livello per interventi di sigillatura (69,1%), malocclusione (56,1%), igiene (56,1%), otturazione (37,5%);
- ▶ *la promozione della salute in età evolutiva*: attraverso il sistema di sorveglianza *Okkio alla salute*^[21] si valutano le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini di età 8-9 anni (terzo anno di scuola elementare) e l'orientamento delle scuole verso le attività di promozione della salute. Nel 2009, in Trentino il 4,3% dei bambini è obeso^[22], il 16,3% sovrappeso, il 79,4% normopeso (o sottopeso); *il Trentino è tra le regioni con la più bassa prevalenza di sovrappeso*

^[20] Con una nuova modalità rispetto a quello tradizionale – campionario.

^[21] Realizzato tramite una forte collaborazione tra APSS e Dipartimento istruzione della Provincia autonoma di Trento.

^[22] La stima del sovrappeso è stata fatta sulla base dell'indice di massa corporea, secondo i criteri di Cole e coll. (International Task Force on Obesity).

peso/obesità in età pediatrica (in Italia, il 24% dei bambini sono sovrappeso e il 12% obesi). Ciononostante, la necessità di un intervento sulle famiglie al fine di modificare in modo salutare e stabile gli stili comportamentali dei bambini è confermato dal fatto che il 40,6% delle madri di bambini sovrappeso e il 6,5% delle madri di bambini obesi ritengono che il proprio figlio abbia un giusto peso;

- *le cause di esenzione dai ticket sanitari per patologia*: questo fenomeno, descritto nella Tabella 2.9, rappresenta, in necessaria correlazione con gli altri indicatori, una fotografia della quantità e della distribuzione nella popolazione trentina delle principali e più gravi patologie croniche e invalidanti. Si registrano 120.752 persone (53.400 manchi e 67.352 femmine) titolari di almeno un'esenzione e 178.578 esenzioni (80.528 a maschi e 98.050 a femmine) delle quali: 147.626 per malattia cronica/invalidante, 3.623 per malattia rara, 26.928 per invalidità, 347 per altro).

TAB. 2.9 Principali esenzioni per patologia, invalidità o condizione soggettiva – Anni 2007-2009

ESENZIONI (per tipologia)	2007	2008	2009	% su popol.
Iperensione Arteriosa (cod. 0A31, 031 e 0031)	39.654	39.732	39.493	7,52
Invalidi Civili (cod. 61G, C01, C02, C03 e C04)	19.896	21.057	21.882	4,05
Patologie neoplastiche maligne (cod. 048)	19.502	20.730	22.155	4,22
Affezioni Sistema Circolatorio (cod. 0A02, 0B02 e 0C02)	14.857	18.129	19.694	3,75
Diabete Mellito (cod. 013)	14.497	15.342	16.126	3,07
Ipotiroidismo Congenito Acquisito (cod. 027)	5.715	6.553	7.237	1,38
Asma (cod. 007)	3.693	4.346	4.917	0,94
Glaucoma (cod. 019)	3.347	3.566	3.699	0,70
Invalidi Lavoro (cod. L01, L02 e L03)	2.843	2.908	3.035	0,60
Ipercolesterolemia familiare (cod. 025)	2.235	2.364	2.509	0,48
Psicosi (cod. 044)	1.500	1.892	2.090	0,40
Epatite Cronica attiva (cod. 016)	1.738	1.881	1.958	0,37
Morbo di Basedow (Cod. 035)	1.420	1.638	1.848	0,35
Epilessia (cod. 017)	1.428	1.586	1.689	0,32
Artrite reumatoide (cod. 006)	1.379	1.458	1.539	0,29
Insufficienza renale cronica (cod. 023)	1.417	1.446	1.548	0,29
Altre condizioni	16.135	16.488	27.159	5,60
TOTALE esenzioni rilasciate	151.256	161.116	178.578	

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

TAB. 2.10 Spesa media lorda pro capite (valori in euro). Confronto per regioni e province autonome – Anni 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009	scostamento media Italia %
P.A. BOLZANO	171,2	160,1	151,6	149,1	148,5	-31,0
P.A. TRENTO	183,4	172,7	168,3	164,1	166,2	-22,8
TOSCANA	186,2	182,5	177,5	175,2	174,8	-18,8
EMILIA ROMAGNA	192,2	187,6	182,8	177,4	179,3	-16,7
VALLE D'AOSTA	188,6	185,8	182,5	176,8	182,0	-15,5
UMBRIA	195,5	194,6	187,8	183,0	185,3	-13,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	191,6	195,2	191,4	185,5	185,8	-13,7
VENETO	194,5	191,6	188,4	185,4	189,1	-12,2
MARCHE	203,4	200,6	198,9	195,2	197,4	-8,3
LOMBARDIA	207,3	203,4	197,5	195,2	197,6	-8,2
LIGURIA	225,0	220,3	203,0	203,0	199,9	-7,1
PIEMONTE	195,9	195,9	195,0	197,2	202,0	-6,2
ITALIA	231,6	228,9	215,0	213,4	215,3	—
BASILICATA	209,7	213,2	208,7	210,2	217,7	+1,1
MOLISE	217,9	221,2	212,1	217,5	222,1	+3,2
ABRUZZO	225,0	227,7	215,3	200,6	223,7	+3,9
SARDEGNA	254,7	248,0	225,9	223,6	228,6	+6,2
CAMPANIA	258,1	249,8	235,7	239,8	242,6	+12,7
LAZIO	306,6	306,9	259,4	250,9	248,2	+15,3
PUGLIA	274,7	265,3	238,6	248,2	257,8	+19,7
SICILIA	299,5	302,2	272,3	265,0	262,1	+21,7
CALABRIA	277,1	284,9	270,3	277,0	275,1	+27,8

Fonte: "L'uso dei farmaci in Italia". Rapporto nazionale anno 2009. OsMed – Ministero della Salute

- *il consumo di farmaci*: come risulta dalla Tabella 2.10, la Provincia di Trento nel 2009 si colloca ancora al secondo posto dopo la Provincia di Bolzano per la minor spesa, differenziandosi in positivo rispetto a molte altre Regioni. L'analisi del trend prescrittivo e dei costi consente di fare nel complesso una valutazione positiva per ciò che riguarda la razionalizzazione della spesa farmaceutica trentina, anche alla luce della tendenza nazionale. Secondo quanto rilevato dal gruppo di lavoro OsMed, nel "Rapporto nazionale anno 2009 sull'uso dei farmaci in Italia", il mercato farmaceutico totale italiano, comprensivo della prescrizione territoriale e di quella erogata attraverso le strutture pubbliche (ASL, aziende ospedaliere, policlinici universitari, ecc.)

è stato di oltre 25 miliardi di euro, di cui il 75% a carico del servizio sanitario nazionale. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di 420 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in leggera crescita rispetto al 2008 (+1,4%) mentre diminuisce dell'1,7% quella a carico SSN: l'andamento è spiegabile in larga misura da un aumento delle compartecipazioni da parte dei cittadini (ticket +33,3%), dello sconto (+25,6%) e da una diminuzione dei prezzi (-3,2%).

La spesa media di un assistibile d'età superiore a 75 anni è di oltre 12 volte maggiore a quella di una persona d'età compresa fra 25 e 34 anni. La popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 60% della spesa; la popolazione pediatrica fino a 14 anni meno del 3%.

2.4 Analisi delle principali patologie che affliggono la popolazione trentina

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

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

Sulla base dei dati e delle informazioni disponibili, è importante analizzare, con riferimento ai principali ambiti patologici considerati, gli aspetti inerenti: all'*eventuale differenziazione rispetto all'area più vasta di riferimento* (Nord Est e/o Italia) e *al trend specifico* (2000-2009) delle patologie e dei problemi di salute prioritari, per monitorare e valutare il loro andamento alla luce dell'esistenza e perduranza dei fattori causali o della loro almeno parziale rimozione attraverso gli interventi intrapresi in ambito locale.

2.4.1. MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 40,5% (nel 2008=40,0 – nel 2007=39,3 – nel 2006=37,7 – nel 2005=40,8) dei decessi totali che si sono registrati nel 2009, (4.500, di cui 2.178 maschi e 2.322 femmine; età media al decesso per i maschi=76,0, per le femmine=82,4); questi decessi sono attribuibili in prevalenza al genere femminile (1.044 su 1.822 casi complessivi); il dato italiano disponibile (riferito al 2007 – ISTAT) è pari a 39,2%.

Dei 1.822 decessi per questa causa, 1.551 si riferiscono a persone d'età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 2.9 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa.

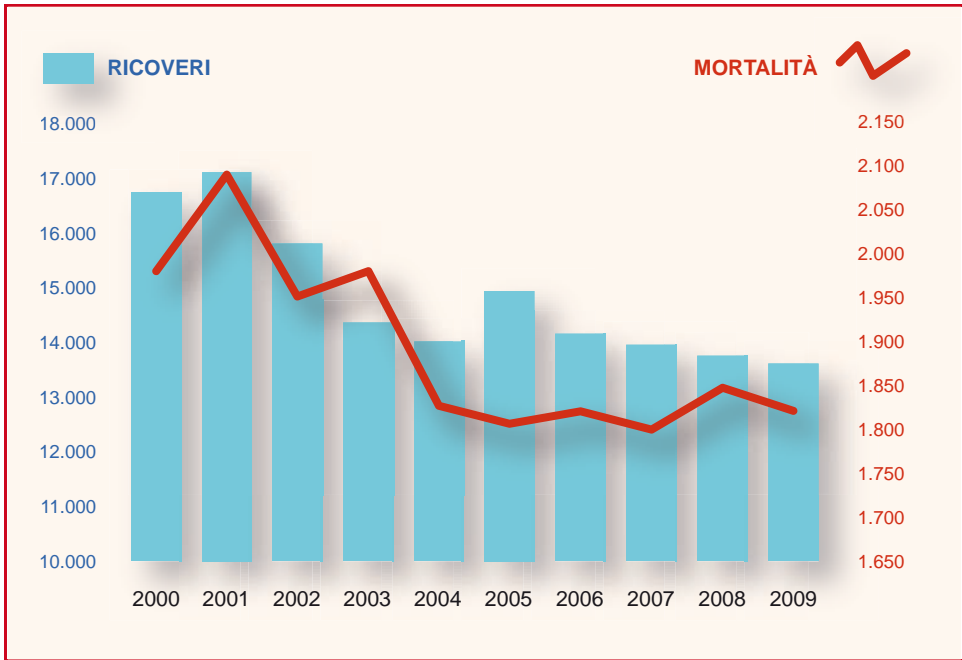
Nel 2009 la mortalità è stabile (1.822 casi rispetto ai 1.845 dell'anno precedente) e il numero dei ricoveri, in diminuzione dal 2005, torna ad aumentare (nel 2007=13.964 – nel 2008=13.760) per poi stabilizzarsi nel 2009 con 13.619 casi.

2.4.2 TUMORI

A questo gruppo è attribuibile il 31,7% dei decessi totali che si sono registrati nel 2009 (nel 2008=31,6 – nel 2007=32,6 – nel 2006=33,5 – nel 2005=31,9), attribuibili in prevalenza al genere maschile (817 su 1.428 casi complessivi); il dato italiano disponibile (riferito al 2007 – istat) è pari a 30,2%. Dei 1.428 decessi per questa causa, 807 si riferiscono a persone d'età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 2.10 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Come rappresentato nel grafico, nel 2009 si è osservata una lieve diminuzione

GRAF. 2.9 Malattie del sistema circolatorio – Andamento 2000-2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria

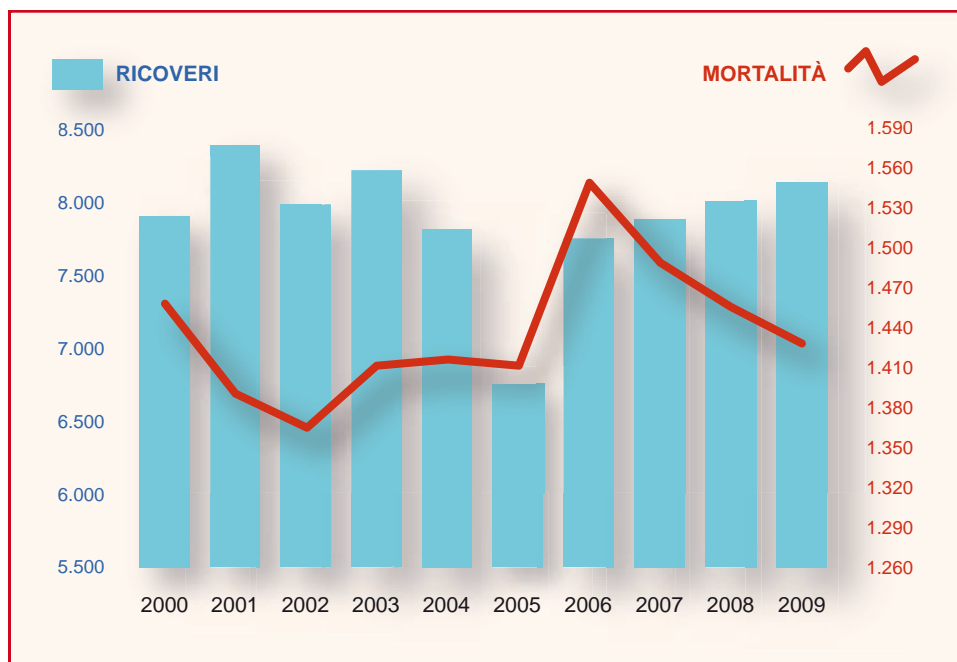
della mortalità per tumore, che decresce dal 2006. Nei maschi le sedi più colpite sono – nell'ordine – l'insieme tubo digerente (esofago, stomaco, tenue, colon e retto) con il 20,1% dei casi, il polmone (18,5%), il fegato/pancreas (17,4%), la prostata (9,3%); nelle femmine, l'insieme tubo digerente con il 17,2% dei casi, la mammella (16,6%), il fegato/pancreas (15,2%), l'ovaio/utero e annessi (10,3%), il polmone (10,0%).

Il numero di ricoveri ospedalieri di residenti dovuti a questa patologia aumenta lievemente con 8.147 casi (nel 2008=8.007 – nel 2007=7.883).

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

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

GRAF. 2.10 Tumori – Andamento 2000-2009

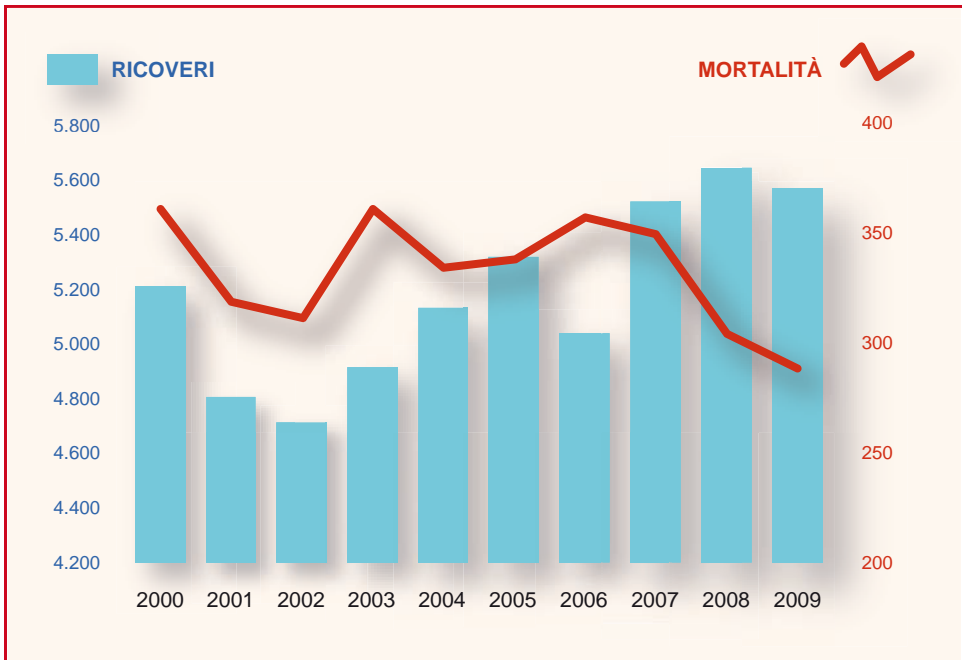


Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria

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, soddisfa, in termini di indicatori di struttura, processo ed esito, i criteri e gli standard di qualità definiti dal Gruppo italiano screening mammografico – GISMa) e lo *“Screening del carcinoma del collo dell'utero mediante pap-test”* (dal 1993, soddisfa in termini di indicatori di struttura, processo ed esito, i criteri e standard di qualità definiti dal Gruppo italiano screening per il cervicocarcinoma – GISCI), mentre, a partire dal 2007 è stato attivato (dopo lo studio la fattibilità e la sperimentazione che ha assunto come target i familiari dei soggetti cui è stata formulata tale diagnosi) lo *“Screening di popolazione del carcinoma del colon-retto”* via via esteso all'intero ambito territoriale della provincia con l'interessamento di una popolazione target di circa 125.000 persone in età 50-69 anni.

GRAF. 2.11 Malattie dell'apparato respiratorio – Andamento 2000-2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria

2.4.3 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

A questo gruppo è attribuibile il 6,4% (nel 2008=6,6 – nel 2007=7,6 – nel 2006=7,6 – nel 2005=8,2) dei decessi totali che si sono registrati nel 2009 (289 – di cui 151 maschi e 138 femmine); il dato italiano disponibile (riferito al 2007 – istat) è pari a 6,6%. Dei 289 decessi per questa causa, 265 si riferiscono a persone d'età superiore ai 75 anni.

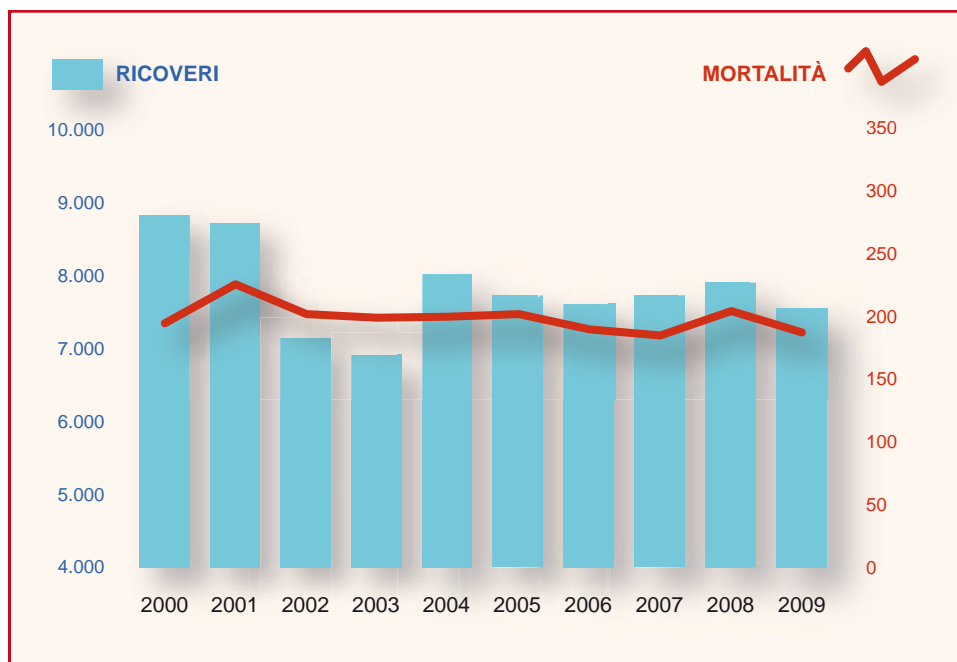
Il Grafico 2.11 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Si registra una lieve diminuzione, sia per i maschi che per le femmine, in ordine alla mortalità; l'andamento dei ricoveri ospedalieri di residenti (5.568 casi) diminuisce lievemente rispetto al 2008 (5.648).

2.4.4 MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 4,1% (nel 2008=4,4 – nel 2007=4,0 – nel 2006=4,0 – nel 2005=4,6) dei decessi totali che si sono avuti nel 2009 (186 casi – di cui 85 maschi e 101 femmine); il dato italiano disponibile (riferito al 2007 – istat) è pari a 4,1%. Dei 186 decessi per questa causa, 123 si riferiscono a persone d'età superiore ai 75 anni.

Il Grafico 2.12 presenta l'andamento dei decessi e dei ricoveri per questa causa. Si registra una lieve diminuzione della mortalità, mentre l'andamento dei ricoveri

GRAF. 2.12 Malattie dell'apparato digerente – Andamento 2000-2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria

ospedalieri di residenti dovuti a questa patologia registra una flessione (7.582 casi) rispetto al dato dell'anno precedente (nel 2008=7.881 – nel 2007=7.749).

2.4.5 TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI

A questo gruppo di malattie è attribuibile il 3,9% (nel 2008=4,1 – nel 2007=4,0 – nel 2006=4,4 – nel 2005=3,8) dei decessi totali che si sono registrati nel 2009, attribuibili in prevalenza al genere maschile (107 su 175 casi complessivi); il dato italiano disponibile (riferito al 2007 – istat) è pari a 4,2%. Dei 175 decessi per questa causa, 74 si riferiscono a persone d'età superiore ai 75 anni.

I ricoveri ospedalieri di residenti nel 2009, per questa causa, sono stati 6.601 (nel 2008=6.836 – nel 2007=7.035).

2.4.6 SALUTE MENTALE

Si stima che poco più del 20% della popolazione (europea ed italiana) soffra in varia misura di situazioni di disagio psichico o di disturbi mentali di diversa natura ed entità. Studi recenti condotti in Italia, a livello nazionale e locale, hanno dimostrato che la prevalenza annuale dei disturbi psicopatologici nella popolazione generale è intorno al 7-8% con una sempre maggiore rappresentazione dell'età anziana e delle donne.

A fronte di questi elevati tassi di prevalenza, poche tra le persone coinvolte ricevono un trattamento specialistico: in Italia, la percentuale della popolazione adulta in contatto attivo con i dipartimenti di salute mentale (DSM) è intorno a 1,25%; trattasi di una percentuale ben più bassa anche di quella dei soli pazienti con disturbi mentali gravi.

In Trentino, la prevalenza annuale d'utenti in carico ai servizi di salute mentale è pari:

- ▶ a 12,6/1.000 per l'area di PSICHIATRIA, con 6.638 utenti in carico nelle 5 unità operative; di questi, 2.088 (3,9/1.000) sono nuovi utenti (1.232 femmine e 856 maschi). Per le femmine, l'80,4% delle diagnosi pertiene a sindromi affettive (32,1%), sindromi nevrotiche legate a stress e somatoformi (25,7%) e schizofrenia (22,6%); nei maschi, il 73,3% delle diagnosi a schizofrenia (29,4%), sindromi affettive (24,6%) e sindromi nevrotiche legate a stress e somatoformi (19,3%). Il 25% degli utenti è inviato ai servizi da parte del medico di medicina generale. Nel 2009 i pazienti dimessi sono stati 1.749. Il numero totale delle prestazioni erogate nel 2009 ammonta a 109.207: di queste, 54.313 da parte dei Centri di salute mentale, 15.648 da Centri diurni, 13.043 a domicilio e 11.643 in day hospital. L'incidenza provinciale nel 2009 è pari a 4,0/1.000, stabile nel corso degli anni.

Nel periodo 2005-2009 l'ospedalizzazione per disturbi psichici è in riduzione, passando dal 3,7‰ nel 2005 al 2,9‰ nel 2009. Sono state 1.530 le dimissioni di residenti trentini per disturbi psichici da strutture ospedaliere della provincia (-6,3% rispetto al 2008) e 469 i ricoveri di residenti per patologie psichiatriche presso strutture extraprovinciali (Veneto=74% dei casi, Alto Adige=8,1% e Lombardia=6,6%). Nel 2009, i ricoveri di residenti trentini in SPDC^[23] sono

TAB. 2.11 Psichiatria: utenti in carico per classe di età – Anno 2009

CLASSE DI ETÀ	FEMMINE		MASCHI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-19	73	1,9	142	4,9	215	3,2
20-34	887	23,4	918	31,9	1.805	27,1
35-49	1.169	30,8	879	30,6	2.048	30,8
50-64	867	22,9	566	19,7	1.433	21,5
65-79	571	15,1	293	10,2	864	13,1
oltre i 79 anni	219	5,7	71	2,4	290	4,3
Totale	3.777	100	2.861	100	6.638	100

^[23] Archivio SDO – Schede di dimissione ospedaliera – reparto di dimissione codice "4001" equivalente a Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

stati 766, con un aumento rispetto all'anno precedente (nel 2008=749 – nel 2007=700 – nel 2006=752 – nel 2005=785) e distribuiti in modo omogeneo nelle 3 sedi ^[24] disponibili; i paziente interessati sono stati 509 in ragione del 33,5% di ricoveri ripetuti la durata della degenza è pari a 15,6 gioni e le giornate di degenza complessivamente consumate sono state 12..230, con un tasso di occupazione dei posti letto disponibili (47) pari al 71%. Il 50,7% dei ricoveri riguarda la fascia d'età 35-54 anni; le forme psicotiche nel loro complesso rappresentano il 69,0% della casistica (nel 2008=69,4 – nel 2007=68,1). Il tasso provinciale di ospedalizzazione in SPDC è pari a 1,7/1.000 abitanti (di età maggiore di 14 anni).

I *trattamenti sanitari obbligatori* (TSO) ^[25] nel 2009 sono stati 53 (nel 2008=47 – nel 2007=49 – nel 2006=79 – nel 2005=78 – nel 2004=85 – nel 2003=74).

- ▶ a 41,6/1.000 per l'area di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (classe di età 0-18), con un progressivo aumento di utenti e di nuovi utenti: nel 2009, su un totale di 4.257 (per il 65% maschi, età media di 9 anni), i nuovi utenti sono stati 1.597; le *prestazioni totali erogate* sono state 48.078, di cui considerate *valide* ^[26] 44.344 (33,1% valutazione logopedica/riabilitazione, 15,0% visita neuropsichiatrica, 13,6% valutazione fisioterapica/riabilitazione, 9,2% riabilitazione/valutazione psicomotoria, 12,3% consulenze ad operatori scolastici, sanitari o sociali, 8,1% di colloquio/counselling coi genitori del paziente, 8,7% altre prestazioni (psicoterapia, certificazioni, relazioni cliniche);
- ▶ a 0,5/1.000 per l'area dei DISTURBI ALIMENTARI con un aumento dell'utenza nuova in carico al Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare (nel 2009 154 utenti nuovi su 271);
- ▶ a 8,6/1.000 per l'area di PSICOLOGIA CLINICA.

TAB. 2.12 Psicologia: utenti e prestazioni per Unità operativa – Anni 2007-2009

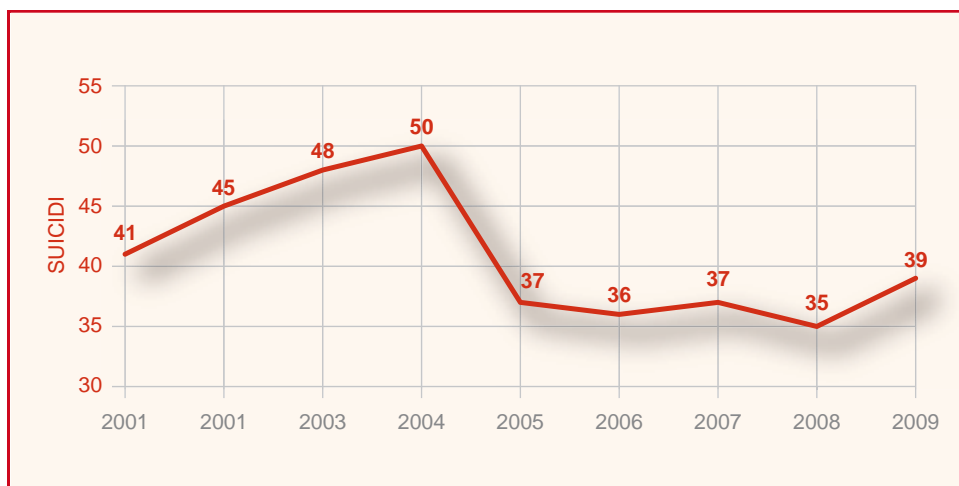
	2007	2008	2009
totale utenti in carico	4.885	4.879	4.482
di cui nuovi utenti	2.404	2.812	2.680
prestazioni erogate	34.785	36.539	42.319

^[24] Ospedale di Arco=16 posti letto, Ospedale di Borgo=16 posti letto, Ospedale S.Chiera di Trento=15 posti letto.

^[25] Stimati attraverso le Schede nosologiche ospedaliere.

^[26] Delle 48.078 prestazioni totali registrate, solo 44.344 possono essere considerate pertinenti e valide. Sono infatti da escludere quelle classificate come cateterismo vescicale, attività di accogliimento, medicazione, monitoraggio parametri vitali, prelievo venoso, somministrazione terapia, "non accede avvisando", "non accede non avvisando").

GRAF. 2.13 Suicidi per anno in Trentino – Trend 2001-2009



Fonte: APSS – Servizio osservatorio epidemiologico

TAB. 2.13 Suicidi per classe di età in Trentino – Anni 2007-2009

Classe di età	2007		2008		2009	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
meno di 15 anni	0	0	0	0	1	2,6
da 14 a 24 anni	2	5,4	2	5,7	1	2,6
da 25 a 44 anni	13	35,1	11	31,4	7	17,9
da 45 a 65 anni	7	18,9	11	31,4	18	46,2
oltre i 65 anni	15	40,5	11	31,4	12	30,8
Totale	37	100	35	100	39	100

Fonte: APSS – Servizio osservatorio epidemiologico

I *suicidi* (vedi Grafico 2.13 e Tabella 2.13) aumentano di 4 unità rispetto al 2008 (+11,1%), con una netta prevalenza dei maschi (28 su 39) ed una maggior concentrazione di casi nella classe d'età 45-64 anni (46,2% vs. 31,4% del 2008).

2.4.7 DISABILITÀ

La necessità di innovare gli approcci culturali, metodologici e legislativi integrando le politiche destinate alla parità e all'inserimento delle persone disabili ha consentito l'adozione da parte dell'OMS della nuova "Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute" (ICF)^[27] che propone un nuovo

^[27] *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF)*, Edizioni Erickson, Trento, 2001

approccio concettuale basato sul “modo di funzionare della persona in interazione con il proprio contesto ambientale” valutabile mediante l’incrocio di tre dimensioni – le *funzioni corporee*, le *attività*, la *partecipazione sociale* – la cui interazione consente una valutazione adeguata delle condizioni di vita della persona e del relativo stato di salute. La portata innovativa dell’approccio sta nel formulare, accanto ai valori di incidenza delle malattie, valutazioni specifiche in ordine alla disabilità indotta dalle malattie medesime in considerazione del fatto che la valutazione della disabilità non è cosa diversa dalla valutazione della salute^[28] e dovrebbe accompagnare ogni malattia specifica.

In Italia, si stima che il 4,8% della popolazione oltre i 6 anni d’età che vive in famiglia (circa 2.800.000 persone) è affetto da *disabilità grave*, e non in grado di svolgere almeno una delle funzioni della vita quotidiana; se si considerano anche le persone che sono in grado di svolgere con molta difficoltà le funzioni abituali quotidiane, si sale al 13% della popolazione oltre i 6 anni d’età che vive in famiglia (quasi 7.000.000). Il 59% dei disabili (d’età maggiore ai 6 anni) che vivono in famiglia ha difficoltà nelle funzioni quotidiane, il 46% nel movimento, il 4% è in confinamento individuale (a letto, in casa), il 23% ha difficoltà sensoriali. Il 46% dei disabili (d’età maggiore ai 6 anni) percepisce *male* o *molto male* il proprio stato di salute, contro il 5% delle persone non disabili.

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

In provincia di Trento è disponibile una “Anagrafe dell’handicap”^[29] costituita nel 2002 a cura dell’Unità operativa di medicina legale di APSS e integrata con l’archivio delle certificazioni che individuano l’alunno come persona handicappata.

Questa anagrafe ha *notificato*, nell’arco temporale 1992-2009, 10.245 persone che hanno presentato 12.782 domande finalizzate a usufruire dei benefici previsti dalla legge quadro in materia di handicap.

TAB. 2.14 Anagrafe handicap: soggetti notificati 1992-2009

Classe di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-17	804	18,04	628	10,85	1.432	13,98
18-64	1.843	41,36	1.988	34,34	3.831	37,39
65 e oltre	1.809	40,60	3.173	54,81	4.982	48,63
Totale	4.456	100,0	5.789	100,0	10.224	100,0

Fonte: APSS – Anagrafe handicap

^[28] Non appare razionale separare artificialmente quello che nell’esperienza esistenziale risulta unitario.

^[29] Creata su preciso indirizzo della Giunta provinciale (deliberazione n. 102/2004).

TAB. 2.15 Anagrafe handicap. Soggetti minorenni notificati 1992-2009

Classe di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-5	371	46,10	306	48,70	677	47,30
6-17	433	53,80	322	51,20	755	52,70
Totale	804	100,0	628	100,0	1.432	100,0

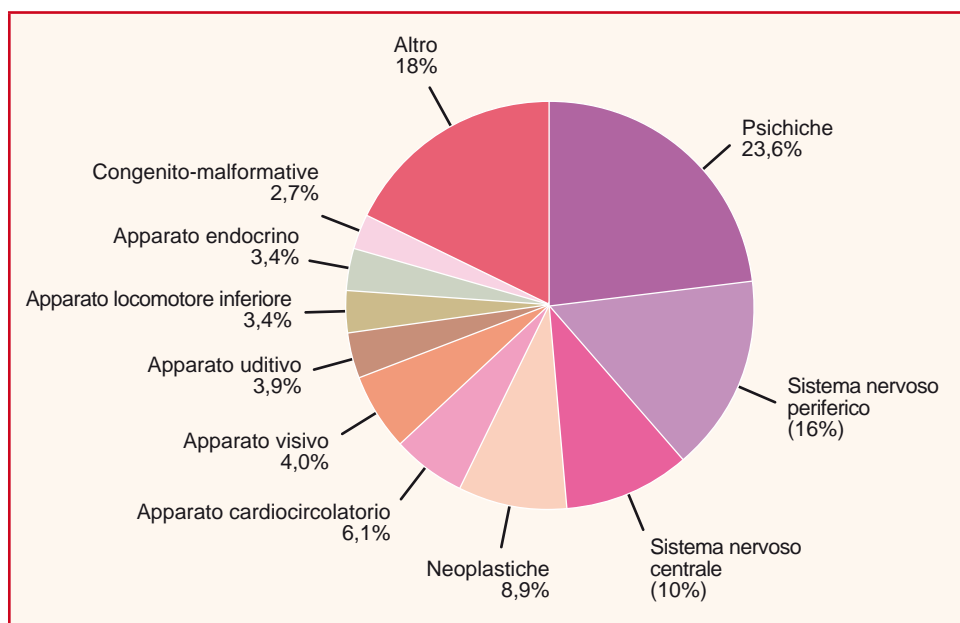
Fonte: APSS – Anagrafe handicap

TAB. 2.16 Anagrafe handicap. Tipologia handicap soggetti notificati 1992-2009

TIPOLOGIA DI HANDICAP	N. Totale	% del totale
Permanente (comma 1, art. 3, L. 104/1992)	1.917	25,6
Temporaneo	60	0,8
Permanente con grado invalidità > 2/3 (L. 648/1950) (art. 21, L. 104/1992)	92	1,2
Permanente con connotazione di gravità	4.431	59,3
Permanente con connotazione temporanea di gravità (comma 3, art. 3, L. 104/1992)	974	13,0
TOTALE	7.474	100
di cui Non handicap	360	4,6

Fonte: APSS – Anagrafe handicap

GRAF. 2.14 Anagrafe handicap: Malattie all'origine dell'handicap nei soggetti notificati 1992-2009



Fonte: APSS – Anagrafe handicap

TAB. 2.17 Anagrafe handicap. Benefici/agevolazioni riconosciute ai disabili residenti al 31.12.2009

Tipologia Disabili/Benefici	N.	%
HANDICAP PERMANENTE	1.031	
fornitura straordinaria e riparazione apparecchi, atrezzi, presidi e ausili	349	33,8
servizi alternativi di trasporto collettivo o individuale	179	17,3
diritto a spazi riservati per veicoli	126	12,2
HANDICAP PERMANENTE CON CONNOTAZIONE DI GRAVITÀ	7.324	
Permesso retribuito per genitore o parente convivente	3.596	49,1
Agevolazioni fiscali	1.270	17,3

L'analisi della prevalenza dei *bambini disabili in età prescolare* evidenzia che, nel periodo in esame, sono stati 677 i bambini in età pre-scolare registrati per i quali è stato avviato un percorso finalizzato all'accertamento dell'handicap non finalizzato all'inserimento scolastico (il 47,3% dell'intero gruppo dei minori).

Delle 10.245 persone notificate nel periodo 1992-2009, 7.474 sono "in vita" e 2.774 decedute (27,2%).

I tassi standardizzati annuali di riconoscimento dei soggetti in situazione di handicap mostrano un andamento crescente, passando dallo 0,86/10.000 del 1993, al 6,5/10.000 nel 2005, al 19,4/10.000 nel 2006 e al 27,8/10.000 nel 2009.

Il Grafico 2.14 presenta la distribuzione delle malattie all'origine dell'handicap per settore nosologico. La Tabella 2.17 presenta i benefici (agevolazioni assistenza) riconosciuti al 31.12.2009.

2.4.8 TOSSICODIPENDENZE

In generale, il consumo di sostanze psicoattive nella popolazione complessiva residente in provincia di Trento riflette il dato nazionale. Tra le sostanze illegali, la più diffusa è la cannabis, seguita dalla cocaina e dall'eroina.

Per ognuna delle sostanze considerate, a parte il tabacco, il consumo è maggiore nei maschi rispetto alle femmine e caratterizza le fasce d'età più giovani^[30].

In termini di distribuzione territoriale, il fenomeno è concentrato in una piccola porzione della provincia: la prevalenza di utilizzatori di oppiacei è superiore alla media in 5 comuni: Trento, Mezzolombardo, Arco, Riva del Garda, Ala.

Complessivamente per l'anno 2009 si stimano circa 2.000 *utilizzatori problematici*^[31] di sostanze residenti nel territorio della provincia di Trento con un aumento del 5,2% sull'anno precedente (nel 2008=1.900; +5,6% rispetto al 2007), corrispondenti a una prevalenza di circa 6,1 soggetti ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni (nel 2008=5,6). Tale valore è inferiore al dato medio

^[30] Per i confronti provinciali/nazionali e per le analisi dei trend, va tenuto conto dei limiti intrinseci delle rilevazioni IPSAD-Italia 2007/2008 ed ESPAD-Italia 2009.

^[31] Per *uso problematico* è da intendersi "il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine".

nazionale stimato in 9,9 soggetti ogni 1.000 residenti d'età a rischio. I soggetti che nel 2009 sono stati in trattamento presso i Ser.T della provincia di Trento per problematiche d'abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti sono stati 1.183 (nel 2008=1.063 – nel 2007=1.078): di questi 1.123 (nel 2008=989) risultano totalmente in carico e 60 (nel 2008=74) in appoggio presso altri servizi del territorio nazionale. Il numero totale di utenti in carico è aumentato dell'11% rispetto al 2008.

Rispetto al genere si evidenzia che l'80% degli utenti è rappresentato da maschi.

Gli utenti già in carico (che proseguono un trattamento avviato in anni precedenti) sono stati 994 (84%) (nel 2008=86; i nuovi utenti sono stati 189 (16%).

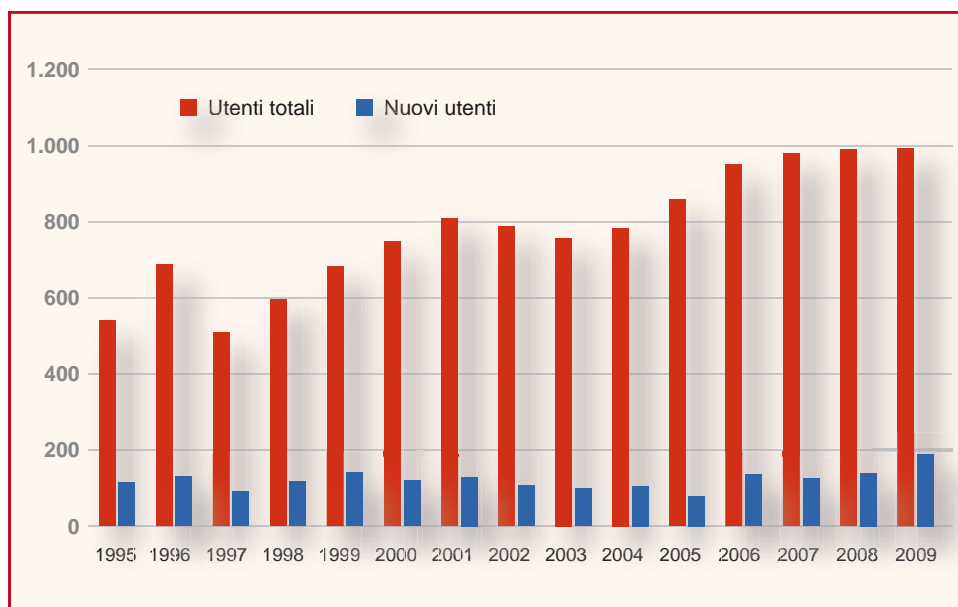
L'età media delle persone in trattamento è pari a 35 anni.

Il 91% delle persone è in carico per problemi legati all'uso primario di oppioidi, il 5% utilizza primariamente cocaina, il 4% cannabis: questi valori confermano quelli del 2008.

Il 78% degli utenti che fa – per la prima volta – una domanda di trattamento, si rivolge al Ser.T per scelta volontaria (nel 2008=69), il 7% è inviato da strutture socio-sanitarie (nel 2008=10), il 13% dalle prefetture e dall'autorità giudiziaria (nel 2008=15) e la restante parte attraverso altri canali (soprattutto familiari o amici). Il tasso di afferenza al Ser.T nel 2009 è risultato pari a 43,8/10.000, in diminuzione rispetto all'anno precedente (nel 2008=47,8/10.000 – nel 2007=46,5/10.000).

Nel 2009, l'89% delle persone utilizzatrici di oppiacei è stato trattato nei Ser.T, il 6% in strutture riabilitative, il 13% in carcere.

GRAF. 2.15 Utenti in carico al Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T) – Andamento 1995-2009



Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria PAT

Tra gli interventi erogati – farmacologico, psicologico, sociale; anche in associazione tra loro – l'intervento a cui si ricorre più spesso è farmacologico, che risulta erogato da solo senza integrazioni con altre terapie al 30% degli utenti (nel 2008=35); il 20% dell'utenza ha ricevuto cure farmacologiche associate con trattamento sociale (nel 2008=21); l'11% dell'utenza cure farmacologiche associate con trattamento psicologico (nel 2008=11); il 23% dell'utenza ha ricevuto cure farmacologiche associate con trattamento psicologico e sociale (nel 2008=23).

Nel 2009 si sono registrati complessivamente 122 ricoveri ospedalieri con un aumento del 20,5% sull'anno precedente (nel 2008=97; -16,3% rispetto al 2007) dei quali il 91% riguarda persone residenti (nel 2008=80,4) con età media di 47 anni (nel 2008=45). La durata media della degenza è stata di 9 giorni (nel 2008=12).

Nel 2009 in Trentino non si è registrato alcun decesso "droga correlato" (overdose) (nel 2008=1 caso), determinando un tasso di *decessi droga correlati* ^[32] pari a 0/100.000 (nel 2008=0,3/100.000 – nel 2007=0,9/100.000).

2.4.9 ALCOLISMO

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ^[33], ogni anno sarebbero attribuibili, direttamente o indirettamente, al consumo d'alcol il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 41% degli omicidi, il 45% di tutti gli incidenti, il 9% delle invalidità e delle malattie croniche, il 6,8% di tutte le disabilità. Complessivamente, circa il 10% dei ricoveri e l'8% dei decessi è attribuibile all'alcol; quest'ultimo aspetto appare rilevante oltre che per la cirrosi epatica, anche per gli incidenti stradali, dove l'alcol sembra costituire concausa potenziale in almeno il 50% dei casi fatali.

Per la *stima della mortalità alcolcorrelata* sono state considerate le cause di morte indicate dalla letteratura scientifica e sono state applicate, categoria per categoria, le frazioni attribuibili all'alcol secondo la "formula di Perrin" e la formula cosiddetta "italiana" (Tabella 2.18). Con la "*stima Perrin*" (Grafico 2.16) i decessi attribuibili all'alcol nel 2009 sono 172 (nel 2008=166 – 3,6%), pari a 3,8% dei decessi totali; applicando la "*formula italiana*" i decessi sono 112, pari al 2,5% del totale (nel 2008=112, pari al 2,4%)

L'alcolismo è un fenomeno particolarmente rilevante nella realtà trentina, come in altre situazioni regionali caratterizzate da elementi culturali, territoriali e produttivi simili a quelli trentini. I dati disponibili indicano che il consumo di alcol è sostanzialmente stabile negli ultimi 10 anni e trasversale a tutte le generazioni. Valutati in termini di variabili socio-anagrafiche, i consumi di alcol confermano una maggiore prevalenza di consumatori tra gli uomini (81%), con una differenza statisticamente significativa rispetto alle donne (53%), e l'aumento del consumo di alcol all'aumentare del titolo di studio (licenza elementare=55,5% – laureati=72%).

^[32] Rapportando tale valore alla popolazione di età 15-64 anni residente.

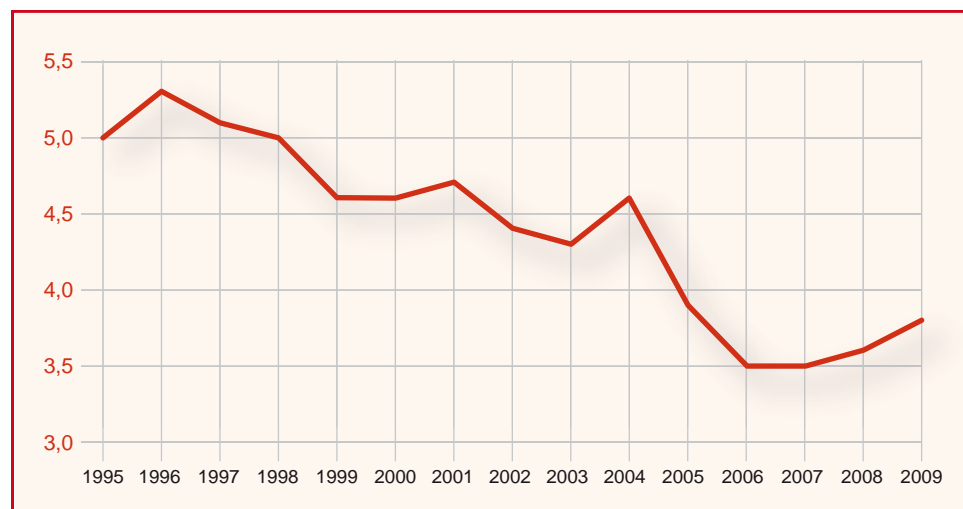
^[33] WHO-Global Status Report on Alcohol 2004 (www.who.int)

TAB. 2.18 Stima della mortalità alcol attribuibile nei residenti in provincia di Trento – Anni 2000-2009

	Totale decessi per tutte le cause	Decessi attribuibili all'alcol		% dei decessi attribuibile all'alcol	
		Stima Perrin	Formula italiana	Stima Perrin	Formula italiana
2000	4.489	205	123	4,6	2,7
2001	4.446	211	132	4,7	3,0
2002	4.350	191	128	4,4	2,9
2003	4.600	200	131	4,3	2,8
2004	4.360	202	129	4,6	3,0
2005	4.424	171	103	3,9	2,3
2006	4.494	157	103	3,5	2,3
2007	4.567	161	105	3,5	2,3
2008	4.609	166	112	3,6	2,4
2009	4.500	172	112	3,8	2,5

Fonte: APSS – Servizio osservatorio epidemiologico

GRAF. 2.16 Percentuale di mortalità attribuibile al consumo di alcol (Stima Perrin) – Trend 1995-2009



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

Il modello di consumo tradizionale, basato sulla consuetudine di bere vino durante i pasti con frequenza giornaliera, sta progressivamente cambiando^[34]: quote sempre maggiori di popolazione passano progressivamente all'assunzione di

^[34] Indagine multiscopo ISTAT "Aspetti di vita quotidiana" – "L'uso e l'abuso di alcol in Italia" – Anno 2009.

alcolici al di fuori dei pasti con frequenza prevalentemente occasionale. Cresce in particolare tra i giovani il consumo di alcol fuori pasto e gli episodi di ubriacature (binge drinking). Il 55% consuma alcol durante tutta la settimana, mentre il 45% prevalentemente nel fine settimana.

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

- ▶ nell'anno 2009 sono stati registrati complessivamente 696 accessi per problemi alcol-correlati presso i servizi di *pronto soccorso* della provincia di Trento (nel 2008=758 accessi di cui 552 maschi e 206 femmine; età media 43 anni; 17 casi di minori di 15 anni – nel 2007=796 – nel 2006=857 – nel 2005=710 – nel 2004=702 – nel 2003=743) che sono mediamente più gravi rispetto alla totalità degli accessi come confermato dal fatto che nel 16% (nel 2008=15% – nel 2007=22%) dei casi a tale accesso segue il ricovero del paziente;
- ▶ i ricoveri per problemi alcolcorrelati (dato sottostimato se riferito a diagnosi individuate dai codici ICD-IX CM che non sono esaustive dell'impatto sulle strutture ospedaliere) sono stati, nel 2009, 1.242, di cui 1.064 di residenti, (nel 2008=1.278 – nel 2007=1.319 – nel 2006= 1.432 – nel 2005=1.452 – nel 2004=1.511 – nel 2003=1.621) con una degenza media di 14 giorni e un consumo di 17.322 giornate di degenza ospedaliera (nel 2008=18.220).

2.4.10 INCIDENTI DOMESTICI

Gli incidenti domestici^[35] rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. Si stima che, a livello italiano e nell'arco di 12 mesi, il fenomeno coinvolga quasi 4 milioni di persone, vale a dire 54 individui ogni mille.

Nel 2008 (ultimo dato disponibile), la provincia di Trento, col valore di 9,8/1.000, si colloca sotto la media nazionale, pari a 13,5/1.000 (nel 2007 con il valore era del 15,6/1.000 verso una media nazionale pari a 11,9/1.000).

Per porre l'accento sulla portata e importanza del fenomeno, il legislatore nazionale ha approvato la legge 3 dicembre 1999, n. 493 – *Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici*^[36].

Ai fini della raccolta dati è stato istituito il Sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambito di civile abitazione (SINIACA), coordinato dall'Istituto superiore di sanità.

I dati d'accesso ai servizi di pronto soccorso per incidente domestico, ai sensi anche delle raccomandazioni del SINIACA, rappresentano il parametro di riferimen-

^[35] Compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, accidentalità dell'evento verificatosi in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

^[36] La legge 3 dicembre 1999, n. 493 – *Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici*, che dispone, tra l'altro: la raccolta, a livello locale, di dati sul fenomeno (tramite gli osservatori epidemiologici regionali), la promozione di iniziative di prevenzione (attraverso i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie) e l'istituzione di una forma assicurativa contro il rischio infortunistico derivante dal lavoro svolto in ambito domestico.

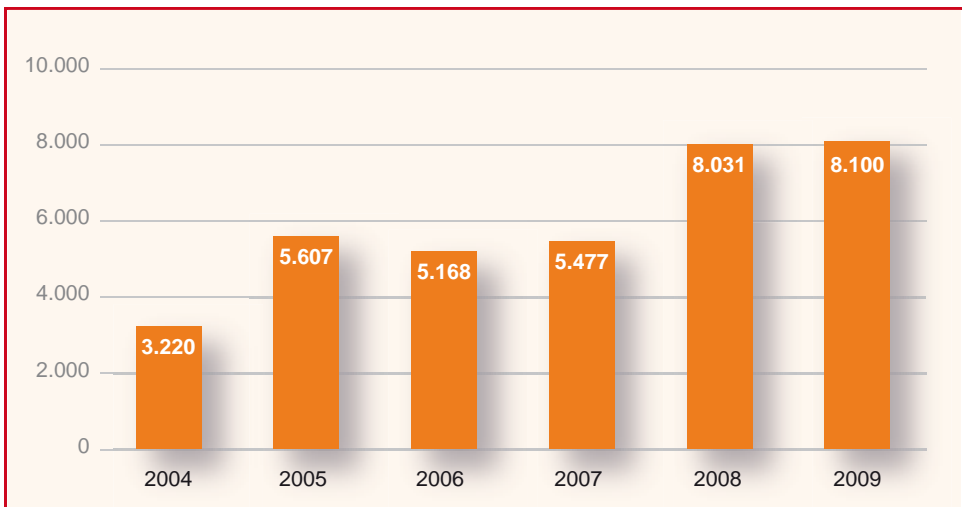
to per un monitoraggio epidemiologico del fenomeno a livello di popolazione. La completezza e la qualità della registrazione di dati in tali sedi sono ancora lontane da uno standard accettabile.

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

Nell'anno 2009 si registrano *8.100 accessi ai pronto soccorso* dovuti a incidente domestico (il 3,7% del totale degli accessi) (nel 2008=3,6 – nel 2007=2,6 – nel 2006=2,3). I dati più recenti dimostrano un incremento rilevante rispetto al 2007, molto probabilmente attribuibile a un miglioramento della registrazione dell'evento "incidente domestico" all'accesso in pronto soccorso. Il 53,1% del totale degli accessi riguarda le donne, (nel 2008=48 – nel 2007=50); nel 92,6% dei casi, i soggetti sono di cittadinanza italiana e nel 91,8% dei casi persone residenti in provincia di Trento. Nel 5,1% dei casi l'accesso al pronto soccorso è seguito da ricovero.

In riferimento al citato "minimum dataset", si registra una notevole riduzione dei record non compilati, a riprova di un notevole miglioramento della qualità del dato: la voce prevalente del campo inerente alla *dinamica* dell'incidente è "caduta, inciampamento, sdruciolamento" (54,4% – nel 2008=45,6% del totale); *l'attività svolta* nel momento in cui è occorso l'incidente è nel 37,0% dei casi "l'attività domestica" (nel 2008=30,9); il *luogo* dell'incidente più frequente è rappresenta-

GRAF. 2.17 Accessi per incidente domestico ai servizi di pronto soccorso – Anni 2004-2009



Fonte: elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

to da “altri locali della casa”, corrispondenti agli ambienti domestici all’interno dell’abitazione (33,7% del totale – nel 2008=25,3). Il Grafico 2.17 rappresenta l’andamento degli ultimi 6 anni.

Nel 2009, i ricoveri ospedalieri attribuibili a incidente domestico sono stati 693, con un aumento del 9,3% rispetto al 2008^[37], (nel 2008=634 – nel 2007=476; nel 2006=422; nel 2005=423; nel 2004=374).

Il 94,4% dei ricoveri riguarda residenti in provincia di Trento. Il 71,1% dei ricoveri riguarda il sesso femminile con un rapporto f/m che appare sostanzialmente stabile nel tempo. L’età media è di 71 anni, e la degenza media è di 11 giorni. Il 71,8% dei casi riguarda soggetti sopra i 65 anni d’età (nel 2008=74,4 – nel 2007=68,0 – nel 2006=70,0).

Nel 2009, sono stati registrati 40 *decessi* per evento infortunistico domestico, (nel 2008=40 – nel 2007=22). Trattasi nella quasi totalità di persone anziane (età media 83 anni); il 45% di questi decessi è avvenuto in “istituto di cura pubblico”.

2.4.11 INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali – che causano, ogni anno nel mondo, oltre 1,2 milioni di morti e tra i 20 e i 50 milioni di feriti – rappresentano la 9a causa globale di morte e una importante causa di disabilità. Pur interessando tutte le età, gli incidenti stradali rappresentano una delle tre principali cause di morte nella fascia 5-44 anni e la 1a causa tra i 15-29 anni^[38].

L’ultimo rapporto ISTAT-ACI rileva, nel 2009 in Italia, 215.405 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 4.237 persone e lesioni di diversa gravità per altre 307.258 persone; trattasi, pertanto, mediamente di 590 incidenti al giorno, con 12 morti e 842 feriti.

Nel periodo 2001-2009, nonostante un consistente aumento del parco di veicoli (+18%), gli incidenti stradali con lesioni alle persone sono diminuiti del 18,1%, i morti del 40,3%^[39] (media europea=35,1%) e i feriti del 17,7%.

L’analisi dell’incidentalità nel lungo termine mostra, sempre a livello nazionale, una costante riduzione della gravità degli incidenti: l’indice di mortalità – numero di morti ogni 100 incidenti – si attesta nel 2008 a 1,8% contro il 2,6% del 2001 e l’indice di gravità – numero di morti sul totale dei morti e dei feriti/1.000 incidenti – passa dal 19,6 del 2001 al 13,6 nel 2009.

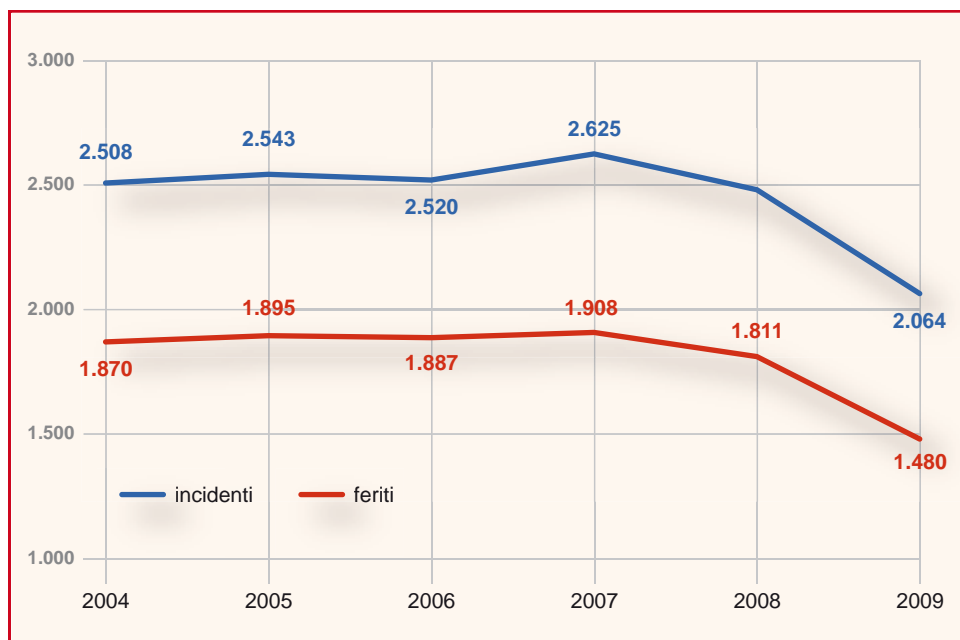
In Trentino è stato attivato il Centro integrato di monitoraggio del traffico della Provincia autonoma di Trento (che dal 2006 copre tutta la provincia) nel quale è inserito il sistema MITRIS, infrastruttura informatica che raccoglie in modo accurato, tempestivo e completo i dati dei rilievi d’incidente (CCT/INC) da parte delle forze

^[37] In larga parte quest’incremento può derivare dal miglioramento dei criteri di registrazione del dato.

^[38] *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.

^[39] L’Unione europea ha fissato l’obiettivo della riduzione del 50% della mortalità per incidente stradale tra il 2002 e il 2010.

GRAF. 2.18 Andamento incidenti stradali con feriti. Provincia di Trento – Anni 2004-2009



TAB. 2.19 Incidenti e persone infortunate per conseguenza. Confronto Trentino-Italia – Anno 2009

AMBITO	TOTALE INCIDENTI			di cui INCIDENTI MORTALI		
	Numero	Personi infortunate Morte	Ferite	Numero	Personi infortunate Morte	Ferite
Trento	1.480	25	2.064	25	25	11
Italia	215.405	4.237	307.258	3.973	4.237	3.032

Fonte: *Statistica degli incidenti stradali. Anno 2009*, ISTAT/ACI, 2010

dell'ordine (carabinieri, polizie municipali e polizia stradale) collegandoli al sistema informativo sanitario e georeferenziandoli sul territorio. La rilevazione ISTAT-ACI, che rappresenta la *fonte ufficiale delle statistiche di incidentalità stradale*, presenta una piena corrispondenza con i dati locali del citato Sistema MITRIS.

Facendo riferimento alle statistiche ISTAT-ACI, in provincia di Trento nel 2009 si sono verificati 1.480 incidenti con almeno un infortunato, con una diminuzione del 13% sull'anno precedente (nel 2008=1.701); sono decedute 25 persone e i feriti sono stati 2.064 (Grafico 2.18 e Tabella 2.19).

Caratteristiche sostanzialmente stabili negli ultimi anni sono la *sede dell'evento* (nel 66% dei casi trattasi di strada statale), la *percentuale per genere* (circa il 60% degli incidenti ha interessato persone di sesso maschile) e le *conseguenze fisiche* sui conducenti dei veicoli (nel 70% degli incidenti), sulle persone trasportate (nel 25% degli incidenti) e sui pedoni (nel 5% degli incidenti).

Nel 2009, la *natura dell'incidente* è stata nel 68,5% degli eventi uno "scontro tra veicoli in movimento" (nel 2008=67,5), e per il 31,5% "scontro tra veicolo in movimento e ostacolo" (nel 2008=32,5).

Gli *accessi al pronto soccorso* registrati per incidente stradale nel 2009 sono stati 6.078, (2,8% del totale degli accessi ai servizi di PS) con una diminuzione del 22,4% sull'anno precedente (nel 2008=7.828 – nel 2007=8.990 – nel 2006=8.932; nel 2005=9.332) e in 377 casi (6,2%) è seguito il ricovero (nel 2008=5%).

I *ricoveri ospedalieri* per incidente stradale sono stati, nel 2009, 598 con una diminuzione del 5% sull'anno precedente (nel 2008=629 – nel 2007=766 – nel 2006=733 – nel 2005=819 – nel 2004=875); nel 73% dei casi si tratta di soggetti maschi e la degenza media è di 10 giorni.

La proporzione di *incidenti mortali* è, nel 2009, pari a 1,7 (Italia=1,8); il *rapporto di mortalità stradale* è nel 2009 pari a 16,9/1.000 incidenti (Italia=19,7/1.000); l'*indice di gravità* è nel 2009 pari a 12,0 (Italia=13,6).

Il confronto con la situazione italiana nel lungo periodo – in riferimento all'andamento complessivo dei principali indici del fenomeno – è rappresentato nella Tabella 2.20.

Il fenomeno degli incidenti stradali, rappresenta un evento sentinella e deriva dal concorso di complessi fattori causali di diversa natura che possono essere suddivisi in quattro grossi ambiti: il comportamento del conducente, le condizioni della strada e la qualità della viabilità, l'efficienza e la sicurezza del veicolo, la tipologia della condizioni atmosferiche. *Il comportamento e lo stato psico-fisico del conducente restano i principali fattori condizionanti*, mentre gli altri fattori sono,

TAB. 2.20 Indicatori di incidentalità. Confronto Trentino-Italia – Anni 1990-2009

	% INCIDENTI MORTALI		RAPPORTO DI MORTALITÀ STRADALE		RAPPORTO DI LESIVITÀ STRADALE		INDICE DI GRAVITÀ	
	Trentino	Italia	Trentino	Italia	Trentino	Italia	Trentino	Italia
1990	3,4	3,6	37,5	40,9	1.292,5	1.366,2	28,2	29,1
1995	3,9	3,2	45,4	35,6	1.372,1	1.420,3	32,0	24,5
2000	2,0	2,7	20,4	30,2	1.360,7	1.422,8	14,8	20,8
2002	2,3	2,6	24,5	28,3	1.387,3	1.420,8	17,3	19,5
2004	3,2	2,3	35,4	25,0	1.349,8	1.410,0	25,5	17,4
2006	2,4	2,2	25,0	24,0	1.350,0	1.398,2	18,2	16,7
2008	1,6	2,0	17,6	21,6	1.345,1	1.419,1	12,9	13,8
2009	1,7	1,8	16,9	19,7	1.349,5	1.426,4	12,0	13,6

LEGENDA

Percentuale di incidenti mortali = Incidenti mortali/Incidenti x 100

Rapporto di mortalità stradale = Morti/Incidenti x 1.000

Rapporto di lesività stradale = Feriti/Incidenti x 1.000

Indice di gravità = Morti/(Morti + Feriti) x 1.000

TAB. 2.21 Sistema di sorveglianza nazionale PASSI ^[40] – Anni 2008-2009

		<i>Usa sempre cintura sicurezza anteriore</i>	<i>Usa sempre cintura sicurezza posteriore</i>	<i>Usa sempre il casco</i>	<i>Ha guidato sotto l'effetto dell'alcol</i>
TRENTINO	2008	91,0%	33,6%	96,0%	10,0%
	2009	92,7%	39,8%	96,8%	13,0%
ITALIA	2009	83,0%	19,0%	94,0%	11,0%

di norma, condizioni collaterali. La guida sotto l'effetto dell'alcol è più diffusa nei maschi e nelle fasce d'età oltre i 34 anni.

Va sottolineato che, nel 2009, il Trentino ha conseguito l'obiettivo fissato dall'Unione europea di riduzione del 50% della mortalità per incidente stradale nel periodo 2002-2010.

2.4.12 INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Questi eventi si pongono come indicatori anche delle condizioni civili e sociali di una comunità e, pertanto, al di là del numero, della tipologia e della gravità, costituiscono eventi sentinella. Va segnalato, in particolare, che:

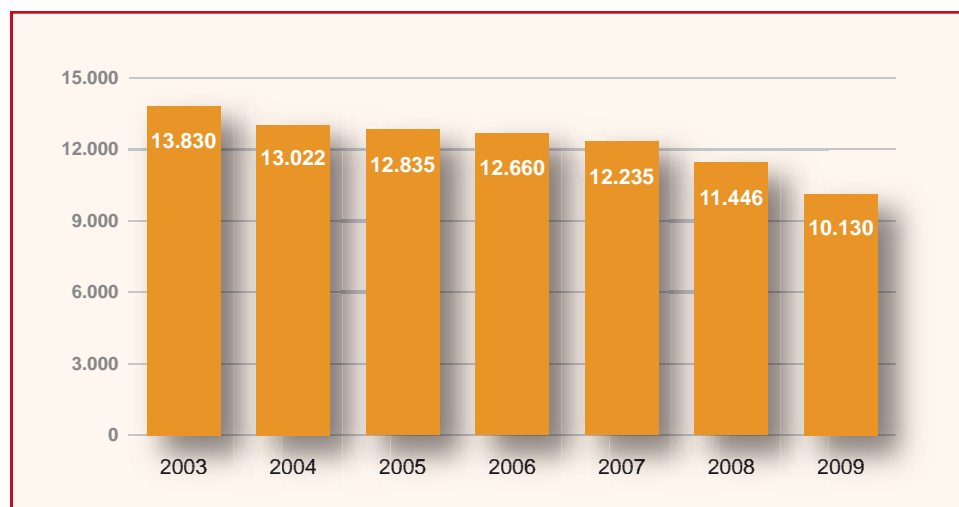
- ▶ l'andamento degli *infortuni sul lavoro* risente in modo rilevante delle modificazioni del numero di occupati (in tendenziale crescita in alcuni settori e in riduzione in altri) e dell'allargamento della base assicurata (estensione dell'assicurazione ad alcune categorie non soggette);
- ▶ per una lettura corretta del fenomeno, anche in dipendenza di diverse fonti informative, si distinguono gli *infortuni denunciati* (notificati all'Istituto Assicuratore INAIL, compresi quelli di studenti, di sportivi professionisti e addetti ai servizi domestici), *infortuni riconosciuti* (infortuni denunciati che sono stati "definiti positivamente" dall'INAIL) e *infortuni in occasione di lavoro* (definiti positivamente, con esclusione degli eventi in itinere avvenuti nel tragitto casa-lavoro e di quelli degli sportivi professionisti, degli studenti delle scuole pubbliche e private e degli addetti ai servizi domestici).

La *frequenza d'infortunio in Trentino* è in *continua decrescita* dal 2003 al 2009 al pari dell'andamento nazionale; il rapporto di gravità è lievemente aumentato (+2,8%), meno del valore medio nazionale (+4,8%): i settori dell'agroindustria, delle costruzioni, della trasformazione dei minerali e del legno presentano gli indicatori di frequenza e gravità più elevati; il terziario presenta indici di frequenza e gravità al di sotto della media.

Nel periodo 1998-2009 sono stati registrati dall'Osservatorio provinciale 131 *infortuni mortali sul lavoro*, con una media di circa 11 infortuni/anno: nel primo

^[40] PASSI (Progressi aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza, realizzato dalle regioni e dalle province autonome, volto al monitoraggio delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti dei cittadini (600 interviste in ambito provinciale).

GRAF. 2.19 Provincia di Trento. Infortuni denunciati – Andamento 2003-2009



quinquennio gli infortuni sono stati 68 (media 13,6/anno); prima del 2003 non si era mai scesi sotto gli 11 casi/anno (media 13,7), mentre negli ultimi anni si sono registrati stabilmente 8 infortuni mortali all'anno con il picco del 2006 (14 infortuni, doppio rispetto al 2005). Nel 2007 gli infortuni mortali sono stati 7, nel 2008 9 e nel 2009 10.

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

Tra le *modalità d'accadimento*, quelle dovute a caduta dall'alto e quelle legate ad automezzi, macchine operatrici o trattori agricoli determinano più della metà dei casi.

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

TAB. 2.22 Provincia di Trento. Andamento notifiche malattie professionali – Anni 2004-2009

Notifiche di malattia professionale	2004	2005	2006	2007	2008	2009
all'INAIL	223	202	209	239	240	292
all'UOPSAL	243	187	252	194	236	228

TAB. 2.23 Provincia di Trento. Segnalazioni di malattia professionale all'UOPSAL. Prime tipologie per frequenza – Periodo 2004-2009

PATOLOGIE	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004-2009	%
Ipoacusia	131	126	122	89	75	55	598	44,4
Malattie da traumi cumulativi	69	27	57	47	82	85	367	27,3
Patologia del rachide	3	10	26	21	44	50	154	11,4
Neoplasie	13	7	17	14	14	10	75	5,6
Dermatite	16	9	11	3	7	8	54	4,0
Silicosi/pneumoconiosi	4	2	5	7	4	7	29	2,2
Disturbi da stress occupazionale	—	1	5	3	3	3	15	1,1
Altra patologia osteoarticolare	—	—	1	3	2	3	9	0,7
Malattie da agenti biologici	—	1	3	3	2	—	9	0,7
Asma	—	2	—	1	1	—	4	0,3
Altre forme allergiche	—	1	—	1	—	—	2	0,1
Altro	4	7	5	4	3	7	30	2,2
Totale malattie professionali	240	193	252	196	237	228	1.346	100,0

stesse è diventata obbligatoria dal 1996 e questo ha migliorato l'accuratezza della rilevazione): va ricordato che esistono diverse proposte normative che intendono aggiornare l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia da parte del medico, nelle quali si classificano le patologie in questione sulla base di diversi gradi di probabilità della loro genesi lavorativa.

La Tabella 22 descrive l'andamento delle notifiche di malattia professionale nel periodo 2004-2009: il dato INAIL non coincide con quello dell'UOPSAL in quanto i criteri di segnalazione sono differenti e rispondono per esigenze diverse.

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

Le ipoacusie/sordità da rumore e le malattie delle articolazioni si confermano condizioni patologiche prevalenti^[41]. L'ipoacusia, che era stata la malattia professionale più frequentemente notificata, dal 2008 è superata dalle segnalazioni di patologie osteoarticolari "da traumi cumulativi".

^[41] Con molta probabilità il dato riportato è sottostimato, in quanto le denunce provenienti dal settore sanitario rispondono a criteri diversi rispetto a quelli dell'ente assicurativo e pertanto presentano più casi che spesso non vengono ritenuti da indennizzare, anche se negli ultimi anni si sta verificando un allineamento tra i due settori nelle denunce.

Negli ultimi cinque anni, i casi riconosciuti sotto il profilo assicurativo sono stati circa il 38% di quelli denunciati.

Gli *accessi ai servizi di pronto soccorso a causa di un infortunio sul lavoro sono stati, nel 2009, 8.579* (-12,8% rispetto al 2008): nell'89,1% dei casi trattasi di residenti in Provincia di Trento e nel 76,2% di accessi di maschi; anche i ricoveri ospedalieri per "infortunio sul lavoro" (291 casi) sono in diminuzione rispetto agli anni precedenti (-12,6% rispetto al 2008 e -33,9% rispetto al 2005).

2.5 L'approccio "salute-stagioni della vita"

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

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

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

Per ciascuna di queste fasce d'età sono quindi presentati, prima in scala generale e poi nel dettaglio – con riferimento all'anno 2009 – le cause e l'entità rispettivamente della mortalità e dei ricoveri ospedalieri.

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

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

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

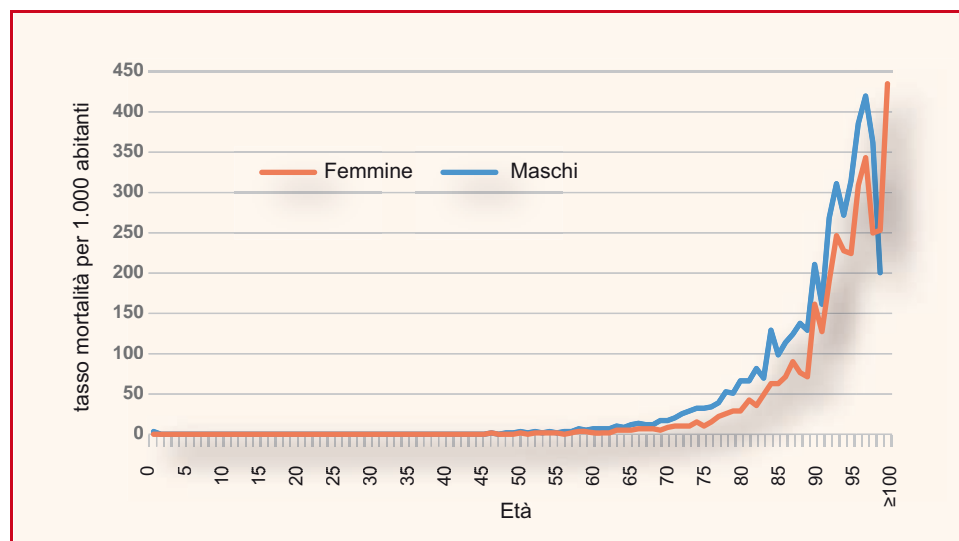
- ▶ primo anno di vita
- ▶ infanzia e adolescenza – da 1 a 14 anni
- ▶ giovani – da 15 a 24 anni
- ▶ giovani adulti – da 25 a 49 anni
- ▶ adulti – da 50 a 64 anni
- ▶ anziani – da 65 a 74 anni
- ▶ grandi anziani – 75 anni e oltre.

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

Eseguita l'analisi di dettaglio dei 7 gruppi di popolazione identificati, si propone un riepilogo e un confronto dei medesimi rispetto ai parametri più indicativi: la Tabella 2.24 e il Grafico 2.20 rappresentano l'andamento del *tasso di mortalità ogni 1.000 residenti* ed evidenziano – in funzione dell'età e del genere – le peculiarità

TAB. 2.24 / GRAF. 2.20 Riepilogo e confronto dei 7 gruppi di popolazione. MORTALITÀ – Anno 2009

STAGIONI DI VITA	NUMERI DECESSI		TASSO SPECIFICO PER 1.000 abit.		CAUSA SPECIFICA DI MORTE PIÙ FREQUENTE 2009	
	2008	2009	2008	2009	Maschi	Femmine
Primo anno di vita	12	9	2,27	1,71	Enterocolite e Altre cause diverse	
Infanzia e adolescenza 1-14 anni	8	10	0,13	0,13	Cause diverse	
Giovani 15-24 anni	17	15	0,33	0,29	Traumatismi multipli non specificati	
Giovani adulti 25-49 anni	143	149	0,75	0,78	Fratture e Traumatismi vari	Tumori maligni della mammella
Adulti 50-64 anni	409	429	4,21	4,31	Tumore maligno dei bronchi e del polmone	
Anziani 65-74 anni	688	634	13,71	12,47	Infarto miocardico acuto e Tumore maligno dei bronchi e del polmone	Infarto miocardico acuto e Cardiopatia ischemica cronica
Grandi anziani 75 anni e oltre	3.332	3.376	67,09	66,73		
Totale	4.609	4.622	8,87	8,81		



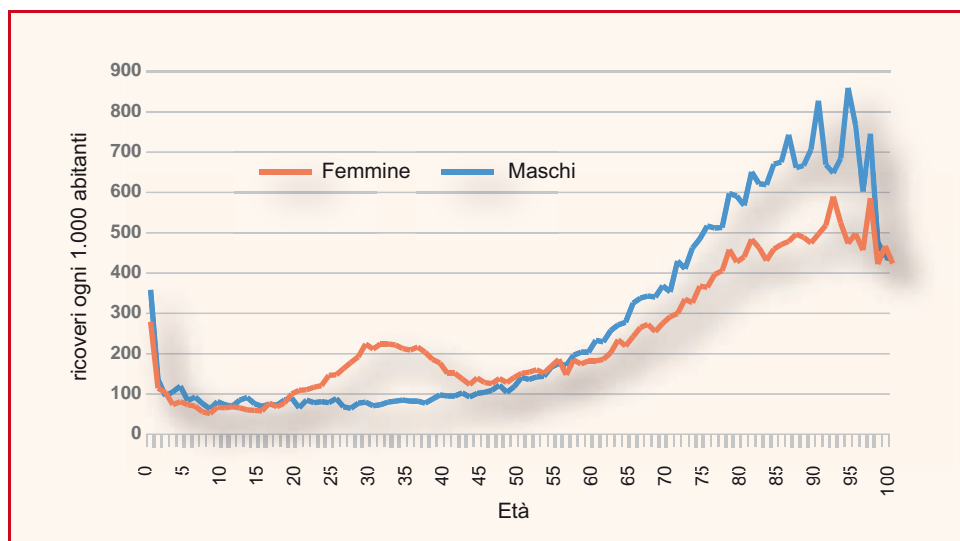
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria PAT

attese per classe di età sia con riguardo alla frequenza dei decessi che in ordine alla principale causa di morte.

La Tabella 2.25 e il Grafico 2.21 rappresentano l'andamento del tasso di ospedalizzazione ogni 1.000 residenti (escludendo dal calcolo i neonati sani, la cui

TAB. 2.25 / GRAF. 2.21 Riepilogo e confronto dei 7 gruppi di popolazione. RICOVERI – Anno 2009

STAGIONI DI VITA	NUMERI RICOVERI		TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 abit.		DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE PIÙ FREQUENTE 2009	
	2008	2009	2008	2009	Maschi	Femmine
Primo anno di vita	1.657	1.600	313,1	301,2	Prematurità, immaturità e basso peso alla nascita non specificato	
Infanzia e adolescenza 1-14 anni	5.283	5.236	71,0	69,6	Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi	
Giovani 15-24 anni	4.023	4.070	78,4	78,0	Lesioni interne del ginocchio	Parto completamente normale
Giovani adulti 25-49 anni	23.409	23.277	122,1	121,7		
Adulti 50-64 anni	17.158	17.807	176,5	178,8	Chemioterapia antineoplastica	
Anziani 65-74 anni	16.295	16.633	324,8	327,5	Cataratta	
Grandi anziani 75 anni e oltre	24.822	25.881	499,8	513,7		
Totale	92.647	94.504	178,2	180,1		



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria PAT

presenza in ospedale non rappresenta un evento di ricovero per patologia) ed evidenziano – in funzione dell’età e del genere – le peculiarità in termini di ricorso all’ospedalizzazione in determinati periodi della vita e, in particolare:

- ▶ un’elevata e crescente ospedalizzazione nel primo anno di vita per entrambi i generi che si ritiene attribuibile, da un lato all’aumento della complessità clinica legata alla presa in carico dei casi di gestazione breve e, d’altro lato, al ricorso all’ospedale anche a fronte di patologie che potrebbero essere affrontate dal pediatra di libera scelta o a livello ambulatoriale;
- ▶ una sostanziale stabilità nei ricoveri nei maschi dai 7 ai 50 anni;
- ▶ tassi di ospedalizzazione maschili sempre più elevati rispetto a quelli femminili, eccettuata – come atteso – la fascia di età che corrisponde alla fecondità femminile;
- ▶ un ricorso al ricovero ospedaliero a partire dai 50 anni di età, elevato e in aumento rispetto al 2008.

Prendendo in considerazione – in funzione dell’età e del genere – il periodo 2005-2009 con riferimento all’ospedalizzazione (diagnosi alla dimissione più frequente) non si registrano variazioni epidemiologicamente significative (Tabella 2.26).

TAB. 2.26 Riepilogo e confronto dei parametri più significativi dei sette gruppi di popolazione. Numero dei Ricoveri e Tasso di ospedalizzazione – Anni 2005-2009

STAGIONI DI VITA	NUMERO DEI RICOVERI					TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE / 1.000 ABITANTI					DIAGNOSI DIMISSIONE PIÙ FREQUENTE	
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	Maschi	Femmine
Primo anno di vita	1.197	1.176	1.509	1.657	1.600	238,9	230,6	297,1	313,1	301,2	Prematurità, immaturità, basso peso nascita n.s.	
Infanzia e adolescenza 1-14 anni	5.211	5.142	5.387	5.283	5.236	72,6	70,8	73,4	71,0	69,6	Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi	
Giovani 15-24 anni	3.714	3.848	3.918	4.023	4.070	76,0	77,8	77,5	78,4	78,0	Lesioni interne ginocchio	Parto normale
Giovani adulti 25-49 anni	23.202	23.392	23.616	23.409	23.277	122,3	123,2	123,7	122,1	121,7		
Adulti 50-64 anni	17.338	17.138	17.576	17.158	17.807	187,0	182,6	184,2	176,5	178,8	Chemioterapia antineoplastica	
Anziani 65-74 anni	15.813	15.994	16.230	16.295	16.633	334,4	331,9	329,9	324,8	327,5	Cataratta	
Grandi anziani 75 anni e oltre	23.503	24.010	24.654	24.822	25.881	500,8	500,7	505,2	499,8	513,7		
TOTALE	89.978	90.700	92.890	92.647	94.504	179,1	177,5	180,94	178,2	180,1		

Parte II
Gestione ed efficienza
dei servizi sanitari

3

Il Servizio Sanitario Provinciale: struttura, organizzazione e spesa

3.1 L'assetto istituzionale e organizzativo del settore sanitario provinciale

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

La legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 ha conferito al Servizio sanitario provinciale l'assetto ^[1] rappresentato nella Figura 3.1.

FIG. 3.1 Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale



^[1] Va segnalato che è in corso di approvazione da parte del Consiglio provinciale una nuova riforma del Servizio sanitario trentino che, con legge provinciale è finalizzato a ridefinire le coordinate della "Tutela della salute in provincia di Trento" provvedendo, in particolare:

Il Dipartimento politiche sanitarie assicura – attraverso le attività esercitate dai servizi e dagli 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) ^[2] che si articola in 13 distretti sanitari che comprendono, a loro volta, un numero variabile di comuni con bacini demografici diversificati.

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

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

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

-
- a precisare funzioni ed ambiti di attività e responsabilità degli attori del sistema (cittadini, Governo provinciale, Azienda sanitaria, enti locali, volontariato...);
 - a semplificare l'assetto organizzativo dell'unica Azienda sanitaria (con sole tre articolazioni organizzative fondamentali: dipartimento di prevenzione, distretti sanitari, servizio ospedaliero provinciale);
 - a ricalibrare gli ambiti territoriali dei distretti sanitari (riduzione a quattro);
 - a potenziare l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociosanitari e sociali, migliorando l'accessibilità.

^[2] Nel momento storico di trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende sanitarie, il legislatore nazionale ha scelto di introdurre il concetto di "azienda" per rimarcare la necessità che la programmazione, l'organizzazione e la gestione del servizio sanitario di dotassero di strumenti tipici delle aziende (piani strategici, contabilità economico-patrimoniale, controllo di gestione, valutazioni e modelli per la qualità): le indicazioni della Provincia autonoma di Trento nei confronti dell'APSS sono indirizzate a questo orientamento.

3.2 I livelli di assistenza sanitaria

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

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

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

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, modificando il decreto legislativo n. 502/1992, ha ripreso i contenuti del Piano sanitario nazionale 1998-2000 ^[3] e ha sancito alcuni importanti principi:

- ▶ il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge n. 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità di accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- ▶ l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;

^[3] Approvato con D.P.R. 23 luglio 1998.

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

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001^[4], con cui è stata approvata la *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*:

- ▶ esclude totalmente o parzialmente dai livelli essenziali di assistenza una parte di prestazioni in quanto:
 - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del servizio sanitario nazionale (art. 1, comma 2, decreto legislativo n. 502/1992);
 - non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o la loro utilizzazione è rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
 - in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse o non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza.
- ▶ classifica i livelli essenziali di assistenza in macro aree;
- ▶ effettua una ricognizione della normativa vigente indicando le prestazioni erogabili;
- ▶ descrive per le prestazioni erogabili dell'area di integrazione socio-sanitaria la percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale;
- ▶ individua le prestazioni totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza;

^[4] Pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002 a seguito dell'Accordo di definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sancito in data 22 novembre 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

- ▶ descrive le prestazioni erogabili secondo precise indicazioni cliniche e pertanto parzialmente escluse dai livelli essenziali di assistenza e alcune prestazioni che possono presentare un profilo organizzativo inappropriato;
- ▶ fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei livelli, presenta una serie di indicatori e alcune linee guida relative al ruolo delle regioni in materia di livelli essenziali di assistenza.

L'individuazione dei livelli essenziali comporta anche la determinazione di alcune caratteristiche essenziali delle attività, dei servizi e delle prestazioni in assenza delle quali la prestazione o il servizio non possono essere qualificati come tali: queste caratteristiche possono riguardare, per esempio, il tempo minimo di durata di una prestazione, la dotazione tecnologica minima necessaria per garantire la sua qualità, la presenza o la disponibilità in servizio di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato, la garanzia di accesso al servizio per appuntamento.

Questo tema si avvicina a quello della valutazione e del monitoraggio dei servizi sanitari attraverso la fissazione di "standard" o "parametri di riferimento" ma attiene, in questa prospettiva, all'individuazione di requisiti "qualificanti" della specifica attività e si colloca, quindi, a pieno titolo all'interno della definizione dei livelli di assistenza la cui uniforme applicazione a livello nazionale deve salvaguardare le specificità territoriali, in rispondenza alle analisi dei bisogni e delle risorse di ciascun contesto locale.

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

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

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

- ▶ di rinviare a successivi provvedimenti ogni altra determinazione che si rendesse necessaria in relazione alla dinamicità sottesa al concetto stesso di "livelli essenziali di assistenza";
- ▶ di continuare secondo le modalità in essere le prestazioni relative ad alcuni specifici ambiti assistenziali e rinviando a successivi provvedimenti, per la necessità di ulteriori e specifici approfondimenti e analisi, la revisione organica di alcuni settori e la conseguente determinazione dei relativi livelli di assistenza.

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

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

- ▶ la Giunta provinciale:
 - ha definito i relativi livelli di assistenza essenziali e aggiuntivi, attraverso la deliberazione n. 1788 di data 6 agosto 2004, successivamente modificata con deliberazione n. 436/2006;
 - ha regolamentato ulteriormente il settore tramite la deliberazione n. 1059/2007 che ha, tra l'altro, disposto l'estensione alla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni, dell'erogazione delle prestazioni diagnostiche curative già previste per la prevenzione secondaria dei soggetti in età evolutiva, individuando il riferimento reddituale come criterio d'accesso all'assistenza odontoiatrica e considerando quale discriminante per la fruizione delle prestazioni in parola l'appartenenza del soggetto beneficiario della prestazione a un nucleo familiare con un indice ICEF inferiore a 0,020 secondo le modalità approvate con la deliberazione della Giunta provinciale n. 1060/2007;
- ▶ il Consiglio provinciale
 - su iniziativa della Giunta, ha approvato la legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 – *“Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento”*: il Dipartimento politiche sanitarie (Servizio economia e programmazione sanitaria) – in collaborazione con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e con le rappresentanze dell'Ordine dei medici e chirurghi della Provincia di Trento (Commissione CAO), degli odontoiatri, degli odontotecnici, degli igienisti dentali e degli studi privati convenzionati con il Servizio sanitario provinciale – ha curato l'istruttoria tecnica per la valutazione e la determinazione degli elementi richiesti per l'attuazione della legge provinciale n. 22/2007 provvedendo a definire le *Directive attuative della legge provinciale n. 22/2007 per l'anno 2008* (deliberazione della Giunta provinciale n. 1886/2008), *per l'anno 2009* (deliberazione della Giunta provinciale n. 1585/2009) e *per l'anno 2010* (deliberazione della Giunta provinciale n. 3344/2009) realizzando un continuativo percorso di miglioramento dell'assetto complessivo.

Va, peraltro segnalato che, nella realtà provinciale, accanto ai livelli d'assistenza sopra riportati, sono erogate consistenti prestazioni sanitarie aggiuntive ai sensi di quanto disposto all'articolo 68 della legge provinciale 11 settembre 1998, n. 10 in base al quale la Giunta provinciale, annualmente, disciplina condizioni, limiti

e modalità d'accesso, nonché l'eventuale compartecipazione degli assistiti alla spesa, per la serie di prestazioni 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 i metodi "Doman" e "Fay"
- 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 l'effettuazione di prestazioni a vantaggio di persone affette da SLA e in stato vegetativo o minima responsività
- 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
- di farmaci (principi attivi) per soggetti affetti da malattie rare
- servizio di alimentazione artificiale a domicilio e fornitura dei relativi prodotti e attrezzature.

Va ancora rilevato che i livelli d'assistenza richiedono di essere modificati riguardo a nuove esigenze della collettività e dei singoli nonché all'evoluzione scientifica e tecnologica, e che, pertanto, è sempre attivo il processo di "monitoraggio" e, conseguentemente di "manutenzione"^[5] dei livelli stessi, nell'ottica di rispondere

^[5] Dal luglio 2004 è attiva, presso il Ministero della salute, la "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" che, oltre a garantire una rappresentanza istituzionale, è composta in modo da assicurare la presenza di competenze ed esperienze specifiche, per lo più tecniche (medici, epidemiologi, ingegneri, economisti sanitari) nei diversi settori dell'assistenza sanitaria. La legge istitutiva assegna a detta Commissione il mandato di "valutare i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei LEA in relazione alle risorse definite". La Commissione ha definito un "percorso metodologico" – che si concretizza

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

Ancora nel 2009, le disomogeneità tra regioni, nella domanda e nell'offerta dei servizi sanitari sia in ambito ospedaliero che territoriale, sono registrate anche nell'ambito dei lavori del Comitato permanente per la verifica dei Lea in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, di cui uno strumento è la cosiddetta "griglia LEA" che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità e il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza, attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera.

in una successione di domande – sulla base dei criteri indicati dal decreto legislativo n. 229/1999 (necessità assistenziale, efficacia, appropriatezza clinica, uso efficiente delle risorse) ma esaminando anche diversi altri aspetti, relativi a questioni di grande complessità, proponendo una riflessione sul loro significato e sulle loro implicazioni prima di assumere decisioni influenti sulla vita e sulla salute delle persone e sugli equilibri economico-finanziari del sistema.

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

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

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

3.3 L'offerta sanitaria

Le attività e le prestazioni che il Servizio sanitario provinciale garantisce – attraverso un'interazione funzionale di strutture, risorse e professionisti – possono essere ricondotte ai seguenti 3 livelli:

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

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

Questo livello d'assistenza riguarda tutte le *attività di assistenza collettiva a favore dei cittadini* – svolte dalla Direzione igiene e sanità pubblica tramite le unità operative direttamente afferenti alla Direzione attraverso i singoli settori igiene afferenti alle unità operative distrettuali (UOAP) – e, in particolare, le *attività di*

prevenzione (collettiva e dei singoli) delle malattie e delle disabilità e di generale miglioramento della qualità della salute e della vita, attraverso la rimozione delle cause e dei fattori di rischio per la salute umana presenti nei vari contesti ambientali in cui si svolge la vita del singolo e della comunità.

L'attività di igiene e sanità pubblica – la cui azione è diretta all'individuazione e alla rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale – si esplica in una serie di attività eterogenee, svolte prevalentemente a livello territoriale ed è collocabile nei settori funzionali di seguito descritti per ciascuno dei quali viene riportata l'attività più significativa e caratteristica realizzata nel corso del 2009:

► *Igiene e sanità pubblica*

L'attività di *vaccinazione* ha consentito di raggiungere coperture molto elevate delle fasce di popolazione a rischio e, soprattutto, di rendere più omogenea la copertura nelle varie zone della Provincia di Trento, diminuendo progressivamente il divario fra i vari Distretti. Si sono fatti *166.184 interventi vaccinali*^[6]; per le vaccinazioni obbligatorie la copertura rimane ottima, mentre per quelle raccomandate è complessivamente buona con un trend in lento miglioramento nelle zone a copertura minore. Nel 2009 si è consolidata la campagna di vaccinazione contro il *Papilloma virus* (HPV) avviata l'anno precedente (mediante vaccinazione delle bambine di 12 anni d'età, 3 dosi) e un notevole sforzo organizzativo è stato dedicato a fronteggiare la possibile epidemia di "nuova influenza" A H1N1v, garantendo contemporaneamente la vaccinazione contro l'influenza stagionale negli ultra sessantacinquenni avviata in anticipo per permettere di iniziare (a novembre 2009) la vaccinazione contro la nuova influenza che, fortunatamente, non ha avuto le caratteristiche di diffusione e gravità che le previsioni più pessimistiche (divulgate dall'OMS) avevano paventato: infatti, dopo un picco iniziale fra gli studenti all'inizio dell'anno scolastico, essa è andata via via scemando. Sono *da migliorare*, rispetto agli obiettivi del Piano nazionale vaccini 2008-2010, le vaccinazioni HPV e la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti d'età ≥ 65 anni.

^[6] Va segnalato che, col 2005, la rilevazione ha disaggregato le dosi del singolo vaccino, anche se la somministrazione avveniva tramite vaccino polivalente (in altri termini, in precedenza 1 fiala contenente più vaccini veniva conteggiata come unica vaccinazione). La riduzione del numero di dosi di vaccino somministrato nel 2008 è dovuta al cambiamento nelle modalità di conteggio delle singole componenti (Difterite/Tetano/Pertosse DTP=1 dose, e non 3 dosi come conteggiato negli anni precedenti).

Gli indicatori di copertura per le vaccinazioni dell'infanzia esprimono il tasso percentuale di bambini che hanno completato il ciclo vaccinale previsto entro il compimento dei 24 mesi nell'anno di riferimento (2007). I tassi di copertura sono definiti due volte all'anno con date di riferimento rispettivamente 30 settembre e 31 dicembre: nel primo caso si tratta di una copertura provvisoria utile per evidenziare il trend annuale e la cui popolazione di riferimento è costituita dai bambini che hanno compiuto il 24° mese di vita nel corso dei primi 9 mesi dell'anno; nel secondo caso la popolazione su cui viene calcolata la copertura include tutti i bambini che nel corso dell'anno (1 gennaio-31 dicembre) hanno compiuto il 24° mese di vita e costituisce pertanto la copertura definitiva.

TAB. 3.1 Copertura vaccinale % per tipologia di vaccino – Anni 2001-2009

	Antinfluenzale nei soggetti d'età ≥65 anni	Antimorbillosa a 24 mesi di vita	Antihaemophilus influenzae a 24 mesi di vita	AntiHPV nelle bambine nel 12° anno di vita	Antimeningococco tipo C al 24° mese d'età
2001	50,8	70,0	76,6	—	—
2003	57,8	—	92,8	—	—
2005	68,2	81,3	93,6	—	—
2007	64,5	87,7	95,3	—	—
2009	66,8	88,7	94,9	60,01	73,5

TAB. 3.2 Igiene e sanità pubblica: attività – Anni 2002-2009

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008
Vaccinazioni	108.614	106.402	102.104	257.665	264.181	265.846	161.219	166.184
Attività certificativa	72.485	49.455	49.868	49.954	48.225	47.121	42.832	43.536
Medicina necroscopica	5.091	4.957	4.453	4.264	4.388	4.171	3.729	3.440
Edilizia	9.945	10.146	9.914	4.690	2.649	3.020	2.693	2.362
Alimenti e bevande	10.730	8.944	6.288	5.989	5.560	4.066	8.181	11.016

► *Prevenzione ambientale*

Tutela da rischi connessi agli ambienti di vita e agli inquinanti ambientali: nel 2009 sono stati eseguiti 1.375 campionamenti delle acque potabili, 663 campionamenti delle acque di balneazione e 875 azioni di disinfezione-disinfestazione;

Riguardo alle acque potabili, in ottemperanza alla nuova normativa di settore, negli ultimi anni è andato a regime il passaggio di competenze dai comuni agli enti gestori che ha determinato l'intensificarsi delle attività d'autocontrollo da parte di questi ultimi, con la conseguente possibilità, da parte dell'organo di controllo, di concentrare maggiormente l'attenzione sui dati dell'autocontrollo che avesse evidenziato eventuali problematiche o criticità. Il meccanismo d'analisi del rischio deve essere ancora perfezionato per sfruttare in maggior misura le informazioni ottenute in regime di autocontrollo; anche nell'ambito dei dati dell'autocontrollo a norma, sono state

TAB. 3.3 Prevenzione ambientale: attività – Anni 2002-2009

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Campionamenti acque potabili	2.909	2.343	1.307	2.610	1.706	1.274	1.226	1.375
Campionamenti acque balneazione	1.071	1.241	1.254	1.950	1.124	846	709	663
Disinfezione e disinfestazione	595	771	745	710	754	846	806	875

in ogni caso svolte verifiche a campione. Nel 2009 hanno avuto maggiore impulso le attività di prevenzione ambientale e di valutazione di problemi complessi relativi a fenomeni di inquinamento.

► *Prevenzione infortuni, sicurezza e medicina del lavoro*

Tutela dai rischi connessi agli ambienti di lavoro: nel 2009 sono state fatte 2.079 verifiche periodiche da competenze ex ENPI ed ex ANCC, 53 inchieste infortuni su delega delle procure della repubblica, 1.034 sopralluoghi di vigilanza su cantieri edili, 2.066 sopralluoghi a carattere ispettivo in ambienti di lavoro, 219 inchieste per malattie professionali, 60 iniziative di informazione e 57 corsi di formazione.

Nel corso degli ultimi tre anni è progressivamente aumentato il numero di corsi di formazione supportati dall'U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (rivolti soprattutto al settore dell'edilizia) come indice di valorizzazione della promozione della salute e prevenzione primaria, piuttosto che dell'attività di repressione. Nel 2009, nonostante un importante deficit di personale rispetto alla previsione di budget (-7 unità equivalenti) sono stati ben presidiati i settori critici delle inchieste infortuni ai fini di giustizia e della vigilanza attiva sui cantieri edili. I volumi d'attività sono stati complessivamente buoni: a fronte di una diminuzione programmata di attività ex-ENPI (verifiche apparecchi di sollevamento) ed ex-ANCC (verifiche generatori di calore e apparecchi in pressione) che non sono considerate attività preventive fondamentali e che possono essere realizzate anche da professionisti privati riconosciuti, è aumentato il numero delle inchieste infortuni completate e il numero dei sopralluoghi di carattere ispettivo svolti negli ambienti di lavoro. La struttura svolge un importante ruolo anche per la tutela della salute dei cittadini in aree a forte utilizzo di prodotti fitosanitari (antiparassitari, concimi, ecc.) fornendo conoscenze tossicologiche a integrazione delle attività svolte dalle strutture di igiene pubblica e di laboratorio;

TAB. 3.4 Prevenzione infortuni, sicurezza e medicina del lavoro: attività – Anni 2002-2009

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verifiche periodiche da competenze ex ENPI ed ex ANCC	3.787	4.152	4.389	3.795	3.558	2.979	2.404	2.079
Inchieste infortuni su delega delle procure della repubblica	179	182	232	234	217	238	254	353
Sopralluoghi di vigilanza su cantieri edili	1.064	864	737	407	490	617	998	1.034
Sopralluoghi a carattere ispettivo in ambienti di lavoro	1.585	1.505	2.083	1.509	1.610	1.566	1.844	2.066
Inchieste per malattie professionali	329	389	304	179	159	257	264	219
Iniziative di informazione	115	135	255	200	637	377	400	60
Corsi di formazione	35	19	33	26	45	30	66	57

TAB. 3.5 Igiene e sanità pubblica veterinaria: attività – Anni 2002-2009

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Prove ufficiali per brucellosi bovina	40.350	40.533	36.335	34.788	34.012	34.242	34.571	34.008
Registri di carico/scarico	1.726	1.660	1.586	1.567	1.471	1.494	1.455	1.465
Ispezione post-mortem carcase	29.381	31.856	37.681	38.093	45.148	66.199	81.268	91.815
Campioni di midollo per test rapido BSE	2.445	2.638	2.742	2.080	2.071	1.072	1.012	1.612
Audit aziende su piano di autogestione igienico-sanitaria (REG. CE 882/2004)	302	234	223	272	220	214	165	175

► *Igiene e sanità pubblica veterinaria*

Nell'anno 2009, sono stati controllati con prove ufficiali per brucellosi bovina 34.008 capi; sono stati controllati 1.465 registri di carico/scarico; sono state sottoposte a ispezione post-mortem 91.815 carcase; sono stati prelevati 1.612 campioni di midollo per test rapido BSE; sono state sottoposte ad audit, rispetto al piano di autogestione igienico-sanitaria ai sensi del REG. CE 882/2004, 175 aziende/strutture;

L'Unità operativa di igiene e sanità pubblica veterinaria ha acquisito, nel 2007, la certificazione ISO 9001 e questo ha consentito di definire con precisione i processi produttivi più rilevanti e di identificare le eventuali azioni correttive o di miglioramento, di standardizzare i comportamenti degli operatori nei vari nuclei operativi; nel 2008 e 2009 sono state definite anche quasi tutte le altre procedure.

A fianco delle numerose attività istituzionali, l'Unità operativa di igiene e sanità pubblica veterinaria si è trovata anche a fronteggiare, nel periodo 2007-2009, alcune emergenze sanitarie: tubercolosi bovina, "blu tongue" e "rabbia" ^[7].

Sono proseguite le attività del piano provinciale per la sicurezza alimentare 2008-10; è entrato a regime sia il sistema informativo per la gestione dei controlli ufficiali sia il programma realizzato in collaborazione con l'Istituto zooprofilattico sperimentale di Brescia per dare visibilità in rete ai prodotti alimentari trentini (SIVARS) ^[8].

^[7] La rabbia è ricomparsa in Italia nelle volpi dopo più di 10 anni di assenza provenendo dalla Slovenia attraverso le regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia. In provincia di Trento si sono verificati 3 casi di rabbia nelle volpi nel corso del 2009, ma, grazie anche alla campagna vaccinale, non si è verificato alcun caso nei cani.

^[8] Il sistema informativo è costituito dall'archivio delle ditte addette alla produzione, trasformazione e commercializzazione delle sostanze alimentari in provincia di Trento e da un database in cui sono registrati tutti i dati delle attività svolte (ispezioni, audit, rapporti di prova, determinazioni analitiche, ecc.) per una funzionale ed efficiente programmazione e gestione di tutto il settore.

TAB. 3.6 Laboratorio d'igiene, epidemiologia e sanità pubblica: attività – Anni 2002-2009

TIPOLOGIA ATTIVITÀ: Determinazioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tossicologia umana	32.942	35.119	37.837	38.268	38.689	44.077	44.908	37.221
Analitiche su alimenti ufficiali	2.628	2.590	3.807	3.206	2.754	2.941	3.723	4.691
Analitiche tossicologia ambientale	511	1.034	1.299	853	362	262	138	169
Analitiche acque superficiali		1.374	1.601	1.457	1.386	1.153	974	930
Analitiche acque balneazione		2.497	2.783	2.124	1.998	2.000	1.542	1.520
Analitiche acque potabili		7.586	4.453	4.960	3.535	2.979	3.298	4.043

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

Tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale: nel 2009 sono state fatte 37.221 determinazioni di tossicologia umana^[9], 4.691 “determinazioni analitiche” su alimenti ufficiali, 169 determinazioni analitiche di tossicologia ambientale, 930 determinazioni analitiche relative ad acque superficiali, 1.520 determinazioni analitiche relative ad acque di balneazione e 4.043^[10] determinazioni analitiche relative ad acque potabili.

È aumentato il numero delle determinazioni analitiche per quanto riguarda sia le sostanze alimentari sia le acque potabili, allo scopo di ottenere una maggior conoscenza, incisività e predittività dei risultati analitici.

Nel 2009 ha preso avvio l'applicazione a livello nazionale di una nuova normativa europea per il controllo delle acque di balneazione che in futuro dovrebbe comportare una diminuzione del numero di parametri analitici da controllare, peraltro non ancora osservata nell'anno 2009.

Dal 2008 è in vigore il *Piano della sicurezza alimentare 2008/2010* predisposto dall'Assessorato alle politiche per la salute della PAT che ha assorbito notevoli energie, e – nonostante un terreno fertile per il processo di integrazione colaudato in precedenza fra i diversi attori – ha incontrato molte difficoltà nella realizzazione (eccesso di dettaglio imposto dal piano, analisi di laboratorio non eseguibili in provincia, scarso coinvolgimento degli operatori nelle fasi di predisposizione degli obiettivi e delle attività del piano, asimmetria fra il notevole carico di lavoro richiesto rispetto alle reali forze disponibili sul campo); nei primi due anni di implementazione del Piano sono state realizzate le attività di controllo e formative previste, e sono stati perseguiti gran parte degli obiettivi.

^[9] La diminuzione numerica delle determinazioni rispetto al 2008 è dovuta all'applicazione del protocollo di monitoraggio dell'assunzione di droghe, attivato con il Ser.T, con la modifica della matrice da urina a matrice cheratinica con riduzione della frequenza dei controlli.

^[10] Non aumentano i campioni ma il numero di parametri ricercati con maggiore predittività dei risultati analitici.

TAB. 3.7 Medicina legale: attività – Anni 2002-2009

TIPOLOGIA ATTIVITÀ: Accertamenti medico-legali	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008
Minorazioni dipendenti da cause civili	n.d.	2003	8.072	7.848	8.161	7.988	9.965	10.032
Commissione medico-legale patenti guida	4.442	5.453	5.992	6.514	6.779	7.178	6.990	7.430
Varia natura, incluse le consulenze	1.041	919	917	1.119	1.091	999	1.245	1.468

► *Medicina legale* ^[11]

Nel 2009, gli accertamenti medico-legali delle minorazioni dipendenti da cause civili sono stati 10.032, gli accertamenti medico-legali in capo alla Commissione medico-legale per le patenti di guida sono stati 7.430 e gli altri accertamenti di varia natura, incluse le consulenze, 1.468;

Fra il 2008 e il 2009 si è consolidata la collaborazione con le strutture distrettuali per lo svolgimento sia degli accertamenti medico-legali dell'invalidità civile in prima istanza (ambulatoriali e domiciliari per i soggetti ultrasessantacinquenni) sia degli accertamenti medico-legali di idoneità alla guida dei veicoli a motore nelle "commissioni mediche locali per le patenti di guida" di Trento e di Rovereto. Sono state perfezionate le attività di audit clinico in merito alla valutazione di qualità delle visite mediche di accertamento dell'invalidità civile svolte dai medici igienisti delle unità operative di assistenza primaria. Nel corso degli ultimi anni, sono stati abbassati i tempi d'attesa sotto di quelli stabiliti per legge, nonostante il costante aumento delle visite di accertamento medico-legale dell'invalidità civile (erano circa 5.500/6.000/anno a cavallo degli anni 2000, sono attualmente circa 10.000/anno). Nel corso dell'anno sono proseguiti gli sforzi di comunicazione istituzionale, soprattutto nei confronti di alcune azioni che erano state identificate come prioritarie (sostegno formativo per gli operatori degli sportelli periferici della PAT e degli istituti di patronato).

► *Profili di salute della comunità*

Il coinvolgimento dei cittadini e la cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni in programmi intersettoriali sono requisiti necessari per il controllo dei "determinanti di salute" della popolazione e per la definizione dei "Profili di salute delle comunità". La metodologia prevede l'utilizzo delle informazioni ricavate dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari, ecc.), e da rilevazioni di tipo qualitativo

^[11] Le attività relative "agli accertamenti medico-legali delle minorazioni dipendenti da cause civili" e agli "accertamenti medico-legali in capo alla Commissione Medica Locale per le patenti di guida" sono svolte per la gran parte dall'U.O. Medicina legale e in parte minore dai medici igienisti delle unità operative di assistenza primaria dei distretti.

che coinvolgono la comunità, al fine di analizzare i bisogni di salute della popolazione, individuare in maniera partecipata le priorità di azione, stipulare con le amministrazioni comunali un "Patto per la salute" per la realizzazione delle attività di prevenzione. I profili di salute della comunità, predisposti in via sperimentale nell'anno 2007 in due distretti (la Valle di Non e la Valle di Sole), sono stati poi estesi, nel corso del 2008 e 2009, a tutti i distretti dell'APSS, attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi sugli aspetti rilevanti dello stato di salute della popolazione. Alla fine del 2009 detti profili sono stati presentati ai rispettivi comitati di distretto e, nel corso del 2010, saranno stabilite competenze e responsabilità delle amministrazioni locali e del Servizio sanitario provinciale attraverso la stipula di specifici "Patti per la salute" per il miglioramento delle condizioni di salute delle diverse comunità.

Il livello assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ha assorbito nel corso dell'anno 2009 una spesa di 36.948.000 euro (nel 2008=33.724.000 – nel 2007=32.838.000 – nel 2006=32.387.000 – nel 2005=33.173.000 – nel 2004=30.701.000 – nel 2003=29.480.000 – nel 2002=31.451.000 – nel 2001=25.567.000).

La spesa assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 3,20% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2009 (nel 2008=3,09 – nel 2007=3,12 – nel 2006=3,23 – nel 2005=3,47 – nel 2004= 3,37 – nel 2003=3,3 – nel 2002=3,7 – nel 2001=3,2).

3.3.2 SECONDO LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE

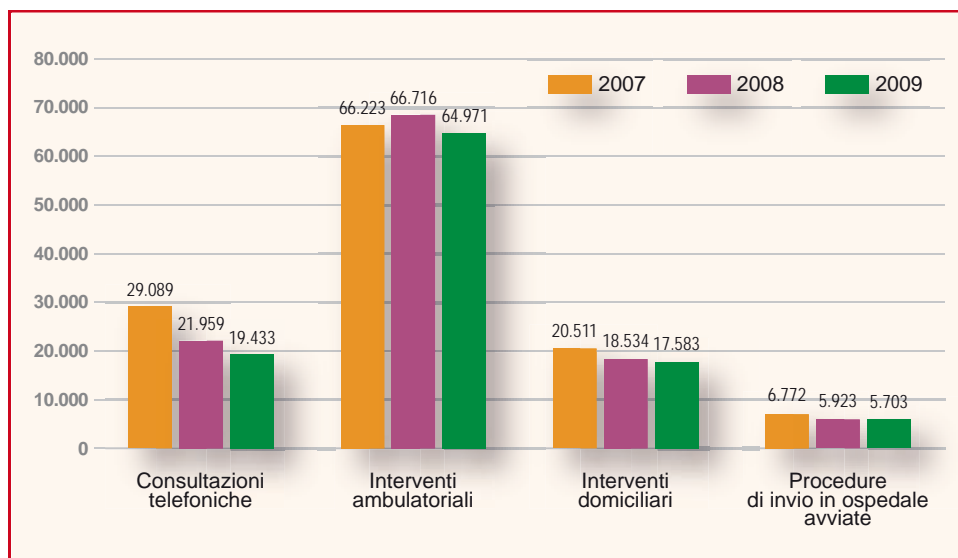
Questo livello d'assistenza gestisce in modo integrato tutte le attività di assistenza sanitaria territoriale a favore dei cittadini. L'assistenza sanitaria di base comprende la medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare, la continuità assistenziale notturna e festiva, la guardia medica turistica.

I 395 medici di medicina generale (nel 2008=396 – nel 2007= 399 – nel 2006=391 – nel 2005=395 – 2004=390 – 2003=378 – 2002=374 – 2001=365) e gli 81 pediatri di libera scelta (nel 2008=80 – nel 2007=79 – nel 2006=81 – nel 2005=81 – 2004=78 – 2003=77 – 2002=72 – 2001=69) operanti in ambito provinciale coprono in modo uniforme il territorio della provincia. Ciascun medico di medicina generale operante in provincia di Trento ha in carico, mediamente, 1.127 assistiti in età ≥ 14 anni (nel 2008=1.111 – nel 2007=1.089 – nel 2006=1.117 – nel 2005=1.080 – 2004=1.095 – 2003=1.097 – 2002=1.109 – 2001=1.123). Ciascun pediatra di libera scelta operante in provincia di Trento ha mediamente in carico 921 assistiti in età < 14 anni (nel 2008=919 – nel 2007=919 – nel 2006=878 – nel 2005=769 – 2004=910 – 2003=904 – 2002=951 – 2001=975). Ciascuno dei 32 punti di guardia medica attivi in provincia di Trento ha mediamente un bacino d'utenza di 3.442 residenti (nel 2008=3.312 – nel 2007=3.114 – nel 2006=3.115 – nel 2005=3.129 – 2004=3.034 – 2003=3.068).

Il ruolo dei *medici di famiglia* (mmg e pls) implica la presa in carico complessiva delle persone per l'erogazione di un servizio qualitativamente e quantitativamente rispondente ai bisogni espressi (e non espressi) dagli assistibili: in questo senso, è richiesto a detti professionisti convenzionati – *figure cardine del servizio sanitario provinciale* – lo sviluppo di competenze e conoscenze cliniche, relazionali e organizzative. A favorire e facilitare questo compito, intervengono specifici elementi di supporto, tra i quali meritano segnalazione il Progetto AMPERE^[12] e le forme associazionistiche (medicina di gruppo, medicina in associazione) finalizzate a migliorare la continuità, la garanzia e la qualità del servizio di medicina di base.

Il Servizio di continuità assistenziale^[13] (164 medici, di cui 64 medici titolari e 100 sostituti) è stato parzialmente consolidato mediante l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato, sulla scorta delle indicazioni fornite dal competente Assessorato; è stato inoltre esteso a tutte le sedi di erogazione del servizio il sistema informativo territoriale (SIT). Gli interventi di detto Servizio (guardia medica territoriale per prestazioni ambulatoriali, domiciliari e contatti telefonici) sono diminuiti complessivamente del 6,6% rispetto al 2008. Il tasso di afferenza al servizio per i residenti si attesta a 195,3/1000 abitanti, in riduzione rispetto al

GRAF. 3.1 Servizio continuità assistenziale: attività – Anni 2007-2008



^[12] Avviato nel 2006, per integrare le conoscenze ed informazioni cliniche attraverso reti informatiche e di comunicazione elettronica tra APSS e medici di famiglia, coinvolge oggi 370 medici convenzionati e 416.000 assistibili.

^[13] La Guardia medica garantisce l'assistenza sanitaria di base per le urgenze (notturne, festive e prefestive), negli orari non coperti dal medico di famiglia, tramite prestazioni ambulatoriali, prescrizioni di farmaci e proposte di ricovero ospedaliero.

valore di 211,4/1.000 dell'anno 2008. L'andamento dell'attività complessivamente prodotta è descritto nel Grafico 3.1.

L'assistenza sanitaria di base *rappresenta il 9,8% della spesa complessiva del Servizio sanitario provinciale* (nel 2008=9,0).

► *Attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale*

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

A. Sistema di allarme sanitario, costituito da Trentino Emergenza 118 che comprende la Centrale operativa provinciale, il Servizio trasporto infermi e l'Elisoccorso);

B. Sistema accettazione ed emergenza, che assicura la funzione di pronto soccorso nelle sedi ospedaliere e nei punti di primo intervento 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 ed è costituito da:

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

La *Centrale operativa provinciale* garantisce la *gestione delle emergenze sanitarie extraospedaliere* ^[14].

^[14] Le richieste che giungono alla Centrale Operativa 118 sono classificate e registrate nel sistema informativo secondo categorie standard (soccorso primario, trasporto secondario, taxi urgente, trasporto programmato, consulenza, guardia medica, informazioni, altro) e altre specificazioni (motivo della chiamata e suo dettaglio) utili per l'analisi mirata di aspetti peculiari dell'attività di emergenza. L'operatore della centrale operativa (I.P. dedicato e addestrato) durante l'intervista telefonica valuta la criticità dell'evento (ponendo alcune domande semplici al chiamante), localizza l'evento (tramite un software gestionale dedicato dotato di modulo cartografico-sistema informativo geografico), attribuisce all'emergenza una priorità di intervento (assegnando un codice), invia i mezzi di soccorso idonei all'emergenza e al suo livello di priorità (ambulanza, auto sanitaria, auto medica, elicottero). Se le circostanze lo richiedono, la Centrale operativa 118 trasmette l'allarme alle altre istituzioni e organizzazioni competenti, quali vigili del fuoco, forze dell'ordine e soccorso alpino.

Dopo l'attivazione dei soccorsi, il compito della Centrale operativa 118 prosegue nell'assistere telefonicamente gli utenti, se necessario, fino all'arrivo dei soccorritori che, nell'espletare il soccorso, si raccordano ancora con la centrale operativa per concordare l'eventuale appoggio di altre équipe, o una eventuale ospedalizzazione. In aggiunta ai codici di gravità delle condizioni dei pazienti, i

Il Servizio trasporto infermi assicura i trasporti urgenti interospedalieri nelle 24 ore (in interazione con Centrale operativa 118, postazioni di soccorso ed elisoccorso, ospedali di destinazione) e i trasporti sanitari programmati^[15] (di norma nelle ore diurne dei giorni feriali tranne le richieste di dimissione ospedaliera che sono distribuite nell'arco delle 24 ore di tutti i giorni della settimana). Il sistema Trentino emergenza 118 assicura le attività di soccorso e trasporto sanitario sul territorio, promuove e realizza una costante attività formativa (sia per il personale dell'area dell'emergenza sanitaria, sia per i cosiddetti laici, particolarmente in ambito scolastico e lavorativo), funge da interfaccia sanitaria per la protezione civile provinciale, garantendo la stesura di piani specifici e la partecipazione diretta alle operazioni. La distribuzione capillare sul territorio provinciale delle postazioni di soccorso permette di garantire l'effettuazione d'interventi tempestivi su quasi tutto l'ambito provinciale, con tempi d'arrivo sul luogo dell'evento normalmente inferiori a quelli previsti dalle indicazioni ministeriali: 8 minuti per l'ambito urbano e 20 minuti per quello extraurbano. Nel corso dell'anno 2009, l'elisoccorso è stato garantito con la disponibilità quotidiana di due equipaggi di soccorso per circa 10 mesi e oltre le effemeridi serali fino alle ore 21 nei mesi invernali e autunnali; la Centrale operativa 118 ha mantenuto l'accentramento delle chiamate dirette al servizio di continuità assistenziale per i distretti di Primiero, Alta Valsugana e Bassa Valsugana e Tesino. Nel corso del 2009 sono state gestite 164.181 richieste di intervento al numero di emergenza 118 (+12.157 rispetto al 2008=+7,4%), distinte come riportato nella Tabella 3.8.

TAB. 3.8 Attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale, per tipologia – 2009

ATTIVITÀ	Numero	%	Media giornaliera	Media oraria
Trasporti programmati	63.452	38,6	173	7,2
Soccorsi primari	38.844	23,7	106	4,4
Richieste di informazioni	25.389	15,5	69	2,9
Servizio di guardia medica	11.164	6,8	315	1,3
Trasporti secondari	8.222	5,0	22	0,9
Consulenza	1.812	1,1	5	0,2
Altro	15.298	9,3	42	1,7
totale	164.181	100	449	18,7

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

^[15] Quali livelli di assistenza definiti dalla vigente normativa provinciale.

Dal 2008, il sistema informativo della Centrale operativa 118 è stato implementato di un modulo amministrativo in previsione della sua estensione a tutte associazioni di volontariato convenzionate che consentirà, risolti i residui problemi tecnici di connessione, la piena documentazione d'attività come previsto dal NSIS – Nuovo sistema informativo sanitario, promosso dal Ministero della salute. Parte delle associazioni convenzionate ha acquisito il programma gestionale dell'attività di emergenza.

È stato inoltre realizzato il *registro provinciale degli arresti cardiaci* e il progetto provinciale relativo alla *defibrillazione precoce in emergenza* da parte di gruppi di popolazione specifici: è stato appaltato il servizio per la formazione del personale coinvolto nel progetto e per la messa a disposizione dei defibrillatori automatici esterni; nell'autunno 2009 sono iniziati i corsi di formazione.

Nel 2009, l'*attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale*^[16] è stata costituita:

- per il 38,6% da *trasporti programmati*^[17] (63.452 – media giornaliera lunedì-venerdì=231 – media oraria diurna lunedì-venerdì=19,2) (nel 2008=39,1; 59.477 – nel 2007=40,3; 57.206);
- per il 23,7% da *soccorsi primari*^[18] (38.884 – media giornaliera 106 – media oraria 4,4) (nel 2008=24,4 – nel 2007=25,2);
- per il 15,5% da *richieste di informazioni* (25.389 – media giornaliera 69 – media oraria 2,9) (nel 2008=15,6 – nel 2007=14,1);
- per il 5,0% da *trasporti secondari*^[19] (8.222 – media giornaliera 22- media oraria 0,9) (nel 2008=5,1 – nel 2007=4,4);
- per il 6,8% da servizio di *Guardia medica* (11.164 – media giornaliera 31 – media oraria 1,3) (nel 2008=3,7 – nel 2007=2,7);
- per il 10,4% da *consulenze, rinvii, altro*.

I 38.884 interventi di *soccorso primario* (nel 2008=37.063 – nel 2007=36.478 – nel 2006=34.604) sono stati eseguiti per il 96,6% con *mezzi stradali* (37.597 – media giornaliera 103 – media oraria 4,1) e per il 3,4% con *elicottero* (1.305 – media giornaliera 4; nel 2008=1.198 – mg 3,0; nel 2007=1.180 – mg 3,0; nel 2006=1.292 – mg 3,5; nel 2005=1369 – mg 3,8; nel 2004=1.342 – mg 3,7; nel 2003=1.466 – mg 4,0; nel 2002=1.357 – mg 3,7; nel 2001=1.259 – mg 3,2).

^[16] Le tipologie di richiesta di soccorso primario, trasporto secondario e trasporto programmato, prevedono l'impiego di risorse umane di ambulanze di trasporto e di mezzi del servizio di emergenza: mezzi di soccorso di base (MSB) con soccorritori tecnici o volontari, mezzi di soccorso avanzato (MSA) con personale infermieristico in contatto costante con il medico della Centrale operativa 118 per le prescrizioni richieste dal caso, auto medica ed elisoccorso

^[17] Trasporto sanitario richiesto dal medico curante – di medicina generale o del pronto soccorso – per condizioni del paziente in circostanze che non rivestono carattere di urgenza e cioè in dimissione o per visite/accertamenti programmati in altra sede.

^[18] Per incidenti in montagna, per valanghe o ricerca dispersi, per incidenti sul lavoro, stradali, sciistici, domestici, per emergenza sanitaria dovuta a infarti o malori.

^[19] Per ulteriori accertamenti/trattamenti che non vengono erogati nell'ospedale che ha preso in carico il paziente nel soccorso primario.

L'elisoccorso ha fatto anche 316 interventi di trasporto secondario interospedaliero (nel 2008=316 – nel 2007=331 – nel 2006=315 – nel 2005=341 – nel 2004=322 – nel 2003=296 – nel 2002=276 – nel 2001=336) per un totale di 1.621 interventi (nel 2008=1.514 – media giornaliera di 4,0).

L'andamento settimanale dei soccorsi primari mostra un picco nei giorni di domenica e lunedì, mentre i trasporti programmati si concentrano nei giorni feriali (91% – mg 206).

L'andamento mensile evidenzia una distribuzione stagionale del soccorso primario; nei periodi dicembre-marzo e luglio-agosto le richieste aumentano in maniera rilevante in dipendenza del flusso turistico invernale/estivo.

Gli interventi di soccorso primario con la classificazione della criticità^[20] sono stati il 91,2% (35.427), così distribuiti:

- CODICE ROSSO 7.342 interventi (20,7%); nel 2008=7.419 (22,0%);
- CODICE GIALLO 22.551 interventi (63,7%); nel 2008=21.096 (60,5%);
- CODICE VERDE 5.379 interventi (15,2%); nel 2008=5.144 (15,3%);
- CODICE BIANCO 155 interventi (0,4%); nel 2008=72 (0,2%).

Con riferimento alla patologia^[21], gli interventi di soccorso primario sono stati i seguenti: Traumatica per il 36,2% delle cause d'intervento (nel 2008=36,4), altra patologia per il 28,4% (nel 2008=30,4), cardiocircolatoria per il 15,2% (nel 2008=15,0), respiratoria per il 5,5% (nel 2008=5,5), neurologica per il 4,3% (nel 2008=4,3), psichiatrica per il 2,5% (nel 2008=1,9), non identificata per l'1,8% degli interventi (nel 2008=1,9), intossicazione per l'1,6% (nel 2008=1,3) e neoplastica per l'1,1% (nel 2008=1,2). Come atteso, la distribuzione dei codici rossi è maggiormente presente nelle patologie di origine neurologica^[22], cardiocircolatoria, intossicazione, e traumatica.

^[20] Sulla base di queste informazioni l'operatore della centrale è in grado di formulare un giudizio sufficientemente congruo sulla criticità dell'evento, attribuendogli un codice appropriato. I CODICI DI CRITICITÀ DI INVIO DEL MEZZO DI SOCCORSO sono rappresentati in maniera cromatica:

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

^[21] Dal mese di novembre 2009, la nuova classificazione ministeriale della patologia prevalente ha sostituito la vecchia classificazione introducendo, oltre alle abituali classi di patologia ("traumatica", "cardiocircolatoria", "respiratoria", "neurologica", "psichiatrica", "neoplastica", "intossicazione", "altra patologia", "patologia non identificata") nuove classi ("metabolica", "gastroenterologica", "urologica", "oculistica", "otorinolaringoiatrica", "dermatologica", "ostetrico-ginecologica", "infettiva") ed eliminando la classe "alcolista".

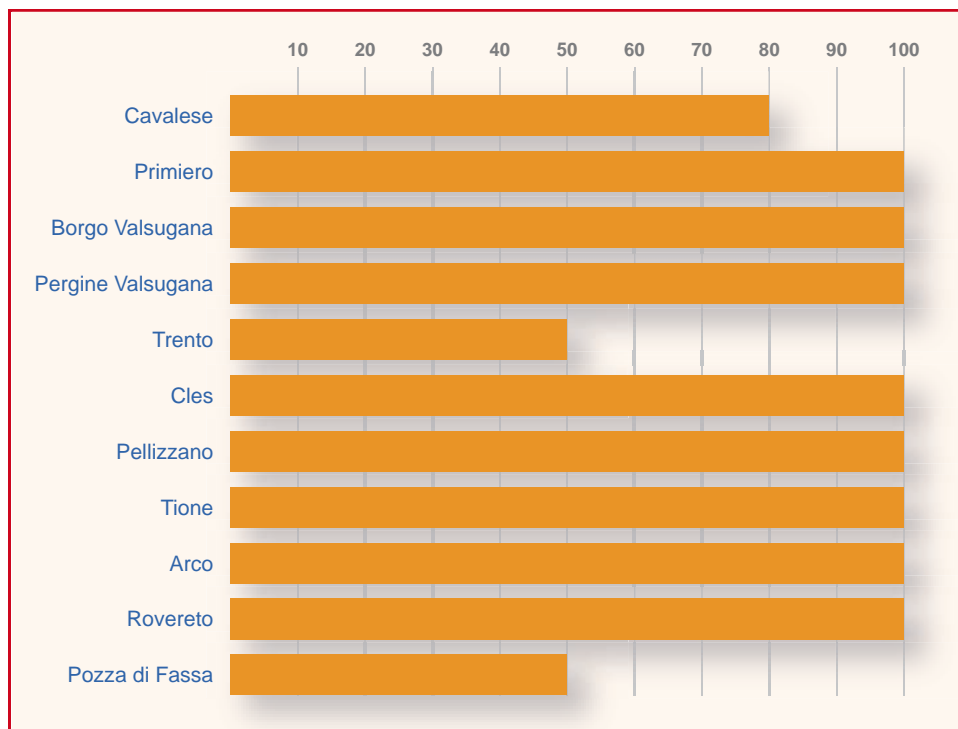
^[22] Nella patologia neurologica il codice rosso è stato assegnato nel 48,8% dei casi (44,9% nel 2008). Questa crescita può essere indice della sensibilizzazione degli operatori della Centrale operativa nei confronti dell'istituzione della "Stroke Unit" per il trattamento precoce dell'ictus ischemico nei casi selezionati.

Rispetto al *luogo dell'evento/intervento* del 118, la *casa* rappresenta il 53,2% dei casi di soccorso primario (nel 2008=44,5), la *strada* il 15,7% (nel 2008=21 – nel 2007=11), gli *uffici-esercizi pubblici* il 15,9% (nel 2008=10,4). Gli interventi del 118 presso *impianti sportivi* rappresentano il 9,3%, mentre presso *impianti lavorativi* solo l'1% (315 casi) (nel 2008=1,0%) ma con un gran numero d'assegnazioni di codici rossi (38%) (nel 2008=37,8%) a conferma della gravità spesso drammatica degli incidenti sul lavoro; analogo comportamento si osserva anche per gli interventi sulla strada, legati nella maggior parte dei casi a incidenti stradali.

Riguardo al *genere* si registra una frequenza d'eventi sovrapponibile, ma la distribuzione per criticità dell'evento evidenzia una *maggiore gravità degli interventi nei maschi* (26,9% in codice rosso) (nel 2008=27) rispetto alle femmine (20,4% in codice rosso) (nel 2008=19); per converso le donne registrano un più alta proporzione di codici gialli (61,7% vs 57,2% dei maschi) (nel 2008=62% vs 57% dei maschi).

Nell'anno 2009 Trentino emergenza 118 ha ulteriormente sviluppato il modello di *medicalizzazione a distanza* nella gestione dell'emergenza extraospedaliera: il personale infermieristico interviene, con ambulanza o auto sanitaria,

GRAF. 3.2 Percentuale di copertura infermieristica di emergenza nelle postazioni distrettuali – Anno 2009 (dicembre)



direttamente o “in appoggio” alle ambulanze di soccorso di base attivabili dalla Centrale operativa 118. Il contatto (radio o telefonico) dell’infermiere con il medico della Centrale operativa consente in tempo reale il supporto avanzato delle funzioni vitali del paziente soccorso.

Le 63.452 richieste per *trasporto programmato* (nel 2008=59.477) significano una media di 19,2 interventi/ora nelle ore diurne dal lunedì al venerdì, mentre gli interventi registrati nella giornata di sabato e soprattutto di domenica sono da attribuire alle richieste pervenute alla Centrale operativa per dimissione ospedaliera.

La *distribuzione oraria* delle richieste per il trasporto programmato rileva una concentrazione nella fascia oraria 7:00-19:00 e la *distribuzione nelle singole ore* non assume un andamento lineare e uniforme lasciando un margine di miglioramento nelle fasce orarie 07:00-12:00 e 17:00-19:00. Le richieste d’intervento del *servizio della continuità assistenziale* (guardia medica) registrano un picco (atteso) nelle giornate di sabato e domenica, come le richieste di informazioni, mentre gli altri interventi hanno una distribuzione uniforme nella settimana.

L’attività del *trasporto infermi* è sintetizzata nella Tabella 3.9 dalla quale emerge che, con riferimento ai km percorsi, l’attività di trasporto infermi sia stata svolta per il 18,6% (nel 2008=19,9 – nel 2007=20 – nel 2006=23,6 – nel 2005=24,8 – nel 2004=27,0 – nel 2003=27,0) da personale dipendente dall’Azienda provinciale per i servizi sanitari e per il 81,4% (nel 2008=80,1 – nel 2007=80 – nel 2006=76,4 – nel 2005=75,2 – nel 2004=73,0 – nel 2003=73,0) da Associazioni di volontariato convenzionate per il soccorso e il trasporto sanitario.

In particolare, il volontariato ha garantito il 92,0% (nel 2008=91,0 – nel 2007=91,5 – nel 2006=87,7 – nel 2005=86,8 – nel 2004=84,6 – nel 2003=83,8) dei chilometri necessari per l’attività programmata, e il 56,5% (nel 2008=54,4 – nel 2007=53,2 – nel 2006=50,1 – nel 2005=48,7 – nel 2004=45,3 – nel 2003=46,3) dei chilometri percorsi per interventi urgenti.

► *Assistenza farmaceutica*

Le *farmacie* sono 141 (nel 2008=140 – nel 2007=138 – nel 2006=137 – nel 2005=135 – 2004=134 – 2003=134 – 2002=132 – 2001=132), sono presenti in tutti i 13 distretti e ad esse si aggiungono 26 *dispensari farmaceutici e farmacie succursali*.

In provincia di Trento è mediamente disponibile *una farmacia ogni 3.722 abitanti* (nel 2007=3.701 – nel 2006=3.690 – nel 2005=3.685 – nel 2004=3.712 – nel 2003=3.660).

Nel corso dell’anno 2009 sono state compilate 3.899.599 *ricette farmaceutiche* (nel 2008=3.712.208 – 2007=3.566.814 – nel 2006=3.368.611 – nel 2005=3.149.499 – nel 2004=3.151.509 – nel 2003=3.292.041 – nel

TAB. 3.9 Attività di trasporto infermi – Anni 2005-2009

SERVIZIO TRASPORTO INFERMI	ATTIVITÀ PROGRAMMATA			ATTIVITÀ URGENTE			TOTALE			
	Diretta	Volontari	Totale	Diretta	Volontari	Totale	Diretta	Volontari	Totale	
2005	Km percorsi	312.491	2.057.075	2.369.566	534.630	507.106	1.041.736	847.121	2.564.181	3.411.302
	Numero di eventi	10.204	45.122	55.326	21.847	12.677	34.524	32.051	57.799	89.850
	Persone trasportate	10.776	56.341	67.117	17.808	12.521	30.329	28.584	68.862	97.446
2006	Km percorsi	290.504	2.080.852	2.371.356	516.221	517.932	1.034.153	806.725	2.598.721	3.405.446
	Numero di eventi	9.518	45.703	55.221	21.347	13.235	34.582	30.865	58.938	89.803
	Persone trasportate	10.404	57.968	68.372	16.976	12.766	29.742	27.380	70.734	98.114
2007	Km percorsi	213.925	2.322.922	2.536.847	512.486	584.464	1.096.950	726.411	2.907.386	3.633.797
	Numero di eventi	8.267	47.433	55.700	21.368	15.121	36.489	29.635	62.554	92.189
	Persone trasportate	9.056	60.340	69.396	17.294	13.782	31.076	26.350	74.122	100.472
2008	Km percorsi	231.587	2.367.617	2.599.204	506.505	605.332	1.111.837	738.092	2.972.949	3.711.041
	Numero di eventi	8.120	47.503	55.623	20.870	15.849	36.719	28.990	63.352	92.342
	Persone trasportate	8.577	59.455	68.032	17.170	14.524	31.694	25.747	73.979	99.726
2009	Km percorsi	213.356	2.430.537	2.643.893	486.327	631.355	1.117.682	699.683	3.061.892	3.761.575
	Numero di eventi	7.717	47.041	54.758	20.732	16.459	37.191	28.449	63.500	91.949
	Persone trasportate	7.948	59.569	67.517	18.011	14.906	32.917	25.959	74.475	100.434

Fonte: APSS

2002=2.949.234 – nel 2001=2.647.986); *in media ogni singolo medico di famiglia (mmg e pls) ha fatto 8.192 prescrizioni* (nel 2008=7.798), determinando un numero di ricette medio per residente pari a 7,5 (nel 2008=7,2 – nel 2007=6,9 – nel 2006=6,6 – nel 2005=6,3 – nel 2004=6,3 – nel 2003=5,9 – nel 2002=5,9 – nel 2001=5,3) e una spesa netta per ricetta pari a 19,7 euro (nel 2008=20,7 – nel 2007=22,3 – nel 2006=23,9 – nel 2005=23,8 – 2004=24,8 – nel 2003=24,2).

L'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali concerne:

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

In Trentino, il consumo di farmaci presenta le seguenti caratteristiche:

- *crece con l'età*: dai 55 anni in poi, la popolazione maschile utilizza più farmaci rispetto a quella femminile; i *maschi* consumano, rispetto alle femmine, più farmaci per la prevenzione cardiovascolare (antipertensivi, antiaggreganti, ipolipemizzanti), antidiabetici e antiulcera mentre la popolazione *femminile* consuma mediamente più farmaci antidepressivi, antinfiammatori e analgesici rispetto agli uomini. Nella *fascia d'età 0-4* anni si riscontra la più elevata prevalenza d'uso d'antibiotici e farmaci per le vie respiratorie;
- seguendo il *criterio territoriale*, il consumo di medicinali è più elevato nei distretti Bassa Valsugana e Tesino (+13% vs media PAT), Alto Garda e Ledro (+7%), Vallagarina (+3%) e più basso nei distretti di Fassa (-13% vs media PAT), Val di Non (-9%), Fiemme (-9%);
- il consumo di *medicinali generici* (equivalenti col nome del principio attivo) è cresciuto su base annua del 13% ed è superiore del 34% alla media nazionale;
- sono in *forte espansione i consumi e la spesa nella distribuzione diretta di medicinali di classe H per l'uso a domicilio*; fra questi, si evidenziano i farmaci per l'infezione da HIV, i farmaci anti-rigetto per i pazienti trapiantati, le terapie biologiche orali utilizzate in oncologia e gli immunosoppressori per l'artrite reumatoide.

In Trentino, la compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica resta la più bassa a livello nazionale, con un'incidenza pari al 3,6% verso una media italiana pari al 7,5%): non essendo previsto alcun ticket per ricetta o per pezzo, la compartecipazione è richiesta solo qualora il cittadino non accetti la sostituzione del farmaco "a marchio" con l'equivalente a prezzo di riferimento. Il valore annuo procapite della spesa farmaceutica pubblica in Trentino è pari a 168 euro, stabile rispetto all'anno precedente e inferiore del 19% al valore nazionale.

Con riferimento all'attività di *farmacovigilanza*, nel 2009, si è riscontrato un incremento (+6% vs. 2008) dell'attività di segnalazione spontanea: le schede

TAB. 3.10 Composizione della Spesa farmaceutica – Anni 2006-2009 (prezzi al pubblico in euro)

	2006	2007	2008	2009	Δ % 2009/2008
1 Classe A acquisto pubblico (*)	94.186.619	97.064.721	97.912.243	100.972.510	+3,1
2 Classe A acquisto privato	6.386.115	7.171.085	7.383.568	5.917.953	-19,8
1+2 Totale A	100.572.734	104.235.806	105.295.811	106.890.313	+1,5
3 Casse C prescrizione	22.819.649	22.668.255	22.716.657	23.237.651	+2,3
4 Classe C senza prescrizione (SP) e automedicazione (OTC)	21.134.577	22.187.541	21.954.325	22.341.533	+1,8
2+3+4 Totale spesa privata	50.340.341	52.026.880	52.054.550	51.497.137	-1,1
1+2+3+4 Totale spesa farmaceutica	144.526.960	149.091.601	149.966.794	152.469.496	+1,7

Fonte: Servizio farmaceutico APSS

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

TAB. 3.11 Spesa media lorda pro capite (valori in euro). Confronto per regioni e province autonome – Anni 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009	scostamento media Italia %
P.A. BOLZANO	171,2	160,1	151,6	149,1	148,5	-31,0
P.A. TRENTO	183,4	172,7	168,3	164,1	166,2	-22,8
TOSCANA	186,2	182,5	177,5	175,2	174,8	-18,8
EMILIA ROMAGNA	192,2	187,6	182,8	177,4	179,3	-16,7
VALLE D'AOSTA	188,6	185,8	182,5	176,8	182,0	-15,5
UMBRIA	195,5	194,6	187,8	183,0	185,3	-13,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	191,6	195,2	191,4	185,5	185,8	-13,7
VENETO	194,5	191,6	188,4	185,4	189,1	-12,2
MARCHE	203,4	200,6	198,9	195,2	197,4	-8,3
LOMBARDIA	207,3	203,4	197,5	195,2	197,6	-8,2
LIGURIA	225,0	220,3	203,0	203,0	199,9	-7,1
PIEMONTE	195,9	195,9	195,0	197,2	202,0	-6,2
ITALIA	231,6	228,9	215,0	213,4	215,3	—
BASILICATA	209,7	213,2	208,7	210,2	217,7	+1,1
MOLISE	217,9	221,2	212,1	217,5	222,1	+3,2
ABRUZZO	225,0	227,7	215,3	200,6	223,7	+3,9
SARDEGNA	254,7	248,0	225,9	223,6	228,6	+6,2
CAMPANIA	258,1	249,8	235,7	239,8	242,6	+12,7
LAZIO	306,6	306,9	259,4	250,9	248,2	+15,3
PUGLIA	274,7	265,3	238,6	248,2	257,8	+19,7
SICILIA	299,5	302,2	272,3	265,0	262,1	+21,7
CALABRIA	277,1	284,9	270,3	277,0	275,1	+27,8

Fonte: "L'uso dei farmaci in Italia". Rapporto nazionale anno 2009. OsMed – Ministero della Salute

di sospetta reazione avversa ai farmaci sono state 152 (292 per milione d'abitanti) ^[23]; la classe di farmaci a maggiore incidenza di segnalazioni è quella dei vaccini (38%) in ripresa rispetto al 2008 (29%).

La Tabella 3.10 descrive il confronto della composizione della spesa farmaceutica complessiva (spesa territoriale + spesa privata) negli anni 2006-2009.

► *Assistenza specialistica ambulatoriale*

In merito all'assistenza specialistica ambulatoriale, la Giunta provinciale ha approvato il *Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008* ^[24] che stabilisce i tempi massimi di attesa da assumere a riferimento per l'erogazione delle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero (da garantire al 90% dei pazienti in sede provinciale o distrettuale) e mantiene la centralità dell'approccio per priorità cliniche attraverso la prescrizione secondo il sistema RAO.

Le indicazioni del Piano provinciale sono state recepite nel *Programma attuativo aziendale* ^[25] che riporta i tempi massimi d'attesa per 116 prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) e individua, con riferimento alle medesime, le criticità e le conseguenti azioni correttive da intraprendere nell'immediato e nel corso del triennio 2006-2008. Detto Piano è stato aggiornato, nel 2008, con l'individuazione di ulteriori 30 prestazioni da erogare entro 120 giorni, superati i quali il paziente ha la possibilità di ricorrere all'assistenza indiretta. Si sono assicurate le attività di gestione operativa centralizzata e informatizzata del centro unificato di prenotazione (CUP) per la prenotazione delle prestazioni programmate e l'applicazione del modello R.A.O. (raggruppamenti d'attesa omogenei) secondo lo schema ormai consolidato dei codici di priorità (A – B – C – E – P) che individuano un tempo d'attesa, per l'erogazione della prestazione, ritenuto compatibile con la condizione clinica del paziente.

Il *Centro unico di prenotazione* (CUP) consente l'accesso al sistema di prenotazione delle visite specialistiche e delle prestazioni di diagnostica strumentale tramite gli sportelli distrettuali dislocati in tutte le strutture dell'APSS, il call center, il fax e il sistema di prenotazione online via internet. Il sistema di prenotazione informatico consente, in particolare, di consultare in tempo reale la disponibilità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio provinciale, e di effettuare, disdire e consultare le prenotazioni.

Come gli esercizi precedenti, il 2009 è stato caratterizzato da un incremento delle prenotazioni, tramite il sistema unico aziendale di prenotazione, nel quale sono inserite anche le prestazioni fornite dalle strutture private accreditate e quelle erogate in regime libero professionale.

^[23] Il "gold standard" fissato dall'OMS è pari a 300 schede per milione d'abitanti.

^[24] Deliberazione della Giunta provinciale n. 1758/2006.

^[25] Delibera del Direttore generale n. 1288 del 22 novembre 2006.

Nella Tabella 3.12 è descritta la rilevazione delle attività di prenotazione – condotta utilizzando il database del CUP – che mostra nel triennio 2005-2009 un *progressivo aumento del numero di prestazioni prenotate in regime istituzionale (rispetto a quello in libera professione)* delle quali, nell'anno 2009, circa il 10,7% (nel 2008=10,7 – nel 2007=10,0) con un codice di priorità (A=0-3 giorni, B=4-10 giorni, C=11-30 giorni). A fronte dell'incremento del numero di prenotazioni, è progressivamente aumentata la percentuale di prestazioni prenotate in regime istituzionale rispetto a quello libera professionale.

Nell'ultimo triennio l'aumento delle prestazioni richieste ha interessato tutti i distretti sanitari (Tabella 3.13).

Il miglioramento in termini d'appropriatezza ed equità nell'accesso alle prestazioni è perseguito attraverso *l'utilizzo sistematico delle classi di priorità*, con l'obiettivo di garantire le richieste con codice RAO di tipo A entro 3 e,

TAB. 3.12 Attività di prenotazione per regime – Anni 2005-2009

C.U.P.	2005	2006	2007	2008	2009
Prenotazioni	631.812	754.421	850.960	919.928	1.009.010
di cui in Regime istituzionale	553.195	666.968	762.522	833.252	917.529
Rapporto SSN/Lib. Profess.	87,56%	88,41%	89,61%	90,6%	90,9%
N° Richieste di informazioni	210.453	227.657	249.386	282.589	—

TAB. 3.13 Prenotazioni per Distretto – Anni 2005-2009

Distretto	2005		2006		2007		2008		2009	
	Prenot.	%	Prenot.	%	Prenot.	%	Prenot.	%	Prenot.	%
Alta Valsugana	39.389	6,23	41.627	5,52	43.511	5,11	45.515	4,95	49.714	4,93
Bassa Valsugana	31.461	4,98	32.731	4,34	31.981	3,76	35.959	3,91	41.026	4,071
Primiero	4.742	0,75	4.669	0,62	4.752	0,56	5.465	0,59	5.702	0,57
Alto Garda e Ledro	58.874	9,32	73.770	9,78	78.995	9,28	89.537	3,91	99.935	9,90
Fassa	4.143	0,66	4.368	0,58	5.002	0,59	5.573	0,61	5.419	0,54
Fiemme	30.570	4,84	32.463	4,30	33.100	3,89	31.876	3,47	34.752	3,44
Trento - Valle dei Laghi	258.060	40,84	333.633	44,22	390.711	45,91	412.446	44,83	446.282	44,23
Vallagarina	119.067	18,85	134.743	17,86	163.791	19,25	189.758	20,63	205.227	20,34
Valle di Non	51.246	8,11	60.077	7,96	60.264	7,08	61.601	6,70	74.896	7,42
Valle di Sole	3.592	0,57	4.785	0,63	5.335	0,63	7.032	0,76	6.816	0,68
Giudicarie e Rendena	30.668	4,85	31.555	4,18	33.518	3,94	35.166	3,82	39.241	3,89
Totale	631.812	100,0	754.421	100,0	850.960	100,0	919.928	100,0	1.009.010	100,0

TAB. 3.14 Prenotazione per codice di priorità (RAO) – Anni 2005-2009

Codice RAO	2005	2006	2007	2008	2009
A	8.448 [1,34%]	9.517 [1,26%]	10.618 [1,25%]	12.279 [1,33%]	13.545 [1,34%]
B	33.123 [5,24%]	43.876 [5,82%]	51.794 [6,09%]	57.116 [6,21%]	62.041 [6,15%]
C	13.423 [2,12%]	17.421 [2,31%]	24.301 [2,86%]	30.375 [3,30%]	32.391 [3,21%]
P - E - NPR - LP	576.818 [91,30%]	683.607 [90,61%]	764.247 [89,81%]	820.158 [89,15%]	901.033^(*) [89,30%]
Totale	631.812	754.421	850.960	919.928	1.009.010

LEGENDA: Codice P = visita di controllo erogabile entro tempi concordati; Codice E = priorità RAO a tempo indefinito; Codice NPR = prenotazioni non prioritarie; Codice LP = prenotazioni in libera professione.

(*) di cui prenotazioni in libera professione = 91.481

rispettivamente, codice B entro 10 giorni, anche con prenotazioni soprannumerarie (cosiddette forzature). Tale attività è oggetto di monitoraggio con elaborazione annuale di un rapporto sull'efficacia del sistema in APSS. Le prestazioni richieste con codice di priorità RAO costituiscono il 10,7% di tutte le prenotazioni, con lieve incremento dal 2006 prevalentemente a carico del codice C.

I *tempi d'attesa* delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (elencate nel Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa) sono oggetto di attento monitoraggio periodico utilizzando tre modalità di *rilevazione*:

- *prospettica* (ex ante): nel 2009 è stata effettuata bisettimanalmente, attraverso i dati presenti nel data warehouse e ha riguardato le prestazioni previste nella tabella 1 del Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa. Le criticità rilevate sono segnalate ai responsabili della struttura interessata;
- *retrospettiva* (ex post): effettuata misurando i tempi massimi d'attesa garantiti al 90% dei pazienti; i rapporti trimestrali sono inviati all'attenzione dei direttori di articolazione organizzativa fondamentale ai quali sono inoltrati semestralmente anche i rapporti relativi alla valutazione della "concordanza RAO" delle prescrizioni dei MMG e PLS del distretto di riferimento, alla mobilità degli utenti all'interno del territorio provinciale ("migrazione"), alle prenotazioni effettuate in sovrannumero (forzature);
- *monitoraggio semestrale*, tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, dei tempi di attesa di 7 prestazioni "traccianti" erogate in regime libero professionale.

La rilevazione per l'anno 2009 ha evidenziato tempi medi d'attesa complessivamente soddisfacenti, con una buona risposta del sistema d'offerta non solo per le prenotazioni con priorità clinica, ma anche per le richieste non prioritarie.

Al contrario, i tempi rilevati espressi in 90° percentile sono invece risultati non completamente in linea con i tempi massimi previsti dal Piano per le prestazioni non prioritarie, nonostante siano state attivate azioni di controllo, quali l'attribuzione di ore di attività a specialisti convenzionati interni e il coinvolgimento delle strutture accreditate con accordi contrattuali con l'APSS. Da segnalare, inoltre, che nel corso del 2009 l'Azienda sanitaria ha provveduto a:

- diffondere l'utilizzo del programma informatizzato per la gestione dei pazienti ambulatoriali;
- proseguire il progetto formativo sulla stesura di percorsi diagnostici terapeutici (due corsi di formazione);
- rivedere la struttura e i contenuti dei rapporti per il monitoraggio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- migliorare l'accesso alla prenotazione delle prestazioni attraverso l'ampliamento dell'orario di prenotazione tramite il call center del CUP, il richiamo degli utenti in lista di attesa da parte degli operatori del CUP, l'invio al cittadino di SMS per prenotazioni con attesa superiore a 30 g (da luglio a dicembre: 11.273 SMS), l'invio di e-mail di promemoria 3 giorni prima della data fissata per tutte le prenotazioni effettuate online dal cittadino, in caso di attesa superiore a 30 g (da luglio a dicembre: 3.002 e-mail), l'estensione della collaborazione Cup-Capirr con attivazione di nuovi sportelli di prenotazione.

Nel corso del 2010 sarà adottato, sulla base delle evidenze e delle residue criticità, l'aggiornamento per il triennio 2010-2012 del Piano provinciale di contenimento dei tempi di attesa.

I poliambulatori specialistici, ospedalieri e territoriali, sono 31 e dislocati in tutti i distretti sanitari a eccezione di quello della Valle di Cembra; mediamente ciascun poliambulatorio eroga prestazioni riferibili a 12 discipline e i medici specialisti convenzionati sono 110. L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Le strutture private accreditate per fornire prestazioni di specialistica ambulatoriale sono 18.

La Tabella 3.15 descrive l'attività specialistica – ambulatoriale, di laboratorio e di radiodiagnostica – distinta in attività a favore dei pazienti esterni e dei pazienti ricoverati, evidenziando anche il soggetto erogatore. Nel Grafico 3.3 è illustrato il trend per gli anni 2003-2009.

Rispetto al 2008, nel 2009 le prestazioni specialistiche sono aumentate nel complesso del 2,1% (nel 2008 sono aumentate del 4,5% sul 2007; nel 2007

TAB. 3.15 Prestazioni specialistiche – Anni 2008 e 2009

GESTIONE DIRETTA AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI									
Tipologia prestazioni	per pazienti esterni			per pazienti ricoverati			Totale		
	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %
Laboratorio	5.646.220	5.850.358	3,6	3.033.052	3.171.045	4,5	8.679.272	9.021.403	3,9
Radiologia	312.666	320.257	2,4	85.156	88.756	4,2	397.822	409.013	2,8
Altre prestazioni	2.663.982	2.605.089	-2,2	621.413	523.389	-15,8	3.285.395	3.128.478	-4,8
Totale	8.622.868	8.775.704	1,8	3.739.621	3.783.190	1,2	12.362.489	12.558.894	1,6

STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE

Tipologia prestazioni	PER PAZIENTI ESTERNI			PER PAZIENTI RICOVERATI			TOTALE		
	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %
Laboratorio	474.710	510.859	7,6	—	—	—	474.710	510.859	7,6
Radiologia	99.758	121.007	21,3	—	—	—	99.758	121.007	21,3
Altre prestazioni	164.438	180.826	10,0	—	—	—	164.438	180.826	10,0
Totale	738.906	812.692	10,0	—	—	—	738.906	812.692	10,0

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE

Tipologia prestazioni	per pazienti esterni			per pazienti ricoverati			Totale		
	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %
Laboratorio	6.120.930	6.361.217	3,9	3.033.052	3.171.045	4,5	9.153.982	9.532.262	4,1
Radiologia	412.424	441.264	7,0	85.156	88.756	4,2	497.580	530.020	6,5
Altre prestazioni	2.828.420	2.785.915	-1,5	621.413	523.389	-15,8	3.449.833	3.309.304	-4,1
Totale	9.361.774	9.588.396	2,4	3.739.621	3.783.190	1,2	13.101.395	13.371.586	2,1

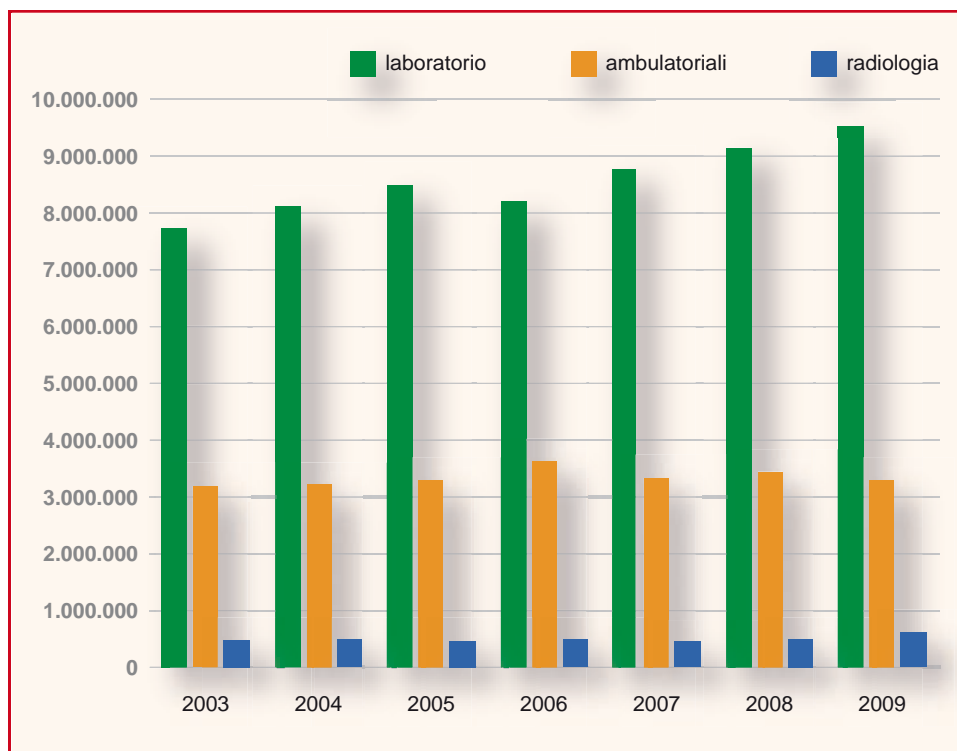
Fonte: Elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria su dati APSS

sono aumentate dell'1,8% sul 2006): le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono diminuite 4,1%^[26], quelle di radiodiagnostica sono aumentate del 6,5% e le prestazioni di laboratorio sono aumentate del 4,1%.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate a trentini in strutture fuori provincia sono state nel 2009 pari a 318.191 (-4,8% rispetto al 2008). Considerando l'insieme delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate a trentini da parte di strutture del servizio sanitario provinciale e da parte di strutture fuori provincia, si evidenzia che il numero medio complessivo di prestazioni specialistiche ambulatoriali per abitante è di 18,8, cui corrisponde un numero medio di accessi per abitante pari a 4,1.

^[26] Si ritiene di segnalare, nel quadro di una complessiva diminuzione, l'importante aumento delle prestazioni specialistiche per utenti esterni nelle seguenti branche: senologia (+260%: nel 2008=22.242, nel 2009=79.953); chirurgia maxillo-facciale (+25,6%); odontoiatria (+24,2%); odontoiatria per disabili (+19,2%); reumatologia (+24%); neonatologia (+14%); gastroenterologia (+13,7%).

GRAF. 3.3 Attività specialistica ambulatoriale – Trend 2003-2009



► *Assistenza territoriale*

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

In quest'ambito, l'offerta riguarda:

- le *cure domiciliari* che sono state erogate a *18.658 utenti* (nel 2008=18.618 – nel 2007=18.960 – nel 2006=17.831 – nel 2005=15.238) dei quali 12.230 (66%) sono donne e 15.984 (85,7%) sono in età superiore ai 65 anni mentre (nel 2008=16.011) e 118 (0,6%) sono in età 0-13 anni (nel 2008=112); l'assistenza territoriale e domiciliare risulta ormai un processo ben strutturato sia per quanto riguarda la disponibilità di documenti sull'attività

che per il coinvolgimento dei vari soggetti interessati (stakeholders) ^[27]; l'assistenza medica e infermieristica domiciliare si articola su n. 4 livelli di complessità progressiva: *assistenza infermieristica occasionale* (AIO) che nel 2009 rappresenta il 53,3% (nel 2008=54,2), *assistenza domiciliare infermieristica* (ADInf) che pesa per il 15,1% (nel 2008=14,0) *assistenza domiciliare programmata* (ADP) che rappresenta il 22,5% (nel 2008=23,0), *assistenza domiciliare integrata* (ADI) che comprende la funzione specialistica assistenza domiciliare integrata cure palliative (ADI-CP) (assicurata su tutto il territorio provinciale ^[28]) e rappresenta il 9,1% (nel 2008=8,7). I tempi d'attesa per l'erogazione delle cure domiciliari (che rileva il tempo intercorrente tra la richiesta e l'attivazione del piano) fissato dalle normative contrattuali e dalle direttive aziendali, in 3 giorni per un piano ADI, 15 giorni per un piano ADP e 5 giorni per il piano ADInf risultano ampiamente rispettati (Tabella 3.16).

TAB. 3.16 Tempo di attesa nell'erogazione delle cure domiciliari - Anni 2006-2009

Tipologia	ADI [standard =3gg]				ADP [standard =15gg]				ADInf [standard =5gg]			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Tempo di attesa media APSS	1,7	1,5	1,5	1,3	2,2	1,8	0,7	1,3	0,4	1,1	1,4	0,8

^[27] Nel 2008 sono stati ultimati specifici audit e percorsi di valutazione condivisa con le associazioni di volontariato riguardo all'Unità di valutazione multidimensionale e all'ADI. Nel corso del 2009 è stato distribuito il "Manuale d'uso per le cure domiciliari e l'UVM" rivolto all'utenza, validato dalle associazioni dei cittadini.

^[28] Le cure palliative sono presenti in tutta la Provincia autonoma di Trento dal 2008; partite nell'ottobre del 2000, inizialmente e in modo sperimentale nell'area urbana della città di Trento, sono state estese, in modo graduale, su tutto il territorio provinciale.

Le cure palliative domiciliari nell'azienda unica provinciale di Trento costituiscono una funzione inserita all'interno delle cure domiciliari che fanno capo alla U.O. di assistenza primaria (UOAP) dei distretti sanitari. Nei due distretti più popolosi (Distretto Trento Valle dei Laghi, Rotaliana, Paganella e Cembra e Distretto Vallagarina) opera un'équipe dedicata, costituita da personale medico e infermieristico che eroga l'assistenza in integrazione con i medici di assistenza primaria.

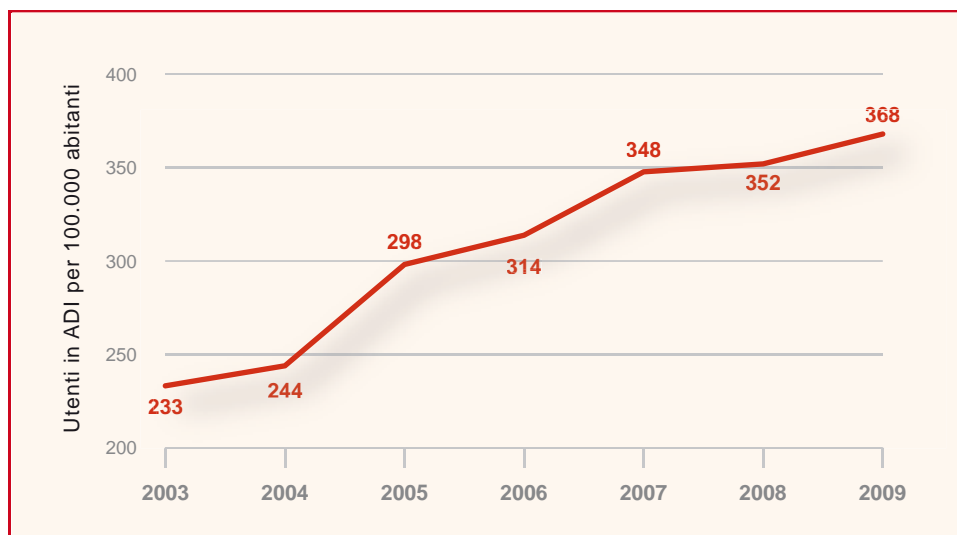
Il personale dedicato alle cure palliative del Distretto di Trento Valle dei Laghi, Rotaliana, Paganella e Cembra gestisce inoltre l'hospice dotato di sei posti letto.

Nei restanti distretti sanitari, le cure palliative sono erogate dal personale infermieristico, specificatamente formato, dell'U.O. di assistenza primaria, dai medici di assistenza primaria e, sulla base di specifiche convenzioni, dai medici palliativisti delle due équipe dedicate in regime di consulenza programmata. Nel Distretto del Primiero le consulenze vengono effettuate dai medici specialisti in palliazione dell'ASL di Feltre. In tutti i distretti l'assistenza sanitaria è garantita dai medici palliativisti, dai medici di assistenza primaria, dai medici di continuità assistenziale e dal personale infermieristico dell'UOAP dalle 8 alle 20 per tutti i giorni della settimana. Le cure palliative domiciliari, erogate con modalità multidimensionali e multiprofessionali, sono in grado di rispondere in modo unitario alla complessità dei bisogni del malato terminale. Le varie figure professionali che intervengono a domicilio concordano un piano di cura che prevede anche la fornitura, in base alle necessità, di materiali di medicazione, ausili per l'assistenza e farmaci.

Due professionisti delle cure palliative di Trento e Rovereto sono membri effettivi del Comitato aziendale "Ospedale senza dolore" che, nel dicembre 2009, per la prima volta e in via sperimentale, ha

L'86% dei medici di medicina generale fa assistenza domiciliare (nel 2008=88 – 2007=84) e l'87% degli stessi (nel 2008=87 – nel 2007=85) l'assistenza domiciliare programmata; gli accessi domiciliari totali dei medici di medicina generale sono stati 83.214 ^[29] (nel 2008=90.326 – nel 2007=79.397); gli accessi domiciliari totali del medico palliativista sono stati 5.467 (nel 2008=4.553 – nel 2007=4.718); gli accessi infermieristici domiciliari totali sono stati 185.711 (nel 2008=182.953 – nel 2007=156.217); le prestazioni infermieristiche complessive al domicilio sono state 390.550 (nel 2008=381.504 – nel 2007=326.538); il numero totale degli accessi domiciliari (indipendentemente dal profilo professionale che li ha erogati – medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico palliativista, infermiere) è stato, nel 2009 pari a 274.392 (nel 2008=278.032 – nel 2007=240.332) e il numero medio di accessi/settimana è pari a 5.277 (nel 2008=5.347) con una media di n. 752 accessi al giorno (sabato, domenica e festivi compresi). In termini generali, si registra quindi nel 2009 un *aumento degli utenti in carico con bisogno di assistenza complesso* (piani ADI e ADI-CP).

GRAF. 3.4 Tasso utenti assistiti dalle cure domiciliari con piano ADI e ADI-CP ogni 100.000 residenti – Trend 2003-2009



coinvolto utenti in ADI/ADICP dei distretti nell'indagine annuale di soddisfazione sul trattamento del dolore: dei 303 pazienti coinvolti, 286 hanno risposto al questionario (di questi 40 in ADICP); oltre l'80% dei rispondenti alla specifica domanda sul grado di soddisfazione delle cure analgiche ricevute si sono dichiarati soddisfatti.

^[29] Il dato è in difetto per mancanza d'inserimento, da parte dei distretti sanitari, di alcune posizioni/pazienti. All'interno del SIT sono state riscontrate mancanza nell'inserimento dati, disomogeneità di tassonomia e parziale scorretta gestione delle cartelle. Sono previsti, nel 2010, specifici audit per migliorare quali-quantitativamente la completezza e l'attendibilità dei DWH.

Il 35,6% degli utenti in carico ADI (nel 2008=40,8) e il 92,1% (nel 2008=92,5) degli utenti in carico ADICP sono affetti da *patologia tumorale*. La *durata media provinciale dei trattamenti* è stata di 146,6 giorni in ADI, di 40,7 giorni in ADI-CP, di 761 giorni in ADP, di 423 giorni in ADInf e di 168 giorni in AIO;

- i *Consultori per il singolo, la coppia, la famiglia* che sono 11 (Trento, Malè, Mezzolombardo, Pergine, Borgo, Primiero, Cles, Riva, Rovereto, Cavalese e Tione); il numero degli utenti che accedono annualmente al servizio nei diversi Distretti della provincia si è attestato intorno alle 13.000 unità negli anni 2005 e 2006, nel 2007 e 2008 si è approssimato alle 14.000 unità; nel corso del 2009 è stato installato in tutte le sedi il nuovo sistema informativo territoriale (SIT^[30]) – “modulo consultori”, ed è stato creato un DWH in grado di fornire indicatori di attività e processo. Il numero d’utenti, per l’esercizio 2009 è stato calcolato sulla scorta delle prestazioni erogate; in particolare, il numero totale di utenti cui è stata erogata almeno una prestazione è pari a 12.973. In totale (Tabella 3.17) sono state erogate 63.336 prestazioni (nel 2008=64.853); le donne partecipanti ai corsi pre-parto sono state 2.744, ai corsi post-parto sono state 1.134). Negli anni il consultorio, servizio ad accesso diretto e libero, ha migliorato

TAB. 3.17 Prestazioni erogate nei consultori familiari per area funzionale – Anno 2009

Area funzionale	Prestazioni erogate	Area funzionale	Prestazioni erogate
Adempimenti post adozione	166	PDGD (pillola giorno dopo)	807
Adozione ex art.44 L.184/85	55	Post IVG	777
Affido preadottivo	42	Prevenzione/Screening	8.134
Altro	1.023	Problematiche di coppia	1.284
Contraccezione	5.369	Problematiche familiari/genitoriali	1.975
Corso pre-post parto	658	Problematiche relazionali	742
Educazione sanitaria	559	Puerperio/post-parto	25.533
Gravidanza	8.929	Separazione/Divorzio	2.013
INAIL	5	Sessualità	199
Interruzione Volontaria di Gravidanza	2.871	Spazio adolescenti	732
Menopausa	741	Sterilità	106
Non specificata	522	Violenza sessuale/maltrattamenti	94
		TOTALE	63.336

^[30] Il SIT gestisce tutte le fasi del processo assistenziale e permette la condivisione delle informazioni sull’utente/paziente e sulle interrelazioni con gli operatori e le strutture sia di APSS che convenzionate.

TAB. 3.18 Nuovi utenti per consultorio familiare – Anno 2009

Sede CONSULTORIO	Nuovi utenti Totali	Utenti età < 25 anni	Utenti età 25-64 anni	Utenti età ≥65 anni
Trento	1.988	658	1.325	5
Cles	872	181	683	8
Pergine	1.384	226	1.112	46
Borgo	570	84	481	5
Riva	1.009	190	790	29
Tione	861	130	724	7
Rovereto	1.497	259	1.213	25
Fiera	469	53	403	13
Cavalese	826	100	718	8
Malè	140	26	113	1
Mezzolombardo	312	62	250	0
Totale	9.928	1.969	7.812	147

la propria azione assicurando l'approccio interdisciplinare alle problematiche e ponendo crescente attenzione all'offerta attiva mirata alle fasce di utenza debole, anche integrando la composizione delle équipes (infermiere, assistente sanitaria, ostetrica, assistente sociale, ginecologo, psicologo, urologo) e attivando il servizio di mediazione culturale per la presa in carico degli utenti stranieri.

- le *strutture residenziali per portatori di handicap* che – situate nei distretti dell'Alta Valsugana, di Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina – sono in grado di ospitare complessivamente 285 persone;
- le *strutture per tossicodipendenti a carattere semiresidenziale e residenziale* che – dislocate nei distretti Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina – collaborano con il Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T) attraverso convenzioni stipulate dai rispettivi enti con l'Azienda sanitaria^[31]; il Ser.T (con sedi centrali a Trento, Riva, Rovereto e sedi periferiche a Cavalese, Borgo, Cles e Tione) è deputato alla diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti con dipendenze patologiche e dei soggetti con problematiche connesse all'uso e all'uso problematico di sostanze psicoattive. Il Ser.T è dotato dal 2007 di una cartella clinica che consente a ciascun operatore di raccogliere i dati clinici necessari per la presa in carico e il trattamento

^[31] Collaborano, per l'attività residenziale, il Centro antidroga, il Centro trentino di solidarietà e Voce amica. Questi enti gestiscono in convenzione 4 strutture residenziali, con una disponibilità complessiva di 70 posti.

dei pazienti: l'elaborazione aggregata dei dati raccolti consente inoltre di avere, in tempo reale, i dati statistici di diffusione del fenomeno. Nel corso del 2009, è stato implementato il sistema informativo ipocrate Ser.T nelle unità operative di pronto soccorso di tutti gli ospedali (consentendo ai pazienti in trattamento farmacologico di assumere il farmaco previsto dal piano terapeutico anche presso queste strutture aziendali) e nelle sedi delle comunità terapeutiche (consentendo l'utilizzo di una cartella clinica condivisa per seguire il paziente – nel rispetto della privacy e delle autorizzazioni al trattamento dati – nel percorso terapeutico all'interno della rete di assistenza territoriale convenzionata con APSS).

Il Ser.T ha avuto in carico, nel 2009 (per attività ambulatoriale e domiciliare) 1.741 utenti (nel 2008=1.611 – nel 2007=1.579 – nel 2006=1.541 – nel 2005=1.437), dei quali 1.463 residenti in provincia, con un numero d'accessi pari a 77.855 (nel 2008=69.930 – nel 2007=69.091 – nel 2006=69.073 – nel 2005=77.119) e un numero di prestazioni pari a 118.539 (nel 2008=114.686 – nel 2007=116.817 – nel 2006=115.572 – nel 2005=117.103).

Riguardo all'assistenza a pazienti tossicodipendenti da parte degli enti ausiliari, sono state regolarmente svolte anche per l'esercizio 2009 le visite ispettive presso le comunità terapeutiche.

Gli invii totali nelle comunità terapeutiche effettuati nel 2009 sono stati 239, di cui 122 nelle comunità convenzionate presenti in provincia di Trento e 117 nelle comunità di fuori provincia (nel 2008=86 – nel 2007=119) in ragione, per lo più, della libera scelta dell'utente. Gli invii effettuati negli anni precedenti e proseguiti nel 2009 sono stati 94.

TAB. 3.19 Ser.T: utenti in carico per sede – Anni 2007-2009

	Trento			Rovereto			Riva			Totale		
UTENTI	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
in carico	1.086	1.151	1.269	285	242	250	208	218	222	1.579	1.611	1.741
residenti in Provincia	851	908	1041	244	208	216	184	198	206	1.279	1.314	1.463
nuovi	405	429	467	98	65	65	51	58	47	554	552	579
interessati da terapia medica	488	528	493	136	123	127	109	126	112	733	777	732
seguiti in strutture carcerarie	62	86	114	19	16	23	3	4	6	184	106	143
in appoggio	80	62	58	12	12	12	15	8	3	107	82	73
ACCESSI	47.538	47.409	54.687	11.762	12.070	12.794	9.791	10.451	10.374	69.091	69.930	77.855
PRESTAZIONI	74.414	68.986	76.885	21.935	23.176	20.784	20.468	22.524	20.870	116.817	114.686	118.539

TAB. 3.20 Utilizzo comunità terapeutiche per tossicodipendenti convenzionate con l'APSS – Anni 2007-2009

Comunità	Posti disponibili			Giornate teoriche			Giornate occupate(*)			Tasso utilizzo %		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2008	2007	2008	2008
Giano – Accoglienza	15	15	15	5.495	5.490	5.475	3.702	4.002	3.772	67,6	72,9	68,9
Giano – Evolutiva	15	15	15	5.495	5.490	5.475	2.380	2.562	3.374	43,5	46,7	61,6
Voce Amica	15	15	15	5.495	5.490	5.475	4.085	4.296	4.570	74,6	78,3	83,5
Voce Amica – Apprt.	—	—	—	—	2.196	2.190	—	1.318	1.552	—	60,0	70,9
Camparta	24	24	24	8.760	8.784	8.760	4.076	3.390	4.166	46,5	38,6	73,5
Totale	69	69	69	25.185	27.450	27.375	14.243	15.568	17.434	56,6	56,7	63,7

(*) Le giornate occupate si riferiscono a tutti gli invii compresi quindi i pazienti inviati dal Servizio di alcolologia e dal Centro salute mentale. Le giornate teoriche si riferiscono alle giornate totali pagate in convenzione. Le giornate occupate dai soli pazienti inviati dal Ser.T nel 2009 sono state complessivamente n. 12.318 (nel 2008=10.573 (rispettivamente nella comunità accoglienza Giano n. 1.452, nella comunità evolutiva Giano n. 578, nella comunità Voce amica n. 4.570, negli appartamenti Voce amica 1.552, nella comunità Camparta n. 4.166. Le giornate occupate da pazienti inviati dal Servizio alcolologia e Centro salute mentale sono state in totale 5.116 (di cui nella comunità di accoglienza Giano 2.320 e nella comunità Giano evolutiva 2.796).

Nel 2009, gli invii presso le comunità convenzionate con APSS hanno comportato l'utilizzo di 17.434 giornate con un tasso d'utilizzo pari al 63,7%.

- i *Servizi di alcolologia* di distretto (11) che – coordinati dal Servizio di riferimento per le attività alcolologiche dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari – hanno avuto in carico, nel 2009, 2.562 utenti (persone/famiglie) (nel 2008=2.626 – nel 2007=2.593 – nel 2006=3.327 – nel 2005=3.034), di cui 461 nuovi utenti, e hanno effettuato 2.657 consulenze patenti per guida in stato di ebrezza (nel 2008=2.373 – nel 2007=3.009 – nel 2006=2.946 – nel 2005=2.729 – nel 2004=2.651); nelle singole realtà locali esiste una forte collaborazione con il privato sociale: i Club alcolisti in trattamento sono 169 (nel 2008=168 – nel 2007=168 – nel 2006=175) e si stima che settimanalmente circa 4.000 persone frequentano questi gruppi di auto-mutuo-aiuto; i gruppi di Alcolisti anonimi e loro familiari sono 9;
- le *sedì ambulatoriali di psicologia e di neuropsichiatria infantile* con sede a Cavalese, Tonadico, Borgo, Pergine, Trento, Mezzolombardo, Cles, Malè, Rovereto, Riva del Garda e Tione.
- *L'attività di Psicologia* è assicurata con modalità integrate a livello territoriale e ospedaliero dalle due unità operative di Psicologia dell'APSS^[32] che rispondono in maniera trasversale ai bisogni di promozione, mantenimento e recupero della condizione di salute psicologica della popolazione, mediante

^[32] Le due unità operative di Psicologia hanno a riferimento specifiche aree territoriali: U.O. Psicologia 2 (Vallagarina, Alto Garda e Ledro, Valli Giudicarie e Rendena); U.O. Psicologia 1 (il resto del territorio provinciale).

l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza psicologica per singola aree funzionale (adozioni nazionali e internazionali, tribunale-servizio sociale, scuola-legge 104/92, adolescenza, consultorio familiare, centro disturbi comportamento alimentare, psicologia ospedaliera e ADI-CP, ambulatorio per il minore, l'adolescente, l'adulto, la coppia e la famiglia, anche in situazione di disagio, assistenza e tutela psicologica alle persone affetta da disturbo mentale), il monitoraggio dell'attività psicologica (allo scopo di conoscere, indirizzare e regolare le funzioni assistenziali psicologiche, anche attraverso l'utilizzazione del sistema informativo territoriale (SIT – DWH salute mentale modulo psicologia), la verifica routinaria dell'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici (con l'installazione in tutte le sedi del software MoniSer e lo sviluppo delle modalità di valutazione previste dal progetto Val.E.Te.)

TAB. 3.20 Psicologia: utenti e prestazioni delle due unità operative – Anni 2007-2009

INDICATORE	2007	2008	2009
Totale Utenti in carico	4.885	4.879	4.482
<i>di cui Nuovi utenti</i>	2.404	2.812	2.680
Prestazioni erogate	34.785	36.539	42.319

TAB. 3.21 Unità operative di psicologia: utenza % per profili diagnostici – Anni 2007-2009

PROFILO DIAGNOSTICO (I.C.D. - X°)	2007		2008		2009	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari	866	17,7	1.089	22,3	1.346	30,0
Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	774	15,8	988	20,3	794	17,7
Sindromi fobiche legate a stress e somatoformi	665	13,6	797	16,3	795	17,7
Sindromi affettive	324	6,6	349	7,2	303	6,8
Disturbi della personalità e nel comportamento nell'adulto	189	3,9	219	4,5	189	4,2
Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici	82	1,7	90	1,8	55	1,2
Ritardo mentale	71	1,5	82	1,7	81	1,8
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	19	0,4	15	0,3	10	0,2
Altre diagnosi	1.895	38,8	1.250	25,6	909	20,3
Totale	4.885	100	4.879	100	4.482	100

L'attivazione, nel 2009, del nuovo SIT ha implicato una sostanziale differenza nelle modalità di rilevamento delle attività rispetto agli anni precedenti: la rappresentazione dell'attività emersa dal nuovo sistema informativo territoriale è descritta nella Tabella 3.21.

Il 58% degli utenti è femmina, anche se negli anni il divario maschi-femmine si riduce. La classe di età prevalente è quella 19-65 anni (56%); la classe 0-18 rappresenta il 37% dell'utenza complessiva; la classe di età 65 anni e oltre presenta un andamento crescente.

Nel 2009, le UU.OO. di Psicologia hanno preso in carico (tasso di prevalenza) 8,6 persone ogni 1.000 residenti (nel 2008=9,4 – nel 2007=9,6); l'incidenza (nuovi casi) è pari a 5,1 ogni 1.000 residenti (nel 2008=5,4 – nel 2007=4,7).

Nel triennio considerato, aumenta significativamente il supporto delle U.O. di Psicologia a favore di altri servizi: Psichiatria e Neuropsichiatria infantile (da 1,7% del 2007 a 6,4% del 2009), Scuola (da 10,6% del 2007 a 12,55 del 2009), Tribunale e Servizio sociale (da 7,3% del 2007 a 12% del 2009), Ospedale- Assistenza domiciliare e cure palliative (da 7% del 2007 a 14% del 2009).

- L'attività di *neuropsichiatria infantile*, che si occupa di problemi di origine neurologica e psichica nell'età evolutiva (0-18 anni), è articolata in due poli organizzativi: Servizio ospedaliero e Servizio territoriale.

Il Servizio ospedaliero è situato presso l'ospedale Santa Chiara di Trento e la sua principale attività, riservata a minori da 0 a 18 anni, è finalizzata alla diagnosi delle affezioni organiche e funzionali del sistema nervoso, alle indagini neurologiche di quelle a componente psichiatrica, nonché alla prima accoglienza di minori che necessitino di ricovero in struttura ospedaliera per emergenze psichiatriche in stretta collaborazione con il servizio territoriale competente. L'attività si svolge mediante valutazione clinica dei pazienti esterni (ambulatoriali) e/o ricoverati in degenza ordinaria o in day hospital presso l'U.O. di pediatria (interni) e attività di consulenza su richiesta del pronto soccorso o di altri reparti pediatrici (patologia neonatale, pediatria, chirurgia pediatrica).

Dal 2007 al 2009 si nota un aumento consistente del numero complessivo di prestazioni, molto evidente negli utenti esterni ma riscontrabile anche nei pazienti interni.

I ricoveri ospedalieri della neuropsichiatria infantile sono stati 74 nel 2007, 114 nel 2008 e 103 nel 2009: alcuni pazienti sono stati ricoverati più di una volta nel corso dello stesso anno; pertanto, il numero di soggetti entrati nel servizio ospedaliero è pari a 68 pazienti nel 2007 (ricovero ripetuto=6,8%), a 97 pazienti nel 2008 (ricovero ripetuto=11,4%), a 93 pazienti nel 2009 (ricovero ripetuto=8,7%).

TAB. 3.22 Neuropsichiatria infantile ospedaliera: prestazioni – Anni 2007-2009

		PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA DI PAZIENTI				
		esterni	interni	da PS	post ricovero	totali
2007	Numero	2.060	1.318	362	52	3.792
	%	54,3	34,8	9,5	1,4	100,0
2008	Numero	2.207	1.452	443	56	4.158
	%	53,1	34,9	10,7	1,3	100,0
2009	Numero	2.376	1.475	354	26	4.231
	%	56,2	34,9	8,4	0,6	100,0

TAB. 3.23 Neuropsichiatria infantile ospedaliera. Prestazioni: percentuali tipologia – Anni 2007-2009

		visita neurologica	visita di controllo	EEG semplice	EEG privazione sonno	altro
pazienti ESTERNI	2007	25,0	42,5	17,9	9,3	5,2
	2008	25,8	42,7	19,2	10,3	2,0
	2009	28,0	38,8	19,7	12,2	1,3
pazienti RICOVERATI	2007	50,8	31,0	11,8	3,8	2,5
	2008	53,9	29,0	12,3	3,9	0,9
	2009	53,7	30,6	10,6	4,8	0,3
pazienti DA PS	2007	85,9	—	13,0	1,1	—
	2008	86,5	—	13,3	0,2	—
	2009	80,8	—	15,5	3,7	—

TAB. 3.24 Neuropsichiatria infantile: attività – Anno 2009

	Neuropsichiatria 1	Neuropsichiatria 2	Totale
Utenti in carico	2.619	1.729	4.257
di cui Nuovi utenti	934	663	1.597
Prestazioni totali	28.436	19.642	48.708
	Prestazioni valide(*)		44.344

La somma degli utenti in carico, per singola U.O. di Neuropsichiatria, è maggiore del totale degli utenti; questa differenza dipende dal fatto che uno stesso utente può essere stato in carico a più unità operative e, quindi, considerato una sola volta.

(*)Delle 48.078 prestazioni totali registrate, solo 44.344 possono essere considerate pertinenti e valide (escludendo quelle classificate come cateterismo vescicale, attività di accoglimento, medicazione, monitoraggio parametri vitali, prelievo venoso, somministrazione terapia, non accede avisando, non accede non avisando).

I pazienti in *day hospital* con il servizio ospedaliero di neuropsichiatria infantile, sono stati 24 nel 2007, 41 nel 2008 e 31 nel 2009.

Il *servizio territoriale di neuropsichiatria infantile* è la struttura operativa per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche e neuromotorie, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Tra le prestazioni erogate, il 33,1% si riferisce a valutazione logopedica/riabilitazione, il 15,0% a visita neuropsichiatrica, il 13,6% a valutazione fisioterapica/riabilitazione, il 9,2% a riabilitazione/valutazione psicomotoria, il 12,3% a consulenze a operatori scolastici, sanitari o sociali, l'8,1% a colloquio/counselling con i genitori del paziente, l'8,7% ad altre prestazioni (psicoterapia, certificazioni, relazioni cliniche).

L'*accoglienza, in forma residenziale e semiresidenziale*, di minori che presentano disturbi della sfera psicotica, di personalità, della condotta, sindrome affettiva grave, scompenso psichico e che, per vari motivi, non possono fruire di una sufficiente assistenza in famiglia o per i quali sia indicata una temporanea separazione dal nucleo familiare, è assicurata presso la sede di *Villa S. Pietro di Arco* che accoglie anche minori il cui ricovero in ospedale o il trattamento ambulatoriale fosse risultato inadeguato e insufficiente al recupero psichico.

- Le *attività di psichiatria* garantite direttamente – attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione psichiatrica rivolti alle persone con disturbi psichici e alle loro famiglie – dalle 5 unità operative di psichiatria, con specifico bacino territoriale di riferimento, in sinergia con una pluralità di altri soggetti pubblici e privati concorrenti (enti locali, forze dell'ordine, privato sociale, associazioni di volontariato). Nel percorso di cura degli utenti, in specie di quelli a maggior tasso di complessità e di carico, è sempre più importante presidiare le aree di bisogno primario legate all'abitare e al lavoro:
 - per l'*area residenziale* si sono consolidate 2 tipologie di offerta residenziale (che non esauriscono i bisogni abitativi dell'utenza.) per le situazioni a maggiore impegno riabilitativo psichiatrico (tipo A) e socio-assistenziale multiproblematico (tipo B) con copertura sulle 24 ore: 5 strutture di tipo A afferenti alle unità operative (1 pl/10.000) e 2 strutture di tipo B afferenti al privato e al privato sociale (1 pl/11.000);
 - per l'*area lavoro* si sono consolidate in alcune unità operative le "Consulte lavoro", tavoli di concertazione a cui partecipano Agenzia del lavoro, enti locali, cooperative A e B e alcuni strumenti di inserimento o di avvicinamento al mondo del lavoro.

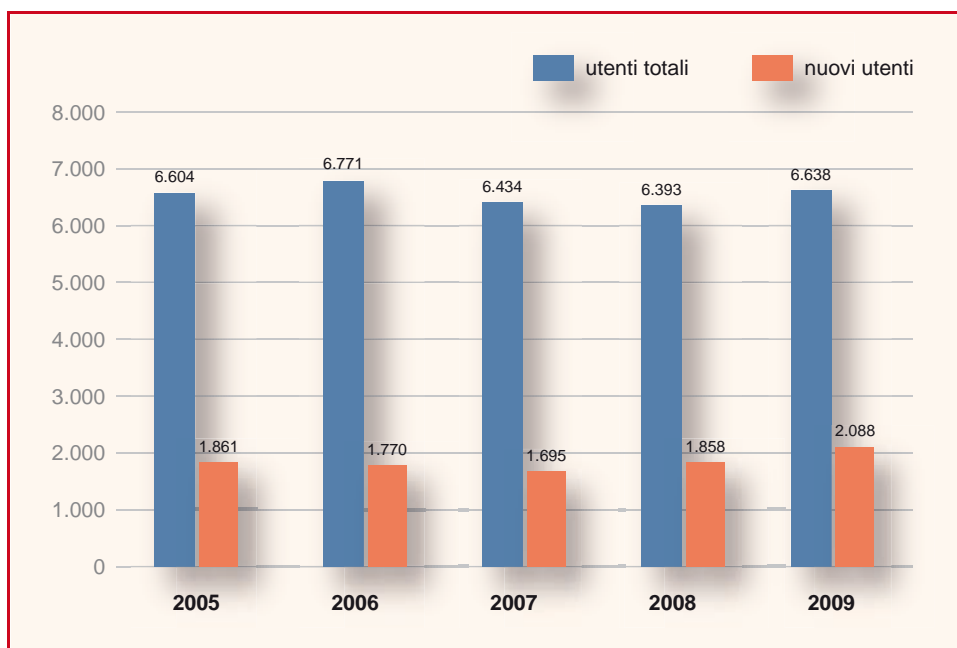
Le prestazioni e le attività sono realizzate attraverso gli 8 centri di salute mentale (Primiero, Borgo, Pergine, Trento, Cles, Rovereto, Arco, Tione),

i centri diurni, gli ambulatori distrettuali e le strutture residenziali per malati psichiatrici (presenti nei distretti Alta Valsugana, Trento e Valle dei Laghi, Valle di Non e Valle di Sole, Alto Garda e Ledro, Vallagarina con la disponibilità complessiva di 115 posti letto e un livello d'assistenza differenziato per complessità e gravità degli ospiti).

Dal 2008 inoltre è avviato, in alcune unità operative, il processo di standardizzazione, contrattualizzazione e verifica periodica dell'accesso e del percorso dell'utente e della sua famiglia nelle unità operative di psichiatria ^[33].

In merito ai volumi d'utenza e di prestazione (Grafico 3.5 e Tabella 3.25), si rappresenta che per il 2009 il numero totale di utenti in carico alle unità operative di psichiatria, a cui è stata erogata almeno una prestazione, è stato pari a 6.638 (nel 2004=6.321 – nel 2005=6.604 – nel 2006=6.771 – nel 2007= 6.434 – nel 2008=6.393) di cui 2.088 nuovi utenti. Il numero di prestazioni effettuate è stato pari a 109.207 (nel 2008=95.460 – nel 2007=77.462).

GRAF. 3.5 Psichiatria: utenza delle unità operative (escluso SPDC) – Trend 2005-2009



^[33] Sono stati introdotti strumenti innovativi (percorsi di cura condivisi), collaborazioni strutturate con utenti e familiari esperti (UFE) e iniziative di sensibilizzazione nelle scuole (gruppo *Giù la maschera*). È anche stato avviato un particolare progetto definito "Invito alla vita" e finalizzato alla prevenzione del suicidio.

TAB. 3.25 Psichiatria: attività per Unità operativa – Anno 2009

	UNITÀ OPERATIVE DI PSICHIATRIA					TOTALE
	1	2	3	4	5	
utenti in carico	1.401	1.635	1.551	1.029	1.049	6.638
nuovi utenti	451	516	564	248	318	2.088
prestazioni	25.861	34.181	20.696	16.386	12.083	109.207

La somma degli utenti in carico, per singola UO di Psichiatria, è maggiore del totale degli utenti; questa difformità dipende dal fatto che uno stesso utente può essere stato in carico a più unità operative, quindi, considerato una sola volta.

TAB. 3.26 Psichiatria: attività ospedaliera – Anni 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ricoveri SPDC	849	807	764	742	777	802
Ricoveri TSO	85	78	79	48	52	53
Giornate degenza	14.216	13.664	13.432	12.784	13.359	12.230

Fonte: APSS – SIT

La classe d'età più rappresentata è quella dei 35-49enni, stabilmente negli anni: in tale fascia d'età, come anche nelle classi superiori, sono prevalenti le donne (58%); i maschi sono in numero maggiore tra gli utenti più giovani.

- le *residenze sanitarie assistenziali* (RSA) che, in numero di 52, convenzionate con il Servizio sanitario provinciale, sono distribuite capillarmente sull'intero territorio; a queste si aggiungono 3 nuclei di RSA a sede ospedaliera (RSAO) che, ubicate presso le strutture ospedaliere San Camillo di Trento, Solatrix di Rovereto e di Tione, hanno una dotazione complessiva di 67 posti letto e garantiscono 1,32 posti letto ogni 1.000 anziani ultra-settantacinquenni. 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.

Dei 4.306 posti letto accreditati negoziati al 31 dicembre 2009, 320 sono di nucleo ad alto fabbisogno sanitario (n.175 in nucleo demenze, 137 in nucleo sanitario e 8 in nucleo NAMIR)^[34]. A livello provinciale, il rapporto posti letto convenzionati in RSA territoriali/anziani settantacinquenni e oltre, è pari a 8,4%; con valori minimi in Valle di Non (5,1%) e massimi nelle Giudicarie (12,7%).

^[34] A seguito dell'istituzione dei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale per utenti in stato vegetativo o a minima responsività (NAMIR), sono stati definiti i *percorsi per l'ingresso* in detti posti letto al fine di uniformare i comportamenti delle UVM di distretto.

TAB. 3.27 Residenze sanitarie assistenziali: rapporto posti letto e popolazione anziana per distretto
– al 31/12/2009

RSA TERRITORIALI	posti letto convenzionati	popolazione ≥75 anni	posti letto/pop. ≥75anni %
Valle delle Giudicarie	481	3.784	12,7%
Bassa Valsugana	347	2.956	11,7%
Primiero	124	1.117	11,1%
Vallagarina (escluso Rovereto)	474	4.858	9,8%
Rovereto	369	4.004	9,2%
Valle di Sole	142	1.575	9,0%
Val di Fiemme	156	1.867	8,4%
PROVINCIA	4.239	50.589	8,4%
Alta Valsugana	384	4.619	8,3%
Alto Garda e Ledro	360	4.560	7,9%
Trento	853	11.389	7,5%
Valle dell'Adige (escluso Trento)	302	5.085	5,9%
Ladino di Fassa	40	709	5,6%
Ladino di Fassa	40	709	5,6%
Valle di Non	207	4.066	5,1%
<i>Nuclei RSA a sede ospedaliera</i>	<i>67</i>	<i>50.589</i>	<i>1,32 per mille</i>
TOTALE	4.306		

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Gli enti gestori pubblici (aziende pubbliche servizi alla persona), gestiscono l'87,8% dei posti letto convenzionati con il Servizio sanitario provinciale. La dotazione complessiva di posti letto in RSA, (4.306) è aumentata, rispetto al precedente esercizio, di 13 posti letto (nel 2008 era aumentata di 83 posti letto rispetto al 2007).

TAB. 3.28 Residenze sanitarie assistenziali: tipologia dell'Ente gestore – al 31/12/2009

RSA TERRITORIALI	ENTI GESTORI	STRUTTURE	POSTI LETTO CONVENZIONATI	%
APSP	40	45	3.784	87,8
Cooperative sociali	2	6	340	7,9
Enti religiosi	2	3	162	3,8
Ente profit	1	1	20	0,5
TOTALE	45	55	4.306	100,0

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.29 Attività UVM – Anni 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Richieste attivazione UVM	3.239	3.489	3.696	4.105	4.086
Utenti valutati UVM	3.082	3.324	3.251	3.822	3.955
<i>Esiti della valutazione: eleggibilità (Progetto assistenziale individuato)</i>					
RSA	1.837	2.078	2.129	2.542	2.556
ADI/ADICP	962	960	883	1.164	1.251
Altro (ADP e Posti letto residenziali)	283	292	239	116	148
Richieste in attesa di valutazione	—	—	2,7%.	—	—

Alla gestione degli accessi in RSA è preposta l'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) che, incardinata nei singoli distretti sanitari, adotta lo strumento valutativo SVM^[35] per esaminare il soggetto proposto e per verificare l'appropriatezza della richiesta; le domande d'attivazione dell'UVM per l'accesso in RSA possono provenire dal medico di base, dal servizio sociale o dall'ospedale. Le UVM hanno anche a disposizione 15 posti letto (pari a 3.495 giornate di degenza) per assicurare le urgenze non procrastinabili (gli utenti autorizzati all'ingresso in RSA come urgenza non procrastinabile è stato, nel 2009, pari a 116).

Nei 2009 le richieste d'attivazione UVM (Tabella 3.29) sono state n. 4.086 con la conferma sostanziale (-0,4%) del valore dell'anno 2008 (4.105).

Il Grafico 3.6 illustra i profili di autonomia risultanti dalle valutazioni UVM nel periodo 2007-2009, espressi in termini percentuali, mostrando che la maggioranza delle persone valutate appartiene a profili collegati alle patologie che determinano un elevato decadimento cognitivo e a profili dove prevale la componente della disabilità fisica, che generalmente dipende da esiti di patologie cardiovascolari.

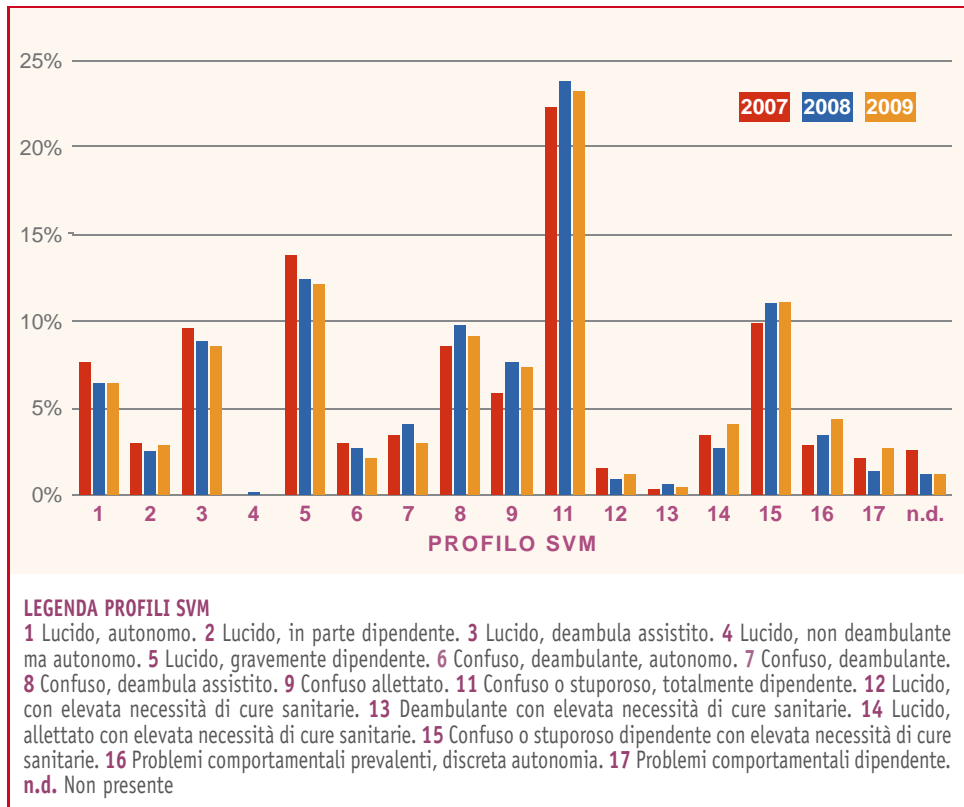
Nel 2009 state effettuate le *verifiche tecnico sanitarie* in tutte le sedi di RSA, con la revisione della scheda in uso e la introduzione di specifici indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata all'interno della struttura.

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

- *Base* (3.874 posti letto pari al 90% dell'offerta complessiva)

^[35] La *Scheda di valutazione multidimensionale dell'autosufficienza* (introdotta con deliberazione provinciale n. 3634/2000) è articolata in tre aree: *area sanitaria*, *area cognitivo e funzionale*, *rete sociale*. Attraverso l'utilizzo di scale di valutazione e test, per ognuna delle tre aree si perviene all'individuazione del profilo di autonomia; consente di distinguere i determinanti della non autosufficienza e di individuare una appropriata risposta assistenziale.

GRAF. 3.6 Valutazioni UVM per profili di autonomia – Anni 2007-2009



- *Sollievo* (45 posti letto distribuiti in modo omogeneo in tutti i distretti sanitari, che rispondono a un bisogno temporaneo e programmato di assistenza fissato in un massimo di 60 giorni all'anno per uno stesso ospite, usufruibili, di regola, in due periodi all'anno);
- *Urgenza* (posti letto accreditati non convenzionati, presenti in numerose strutture che vengono attivati per situazioni di particolare urgenza non procrastinabili e gestiti direttamente dalla Direzione Cura e riabilitazione dell'APSS; la permanenza è temporanea fino a quando si rende disponibile un posto letto convenzionato);
- *Nuclei ad alto fabbisogno assistenziale* (320 posti letto pari al 7,4% dell'offerta complessiva, di cui 175 posti letto riservati a demenze gravi o importanti disturbi comportamentali, 137 posti letto per soggetti con elevata necessità assistenziale sanitari e 8 posti letto per soggetti in stato vegetativo o a minima responsività);
- *Nucleo in RSAO* (67 posti letto) per risposta ai bisogni assistenziali derivanti da situazioni clinico-assistenziali di notevole impegno, anche

se stabilizzate, rispetto alle quali emerge la necessità di continuità terapeutica e assistenziale, seppur in forma ridotta, da parte dei servizi sanitari e assistenziali propri della struttura ospedaliera; la durata del ricovero in Rsa a sede ospedaliera è a termine (max 180 gg).

TAB. 3.30 RSA: Tipologia di posti letto convenzionati per Distretto – Consistenza al 31.12.2009

DISTRETTO	POSTI LETTO CONVENZIONATI PER TIPOLOGIA						
	Base	Sollievo	Nucleo Dementi	Nucleo Sanitario	Nucleo Namir	RSA a sede ospedaliera	Totale
Val di Fiemme	144	2	10	0		0	156
Primiero	123	1	0	0		0	124
Bassa Valsugana	325	2	10	10		0	347
Alta Valsugana	350	4	20	10		0	384
V. Laghi – Rotaliana	273	4	20	5		0	302
Trento	735	14	40	60	4	25	878
Val di Non	183	4	10	10		0	207
Val di Sole	131	1	10	0		0	142
Val Giudicarie	458	3	10	10		22	503
Alto Garda e Ledro	329	4	15	12		0	360
Vallagarina	462	2	10	0		0	474
Rovereto	322	3	20	20	4	20	389
Ladino di Fassa	39	1	0	0		0	40
TOTALE	3.874	45	175	137	8	67	4.306
%	89,97	1,07		7,43		1,56	100

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

TAB. 3.31 RSA: Tariffe sanitarie – Anno 2009

DIMENSIONE RSA TERRITORIALE	TARIFFA SANITARIA
Fino a 40 posti letto totali	81,30
Da 41 fino a 50 posti letto totali	74,30
Da 51 fino a 60 posti letto totali	71,60
Da 61 posti letto totali	70,00
Incremento per nucleo demenze	31,30
Incremento per nucleo sanitario	43,50
Incremento Namir	55,60
Tariffa RSA ospedaliera	102,90

In merito ai parametri assistenziali e finanziari, su cui si basa il funzionamento delle RSA, va precisato che le direttive annuali approvate dalla Giunta provinciale definiscono il parametro di personale assistenziale finanziabile, con riferimento al quale, stabilito un costo standard, viene definita una tariffa sanitaria giornaliera che varia a seconda della dimensione della struttura e della tipologia del posto letto.

Nella Tabella 3.31 sono riportate le tariffe sanitarie dell'anno 2009 definite con deliberazione provinciale n. 2585/2008. La tariffa giornaliera è riconosciuta per ciascun posto letto indipendentemente dall'effettiva occupazione e ricomprende i costi relativi a:

- personale assistenziale sociosanitario nei parametri definiti dalle direttive;
- assistenza medico generica e coordinamento sanitario;
- ausili per incontinenza;
- quota parte dei costi generali e amministrativi forfetariamente attribuita alla competenza della sanità.

Per l'*assistenza farmaceutica*, ogni anno è assegnato un budget a ciascuna struttura per le forniture dirette da parte dell'azienda sanitaria: detto budget annuale è stato così determinato per l'anno 2009: 456,25 euro a posto letto per le RSA territoriali e 1.412,55 euro a posto letto per le RSA ospedaliere; il budget relativo alla fornitura di materiale sanitario è pari invece a 351,22 euro a posto letto.

L'*assistenza specialistica* è erogata direttamente dall'azienda sanitaria nel numero massimo di tre ore per i posti letto di nucleo ad alto fabbisogno assistenziale e per i posti letto in RSA ospedaliere e massimo due ore per posto letto base e sollievo.

TAB. 3.32 Bilancio di esercizio dell'Azienda sanitaria trentina. Spesa per RSA – Anni 2002- 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CAPITOLI DI SPESA DEDICATI								
Convenzioni	77.336.000	85.567.000	92.000.000	93.122.842	98.230.000	106.200.000	110.810.000	116.096.000
Accantonamenti	2.686.000	3.446.000	89.767.000	4.330.000	5.000.000	6.000.000	5.400.000	5.400.000
Totale	80.022.000	4.200.000	95.446.000	97.452.842	103.230.000	112.200.000	116.210.000	121.496.000
QUOTA PARTE								
Ausili	1.667.388	1.717.424	1.745.315	1.835.245	1.875.158			
Spesa medica	2.271.376	2.584.429	2.618.124	2.753.231	2.837.369			
Prodotti sanitari	2.954.099	3.140.443	3.190.220	3.442.738	3.508.417	3.570.039	3.697.870	3.900.844
Accantonamenti specialistica	619.748	620.00	623.432	655.964	665.732	679.047	704.829	710.204
Totale	7.512.610	8.062.296	8.177.091	8.687.178	8.886.675	4.249.086	4.402.699	4.611.048
TOTALE COMPLESSIVO	87.534.610	97.829.296	103.623.091	106.140.020	112.116.675	116.449.086	120.612.700	120.612.700
AUMENTO PERCENTUALE	—	11,76	5,92	2,43	5,63	3,86	3,58	4,56

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

Le risorse destinate alle RSA nel 2009, rispetto all'anno precedente, sono complessivamente aumentate del 4,56% (nel 2008 sul 2007 del 3,58%) L'ente gestore di RSA annualmente stabilisce la "retta alberghiera giornaliera"^[36], la parte a carico dell'ospite; l'importo della retta media ponderata (con il numero di posti letto convenzionati in ogni struttura) dell'anno 2009 è pari ad 40,87 euro;

In termini generali, si segnala che *l'assistenza sanitaria in RSA ha registrato, nel 2009, un aumento rilevante* in ragione dei seguenti aspetti: la revisione del parametro del personale dell'assistenza e della quota della tariffa a carico del fondo sanitario provinciale inerente al *costo del personale*; il riconoscimento di un incremento pari al 3,5% della quota della tariffa destinata alla copertura delle *spese generali e di amministrazione*; l'adeguamento, pari rispettivamente al 1,5% e al 2%, della quota della tariffa giornaliera destinata al *finanziamento del medico e degli ausili*; l'incremento, nella misura del 5% rispetto al 2008, del budget annuale di *spesa per gli ausili e i farmaci*, a carico diretto del bilancio dell'APSS; la previsione di un *fondo di riequilibrio*, per il finanziamento straordinario delle strutture che, presentando esigenze peculiari legate alle dinamiche dei costi e alle proprie fonti di finanziamento, risultano deficitarie sul fronte delle risorse;

- *l'Hospice*^[37], attivo dal 2006 con sede a Mezzolombardo^[38], 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 2009 i ricoveri complessivi in hospice sono stati 131* (nel 2008=131), con occupazione media 85% e degenza media di 17 giorni; le dimissioni sono avvenute per rientro al domicilio (l'utente è stato ripreso in carico dalle cure domiciliari con piano ADICP) nel 30% dei casi, per trasferimento in strutture assistenziali residenziali (RSA) nel 10% dei casi e per decesso nel 60%. Il tempo d'attesa intercorrente tra la segnalazione e il ricovero è stato inferiore a 3 giorni nel 90% dei casi. La segnalazione dei casi accolti è avvenuta per 56 pazienti da sedi ospedaliere e per il restante numero di pazienti dal domicilio.
- il *Centro per i disturbi del comportamento alimentare* (CDCA) che – attraverso due équipes di specialisti (medici, psicologi, nutrizionisti, pediatri, psichiatri, infermieri e dietisti) una per la popolazione in età 0-18 anni e

^[36] Non vi sono prescrizioni provinciali circa l'ammontare della quota che, nel caso di soggetti indigenti, è a carico del rispettivo Comune di residenza.

^[37] Struttura alternativa al domicilio, dove sono accolte persone che, pur con analoghi problemi clinici, non possono essere assistite a casa per mancanza di supporto familiare. L'assistenza è affidata a una équipe composta da infermieri e operatori sociosanitari, da un medico palliativista e da uno psicologo. L'ingresso non si configura come "ricovero ospedaliero", e la permanenza è limitata ad un mese.

^[38] Approntato, dal marzo 2010, nella struttura di Villa Igea a causa della chiusura del citato presidio ospedaliero.

TAB. 3.33 Hospice di Mezzolombardo: attività – Anni 2006-2009

		2006	2007	2008	2009
Pazienti accolti		85	108	115	117
Ricoveri		91	123	131	131
Degenza media (giorni)		12	14,8	17	17
Tasso occupazione (%)		76	84	85	85
Distretto residenza (%)	<i>Trento</i>	86	90	77	86
	<i>Altri</i>	14	10	23	14
Provenienza segnalazione (%)	<i>Domicilio</i>	50	50	50	58
	<i>Ospedale</i>	50	50	50	42
Modalità dimissione (%)	<i>Decesso</i>	60	62	60	60
	<i>Domicilio</i>	32	27	30	30
	<i>Altro</i>	8	11	10	10

TAB. 3.34 Centro disturbi comportamento alimentare: attività – Anni 2007-2009

	2007	2008	2009
Prestazioni	4.118	5.343	4.721
Pazienti in carico	244	211	271
<i>di cui nuovi pazienti</i>	94	115	154

una per la popolazione adulta – prende in carico i soggetti che presentano una diagnosi di anoressia nervosa, bulimia nervosa o disturbi del comportamento alimentare non specificati.

A integrazione del percorso per i CDCA è attiva la *Comunità terapeutica* che, sita presso “Maso Zancanella” in località Campotrentino, con disponibilità di 10 posti letto, ha una connotazione socio-sanitaria e fornisce una soluzione residenziale intermedia tra il livello ospedaliero e quello ambulatoriale, consentendo, nei casi ritenuti necessari, l’allontanamento degli utenti dai propri luoghi abituali senza rinunciare all’attività scolastica o lavorativa; nel 2009 le giornate di presenza effettiva in detta struttura sono state 924 (nel 2008=924 – nel 2007=1.424). Le giornate complessive di permanenza in comunità nel periodo 2002-2008 sono state 11.513.

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

- *l’assistenza integrativa*, che fornisce prodotti dietetici a categorie particolari di utenti e presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito (nel 2009 sono aumentate le autorizzazioni a favore dei pazienti diabetici);

- ▶ *l'assistenza protesica*, che assicura la fornitura di protesi e ausili sanitari a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (nel 2009 sono aumentate le autorizzazioni emesse per protesi acustiche, in ragione dell'abbassamento dei requisiti dei soggetti aventi diritto);
- ▶ *l'assistenza termale*, che, erogata attraverso 6 stabilimenti privati accreditati, attiene ai cicli di cure idrotermali e di carattere riabilitativo erogati, dagli stabilimenti provinciali convenzionati con l'azienda sanitaria, a favore degli assistiti dal servizio sanitario nazionale. L'assistenza termale indica un incremento del costo annuo, rispetto al consuntivo 2008, tenuto conto dell'accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2008-2009 ai sensi dell'art. 4, comma 4, della legge 323/2000 che ha presupposto il riconoscimento del conguaglio tariffario alle strutture erogatrici di tali prestazioni;
- ▶ le *prestazioni sanitarie aggiuntive dirette e in convenzione*, che segnalano un aumento nel 2009 in conseguenza dell'aggiornamento dei criteri e delle modalità di erogazione di talune prestazioni, tra cui i concorsi spese a invalidi in occasione di cure termali per l'effettuazione di cure climatiche e di soggiorni terapeutici, i percorsi riabilitativi a favore di soggetti affetti da autismo, psicosi infantile o paralisi cerebrale infantile, la fornitura di prodotti di medicazione e dispositivi medici finalizzati alla cura e riabilitazione a domicilio di soggetti affetti da gravi patologie.

Il livello dell'assistenza distrettuale ^[39] ha assorbito nel 2008 una spesa di 592.482.000 euro (nel 2008=549.999.000 – nel 2007=523.754.000 – nel 2006=497.455.000 – nel 2005=469.917.000 – nel 2004=449.121.000 – nel 2003=429.618.000 – nel 2002=376.949.000 – nel 2001=357.468.000).

La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 51,38% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2009 (nel 2008=50,4 – nel 2007=49,69 – nel 2006=49,65 – nel 2005=49,04 – nel 2004=49,24 – nel 2003=48,8 – nel 2002=44,5 – nel 2001=45,5).

3.3.3 TERZO LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

^[39] Una risorsa che va segnalata, come straordinario patrimonio del Trentino, è rappresentata dal *volontariato*: oltre 250 associazioni si occupano statutariamente di assistenza socio-sanitaria, fornendo al sistema un supporto in termini di *partecipazione diretta all'erogazione di servizi* (trasporto infermi e raccolta sangue), *integrazione delle prestazioni erogate dall'APSS* (Lega Tumori, AVULSS, ...), *rap-presentanza dei cittadini/pazienti*, *controllo partecipato e condiviso* (ADI, UVM, ...), *sensibilizzazione*.

► **Pronto soccorso**

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

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

Nel 2009, si sono registrati 220.583 ^[40] accessi alle unità operative di pronto soccorso presso gli ospedali a gestione diretta dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari ^[41]:

- con un incremento dell'1,2% sul 2008 (nel 2008, +1,7% sul 2007);
- con una media giornaliera di 604 accessi (nel 2008=217.964 -597; nel 2007=214.277 - 587; nel 2006=224.610 - 661; nel 2005=249.117 - 682; nel 2004=239.616 - 656).

Per i 220.583 accessi in PS (106.185 femmine e 114.398 maschi) (35.047 di non residenti=16% del totale), sono state fatte 177.587 richieste di esami che hanno prodotto le indagini descritte nella Tabella 3.35.

Il 77,5% degli accessi avviene in orario diurno (nel 2008=77,9 - nel 2007=77,5 - nel 2006=76,5 - nel 2005=76,0 - 2004=74,9) e il 22,5% avviene in orario notturno (nel 2008=22,1 - nel 2007=22,5 - nel 2005=24,0 - 2004=25,1);

TAB. 3.35 Unità operative di pronto soccorso: richieste di esami e indagini per tipologia - 2008-2009

UNITÀ OPERATIVE DI PRONTO SOCCORSO	RICHIESTE DI ESAMI				INDAGINI PER TIPOLOGIA	
	2009		2008		2009	2008
	N.	%	N.	%	N.	N.
Ecografia	5.620	3,2	5.464	3,3	6.062	5.872
Laboratorio	69.305	39,0	65.727	39,2	746.730	706.652
Radiologia	90.785	51,1	86.719	51,7	134.591	127.174
TAC	11.877	6,7	9.718	5,8	15.277	12.431
Totale	177.587	100	167.628	100	902.660	852.129

^[40] La legge finanziaria 2007 (L. n. 296/2006, comma 796, lettera p) stabilisce il pagamento di una quota fissa pari a 25 euro per gli accessi in codice bianco non seguiti da ricovero, a eccezione di particolari casistiche (traumatismi e avvelenamenti acuti, assistiti non esenti di età inferiore ai 14 anni, ecc.): dopo questa misura, i codici bianchi sono diminuiti del 5,4% ed i codici verdi sono aumentati del 2,5%. È in corso la verifica di eventuali comportamenti opportunistici in sede di triage. Con il 1° gennaio 2007 in tutti i pronto soccorso è stato deciso di non inserire più gli accessi per "somministrazione di terapia metadonica" che sono circa 17.000 all'anno.

^[41] Arco, Borgo, Cavalese, Cles, Mezzolombardo, Rovereto, Tione, Trento adulti, Trento pediatrico, Trento ortopedico.

rispetto alle fasce orarie, la maggiore affluenza è nelle ore 10-13 (20,5%) e la minima affluenza nelle ore 1-4; con riferimento alla settimana, la giornata di lunedì presenta, in un quadro di distribuzione omogenea (min 13,7% – max 15,7%) il maggiore numero di accessi (15,7%). Nell'arco annuale si registra una distribuzione sostanzialmente stabile nei mesi, tra il minimo del 7,2% in novembre e il massimo di 9,8% in agosto.

Il criterio della fascia d'età evidenzia che il 18,8% degli accessi riguarda l'età 0-14 anni stabile sul 2008 (nel 2008=+4,5 sul 2007), il 13,9% riguarda l'età 35-44 anni e il 13,6% l'età 75 e oltre.

Nel 2009, l'85,2% dei pazienti è entrato al pronto soccorso *autonomamente* (deambulante 27,0% o con mezzo proprio 58,2%) (nel 2008=85,5 – nel 2007=86,5 – nel 2006=87,6 – nel 2005=87,9 – 2004=88,4 – 2003=88,5), il 14,3% in ambulanza (nel 2008=14 – nel 2007=13 – nel 2006=12,1 – nel 2005=11,8 – 2004=11,2 – 2003=11,0) e lo 0,5% è elitrasportato (nel 2008=0,5 – nel 2007=0,5 – nel 2006=0,4 – nel 2005=0,4 – 2004=0,3 – 2003=0,4).

Il 45,8% degli accessi al pronto soccorso è *conseguenza d'incidenti o infortuni* (scolastico=1,0% – domestico=3,7% – stradale=3,3%, sul lavoro=3,9% – sportivo=2,2 – causato da animali=0,9% – lesione accidentale=19,7% – violenza altrui=0,8% – autolesionismo=0,1%, intossicazione alimentare o da altre sostanze=0,2%) (nel 2008=46,5 – nel 2007=42,7 – nel 2006=41,8%), mentre il 47,2% è di tipo non traumatico riguardando problematiche internistiche (nel 2008=53,5 – nel 2007=57,3 – nel 2006=58,2 – nel 2005=64,4 – 2004=61,5 – 2003=61,0); da notare che l'accesso non traumatico si riduce di 6 punti percentuali rispetto al 2008.

La Tabella 3.36 descrive i dati di attività e le modalità di gestione degli accessi/pazienti per il periodo 2004-2009.

Nel periodo esaminato il numero di accessi nelle strutture di PS è complessivamente diminuito fino al 2007 (verso 2005=-14%) e nel 2008 è aumentato sul 2007 dell'1,7%; nel 2009 è ulteriormente aumento dell'1,2%.

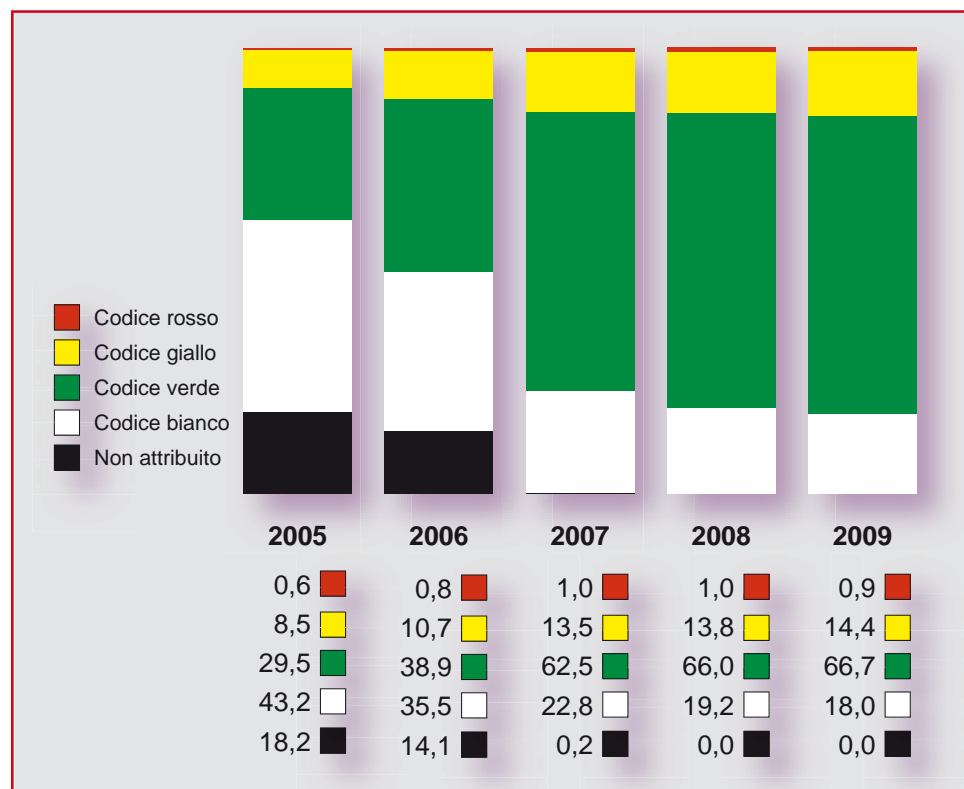
Per quanto riguarda le modalità di invio al pronto soccorso si segnala che, nel 2009, l'86% dei pazienti è giunto direttamente e senza alcuna richiesta del curante e solo il 6,5% (nel 2008=6,6 – nel 2007=7 – nel 2006=12) con richiesta del medico curante; gli invii dalle RSA sono stati lo 0,5%.

L'introduzione della classificazione per codice colore (accelerata dall'introduzione della normativa sulla compartecipazione alla spesa) è a regime dal gennaio 2007. Nel 2009 (Grafico 3.7), la distribuzione del codice colore raggiunge il 100% dei casi d'accesso: l'andamento è in diminuzione per i codici bianchi (dal 19,2% al 18,0%) e sostanzialmente stabile per i codici verdi (dal 66,0% al 66,7%), per i codici gialli (dal 13,8% al 14,4%) e rossi (dal 1,0% al 0,9%). 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 11% del 2009).

TAB. 3.36 Attività e modalità di gestione degli accessi/pazienti – Anni 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ATTIVITÀ						
Numero ACCESSI	239.616	249.117	224.610	214.277	217.964	220.583
% ATTRIBUZIONE TRIAGE	67,5	81,88	85,9	99,8	99,9	100
<i>CODICI BIANCHI</i>	57,9	43,2	35,5	22,8	19,2	18,0
<i>CODICI VERDI</i>	30,9	29,5	38,9	62,5	66,0	66,7
<i>CODICI GIALLI</i>	10,4	8,5	10,7	13,5	13,8	14,4
<i>CODICI ROSSI</i>	0,8	0,6	0,8	1,0	1,0	0,9
MODALITÀ DI GESTIONE (%)						
Ricoverati	14,9	13,4	12,8	11,3	10,9	11,0
Rinviati a domicilio	80,3	78,2	76,3	73,6	74,6	77,7
Accolti in osservazione breve di PS	—	5,9	4,8	5,3	5,3	5,5
Accolti in osservazione breve di reparto	—	1,4	3,5	4	3,9	3,5
Pazienti visti entro 1 ora dall'accesso	88,6	81,5	86	93,8	79,5	81,5
Pazienti dimessi entro 3 ore dall'accesso	84	84	85	81,2	78,6	77,7

GRAF. 3.7 Percentuale di accessi al pronto soccorso distinti per triage – Anni 2005-2009



In merito alla “velocità” di gestione dei pazienti accolti si segnala che l’81,5% dei pazienti accedono alla visita ^[42] entro 1 ora dall’ingresso in PS (nel 2008=79,5 – nel 2007=81,8 – nel 2006=86% – nel 2005=78,2) e il completamento dell’iter diagnostico-terapeutico ^[43] entro le 3 ore dall’accesso in PS interessa il 77,7% dei pazienti (nel 2008=78,6 – nel 2007=81,2 – nel 2006=85 – nel 2005=84).

► *Assistenza ospedaliera in regime di ricovero*

L’assistenza ospedaliera in regime di ricovero è garantita, in provincia di Trento, dalla rete degli istituti di cura a gestione diretta APSS e privati accreditati ^[44] che dispone di 4,75 posti letto ospedalieri per mille abitanti (nel 2008=4,75 – nel 2007=4,85 – nel 2006=5,02 – nel 2005=5,02 – nel 2004=5,04 – nel 2003=5,10 – nel 2002=5,30 – nel 2001=5,50): di questi, il 3,49 per mille abitanti è dedicato ai ricoveri per acuti e l’1,27 per mille abitanti ai ricoveri di riabilitazione e lungodegenza (0,85 + 0,42).

Il confronto interregionale più recente e disponibile si riferisce al 2007 e presenta valori italiani di 4,39 posti letto ospedalieri ogni 1.000 residenti, di cui 3,76 per acuti e 0,63 per riabilitazione e lungodegenza (Tabella 3.37 e Grafici 3.8 e 3.9).

È opportuno segnalare, in proposito, che *i più recenti orientamenti, allo studio in sede nazionale* (Bozza concordata dal gruppo di lavoro Ministero-regioni sull’appropriatezza e la programmazione ospedaliera) *prevedono*, in merito al dimensionamento dell’offerta ospedaliera, la revisione degli standard attualmente definiti normativamente (e corrispondenti a 4,5 posti letto per mille abitanti e tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti) prefigurando *un processo di riduzione ulteriore del numero di posti letto per mille abitanti* (adeguando la realtà nazionale all’evidenza tecnica e programmatica delle realtà regionali più avanzate) ponendo come obiettivo quello di ridurre a 3 posti letto ordinari per acuti ogni mille abitanti il parametro di riferimento nazionale cui aggiungere 1 posto letto ogni mille abitanti per l’attività di riabilitazione, postacuzie e neonati sani.

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

Tale operazione richiede evidentemente il consolidamento di modelli di assistenza finalizzati a ridurre il ricorso al ricovero per acuti che dovrebbe

^[42] *Accettazione*: tempo intercorrente fra l’accesso e la visita.

^[43] *Dimissione*: tempo intercorrente fra l’accesso e la dimissione.

^[44] Si aggiungono strutture sanitarie extraprovinciali (attraverso il sistema della mobilità sanitaria interregionale e internazionale) per le esigenze sanitarie legate all’erogazione di prestazioni non disponibili e di alta specializzazione (reti interregionali - centri di riferimento di altri servizi sanitari regionali e ambiente della ricerca universitaria).

TAB. 3.37 Posti letto ospedalieri per ACUTI e NON ACUTI, ogni 1.000 residenti: confronto interregionale – Anno 2007

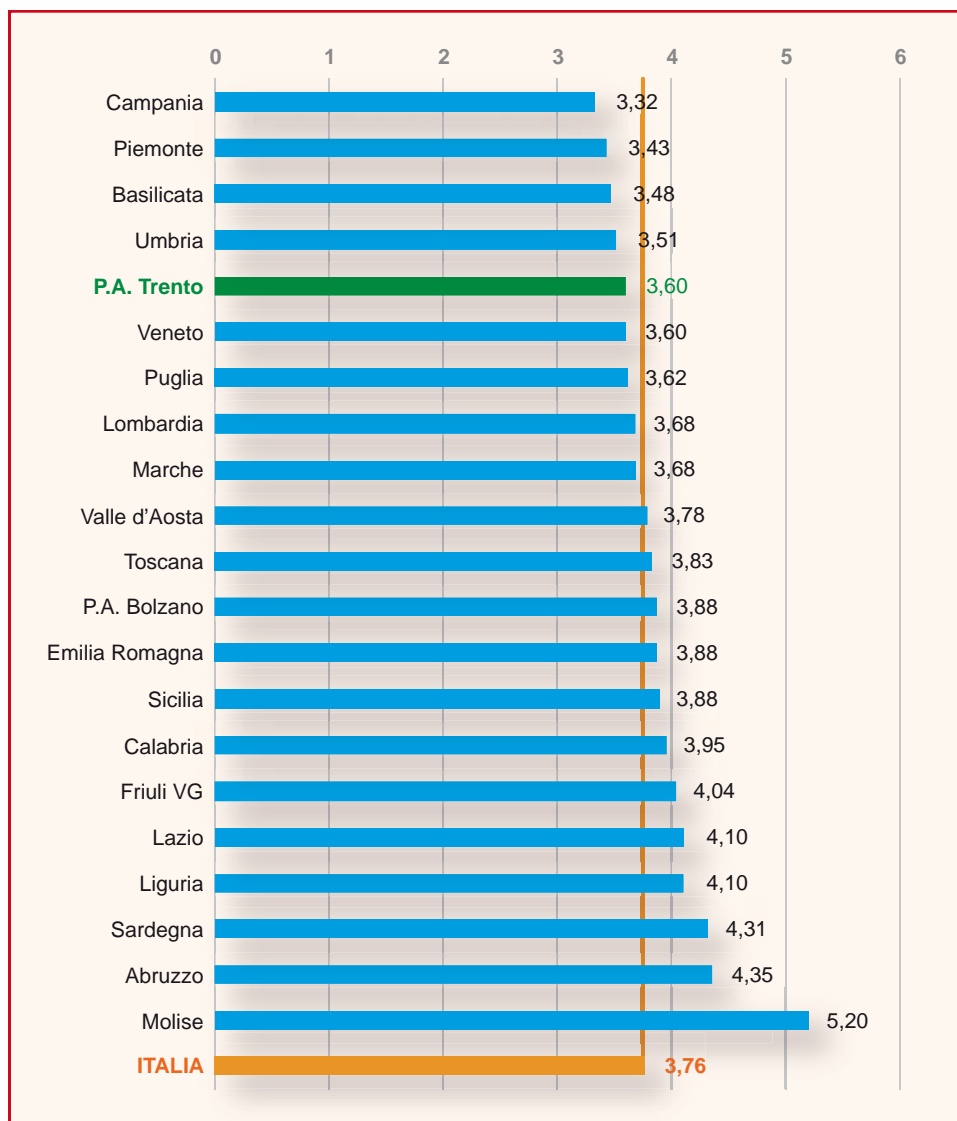
Codice Regione	REGIONE	ACUTI			NON ACUTI		
		Pubblici	Privati accreditati	Ogni 1.000 residenti	Pubblici	Privati accreditati	Ogni 1.000 residenti
010	Piemonte	13.220	1.707	3,43	2.025	1.910	0,90
020	Valle d' Aosta	472	0	3,78	0	0	0,00
030	Lombardia	30.149	4.980	3,68	4.684	3.240	0,83
041	P.A. Bolzano	1.827	66	3,88	74	216	0,59
042	P.A. Trento	1.716	110	3,60	305	367	1,33
050	Veneto	16.333	864	3,60	2.474	425	0,61
060	Friuli VG	4.358	544	4,04	314	59	0,31
070	Liguria	6.511	79	4,10	563	105	0,42
080	Emilia Romagna	14.224	2.162	3,88	2.184	1.743	0,93
090	Toscana	12.506	1.413	3,83	604	629	0,34
100	Umbria	2.831	233	3,51	188	32	0,25
110	Marche	5.103	546	3,68	409	395	0,52
120	Lazio	19.033	3.480	4,10	1.643	4.670	1,15
130	Abruzzo	4.868	835	4,35	284	522	0,62
140	Molise	1.546	117	5,20	219	117	1,05
150	Campania	14.341	4.902	3,32	516	1.487	0,35
160	Puglia	12.617	2.121	3,62	1.191	572	0,43
170	Basilicata	2.000	56	3,48	222	0	0,38
180	Calabria	5.470	2.419	3,95	134	892	0,51
190	Sicilia	15.169	4.319	3,88	1.056	342	0,28
200	Sardegna	5.994	1.162	4,31	78	183	0,16
	ITALIA	190.288	32.115	3,76	19.167	17.906	0,63

Fonte: Ministero della salute – Sistema informativo sanitario

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

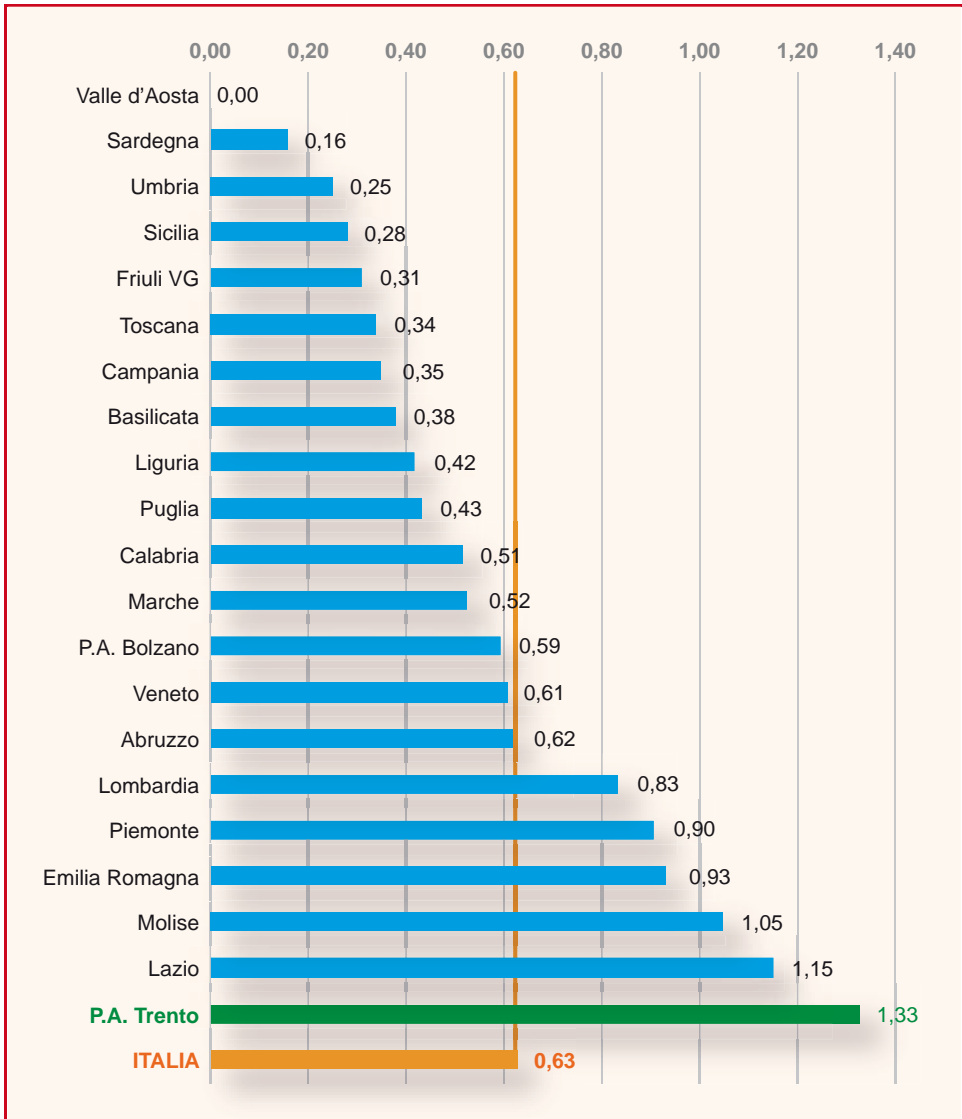
L'orizzonte temporale per queste realizzazioni è previsto in 5-10 anni perché vanno create le condizioni strutturali, professionali e culturali, propepeti-

GRAF. 3.8 Posti letto ospedalieri per ACUTI/1.000 residenti: confronto interregionale – Anno 2007



che a rendere concretamente erogabili, e socialmente accettabili, percorsi diagnostico-terapeutici in regimi assistenziali che non prevedono il ricovero ospedaliero. Per questo, si ritiene che “misura dell’avvio di politiche rigorose di riordino delle reti ospedaliere possa essere quella di fissare, soprattutto per le regioni che oggi registrano indici considerevolmente superiori al target fissato, l’obiettivo intermedio di raggiungere, nel periodo 2009-2011, la dotazione di 3,3 + 1 posti letto per mille abitanti e il tasso di ospedalizzazione pari a 145 ricoveri ogni mille abitanti.

GRAF. 3.9 Posti letto ospedalieri per NON ACUTI/1.000 residenti: confronto interregionale – Anno 2007



La rete provinciale degli istituti di cura (a gestione diretta APSS e privati accreditati) ^[45] è rappresentata nella Tabella 3.38. L'articolazione dei *posti letto ospedalieri disponibili* in Trentino identificati secondo l'intensità di assistenza

^[45] Si aggiungono strutture sanitarie extraprovinciali (attraverso il sistema della mobilità sanitaria interregionale e internazionale) per le esigenze sanitarie legate all'erogazione di prestazioni non disponibili e di alta specializzazione (reti interregionali – centri di riferimento di altri servizi sanitari regionali e ambiente della ricerca universitaria).

TAB. 3.38 Istituti di cura a gestione diretta, classificati e privati accreditati: dotazione posti letto e servizi – Anno 2009

OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA APSS

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE POSTI LETTO			LABORAT. ANALISI	RADIOLOGIA	PRONTO SOCCORSO
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale		Ordinari	DH	Totale			
Cavalese	78	7	85	—	—	—	—	78	7	85	•	•	•
Borgo	78	6	84	—	—	—	—	78	6	84	•	•	•
Villa Rosa	—	—	—	71	6	77	—	71	6	77	—	—	—
S. Chiara	639	87	726	—	—	—	—	639	87	726	•	•	•
Mezzolombardo	30	7	37	—	20	20	—	30	27	57	•	•	•
Cles	115	11	126	—	—	—	4	119	11	130	•	•	•
Tione	74	10	84	—	—	—	—	74	10	84	•	•	•
Alto Garda	100	15	115	14	8	22	13	127	23	150	•	•	•
Rovereto	297	36	333	37	—	37	—	334	36	370	•	•	•
Ala	—	—	—	—	42	42	—	—	42	42	—	—	—
Totale	1.411	179	1.590	122	76	198	17	1.550	255	1.805	8	8	8

OSPEDALI CLASSIFICATI E PRIVATI ACCREDITATI

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE POSTI LETTO			LABORAT. ANALISI	RADIOLOGIA
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale		Ordinari	DH	Totale		
S. Camillo	104	8	112	6	—	6	7	117	8	125	•	•
S. Pancrazio	—	—	—	83	—	83	—	83	—	83	—	—
Villa Bianca	42	3	45	—	—	—	12	54	3	57	•	•
Solatrix	65	—	65	10	5	15	30	105	5	110	—	•
Villa Regina	—	—	—	—	—	—	130	130	—	130	—	—
Eremo	—	—	—	140	—	140	—	140	—	140	—	—
S. Famiglia	—	—	—	—	—	—	20	20	—	20	—	—
Totale	211	11	222	239	5	244	199	649	16	665	2	3

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

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE POSTI LETTO		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale		Ordinari	DH	Totale
Totale	1.622	190	1.812	361	81	442	216	2.199	271	2.470
ogni 1.000 ab.	3,12	0,37	3,49	0,69	0,16	0,85	0,42	4,23	0,52	4,75

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

è descritta nella Tabella 3.40 e l'evoluzione negli anni della dotazione provinciale di posti letto ospedalieri è rappresentata nel Grafico 3.10.

TAB. 3.39 Posti letto tecnici (non sono conteggiati nel parametro/1.000 abitanti) – Anno 2009

	Dialisi	Medicina d'urgenza	In unità operative	RSA a sede ospedaliera	Totale	Culle
Cavalese	7	—	—	—	7	14
Borgo	11	—	—	—	11	—
Trento – S. Chiara	36	8	—	—	44	20
Valli del Noce – Cles	10	—	11	—	20	11
Tione	6	—	9	22	37	9
Alto Garda e Ledro	9	2	—	—	11	10
Rovereto – S. M. del Carmine	12	—	—	—	12	16
S. Camillo	—	—	—	25	25	—
Solatrix	—	—	—	20	20	—
Totale	91	10	20	67	187	80

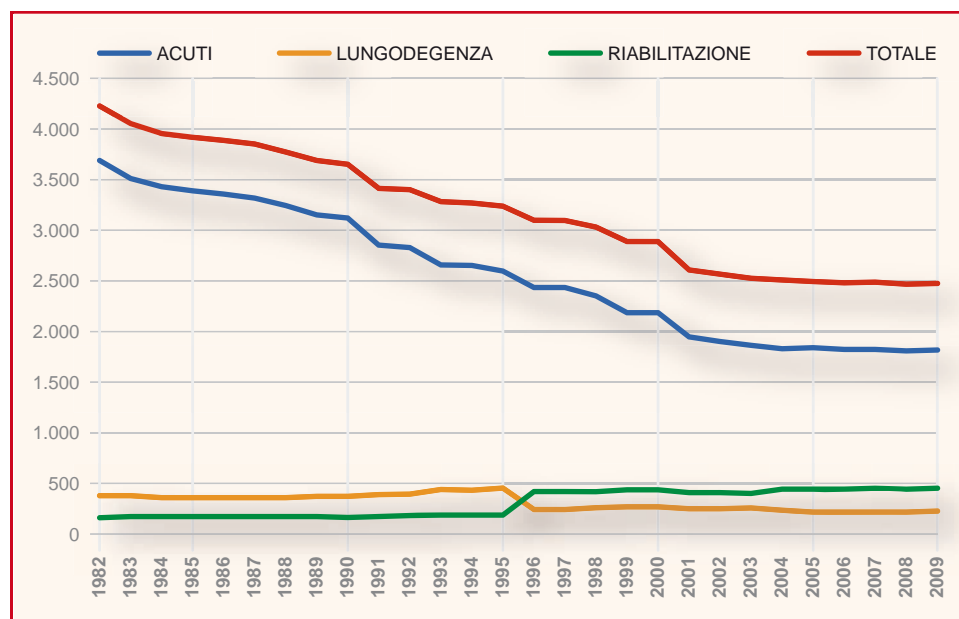
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.40 Istituti di cura pubblici e privati. Posti letto per tipologia di assistenza – Anno 2009

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	Posti letto ORDINARI	Posti letto DIURNI	TOTALE posti letto	Posti letto PER 1.000 AB.
Specialità di base	1.300	152	1.452	2,79
Specialità a media assistenza	188	32	220	0,42
Specialità a elevata assistenza	91	7	98	0,19
Terapia intensiva e subintensiva	42	—	42	0,08
Riabilitazione	361	81	442	0,85
Lungodegenza	216	—	216	0,42
Totale posti letto	2.198	272	2.470	4,75
	P. letto TECNICI ORDINARI	P. letto TECNICI DIURNI	TOTALE P. letto TECNICI	
Dialisi	—	91	91	
Medicina d'urgenza e pronto soccorso	—	10	10	
In Unità operative	—	19	19	
RSA a sede Ospedaliera	67	—	67	
Totale posti letto tecnici	67	120	187	

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

GRAF. 3.10 Dotazione posti letto ospedalieri in provincia di Trento – Trend 1982-2009



La Tabella 3.41 descrive, per il periodo 2004-2009, l'attività erogata e i principali indicatori di efficienza/efficacia dell'attività ospedaliera del servizio sanitario provinciale.

TAB. 3.41 Servizio sanitario provinciale: attività erogata – Anni 2004-2009

DEGENZA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ATTIVITÀ						
DIMESSI	58.071	57.847	57.450	57.996	57.986	57.936
di cui APSS	52.315	51.385	51.208	51.337	51.381	51.710
di cui PRIVATI ACCREDITATI	5.756	6.462	6.242	6.659	6.605	6.226
DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	16.695	16.581	16.086	16.871		
DIMESSI CON DRG MEDICO	35.630	35.684	35.398	35.466		
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	1,74	1,76	1,77	1,78	1,77	1,78
PESO MEDIO DRG MEDICI	1,04	1,04	1,04	1,03	1,03	1,04
NUMERO PARTI	5.097	4.992	4.928	4.949	5.099	4.727
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA	7,29	7,36	7,42	7,77	7,56	7,51
RICOVERI RIPETUTI	3.940	3.842	4.129	4.215	4.018	4.429
DECESSI INTRAOSPEDALIERI	1.712	1.803	1.777	1.806	1.739	1.709
% DIMESSI PER DECESSI INTRAOSPED.	2,95	3,12	3,09	3,11	3,0	2,95

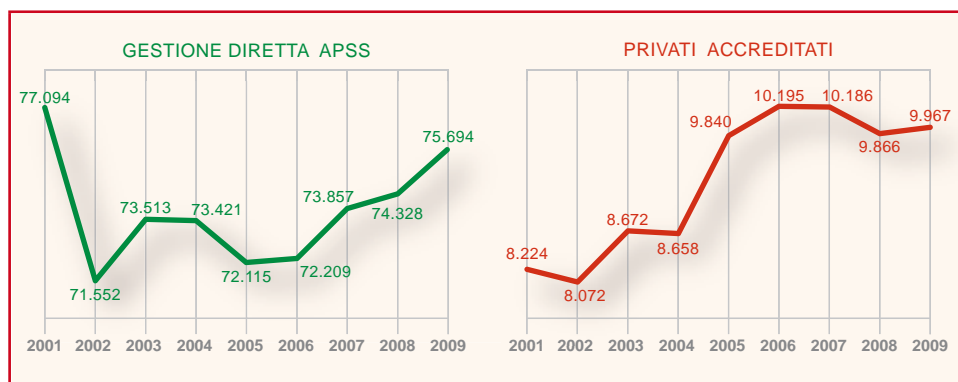
DIMISSIONI ORDINARIE A DOMICILIO	52.901	51.985	51.044	48.477	47.510	47.795
% DIMISSIONI ORDINARIE A DOMICILIO	91,1	89,87	88,85	83,59	81,93	82,50
DRG MEDICI CRITICI (rischio inapproprietezza)	8.577	8.759	9.004	8.469	8.570	8.324
% INAPPROPRIATEZZA PRUO DEGENZA	7,8	—	7,7	7,77	—	—

DEGENZA PER ACUTI IN REGIME DIURNO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ATTIVITÀ						
DIMESSI	24.008	24.108	24.954	26.047	26.208	27.725
di cui APSS	21.106	20.730	21.001	22.520	22.947	23.984
di cui PRIVATI ACCREDITATI	2.902	3.378	3.953	3.527	3.261	3.741
DIMESSI CON DRG CHIRURGICI	17.482	17.854	18.348	18.725	19.114	20.189
DIMESSI CON DRG MEDICI	6.354	6.097	6.241	6.730	5.929	6.530
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	0,78	0,78	0,78	0,79	0,80	0,74
PESO MEDIO DRG MEDICI	0,86	0,85	0,83	0,81	0,82	0,77
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA	2,33	2,32	2,28	2,28	2,32	2,42
% DRG CHIRURGICI IN DH SUL TOTALE DRG CHIRURGICI	51,12	51,83	53,26	52,60	52,64	53,82
% DRG CHIRURGICI IN DH SUL TOTALE DRG CHIRURGICI CRITICI (a rischio inapproprietezza)	82,06	82,55	85,14	83,83	85,10	86,39

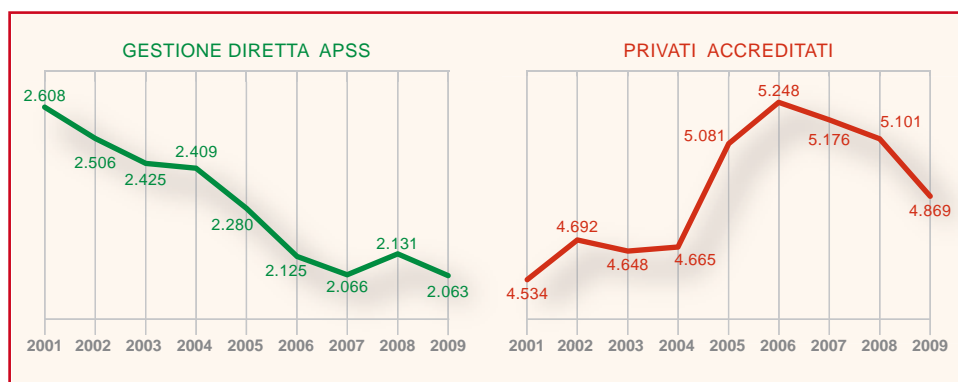
RIABILITAZIONE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ATTIVITÀ						
DIMESSI	7.074	7.361	7.373	7.242	7.232	6.932
di cui APSS	2.409	2.280	2.125	2.066	2.131	2.063
di cui PRIVATI ACCREDITATI	4.665	5.081	5.248	5.176	5.101	4.869
di cui ORDINARI	5.932	6.273	6.402	6.316	6.182	5.899
di cui DIURNI	1.142	1.088	971	926	1.050	1.033
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA ORDINARI	18,4	18,91	18,62	17,12	19,23	20,08
DEGENZA MEDIA DIURNI	12,75	12,6	11,56	13,66	12,42	13,03
RICOVERI RIPETUTI	656	685	669	684	729	719

LUNGODEGENZA	2004	2005	2006	2007	2008	2008
ATTIVITÀ						
DIMESSI	3.305	3.242	3.136	3.003	2.720	2.651
di cui APSS	260	198	248	243	286	292
di cui PRIVATI ACCREDITATI	3.045	3.044	2.888	2.760	2.434	2.359
MODALITÀ DI GESTIONE						
DEGENZA MEDIA	31,36	31,41	31,4	30,87	34,80	34,39
RICOVERI RIPETUTI	102	80	91	72	84	59

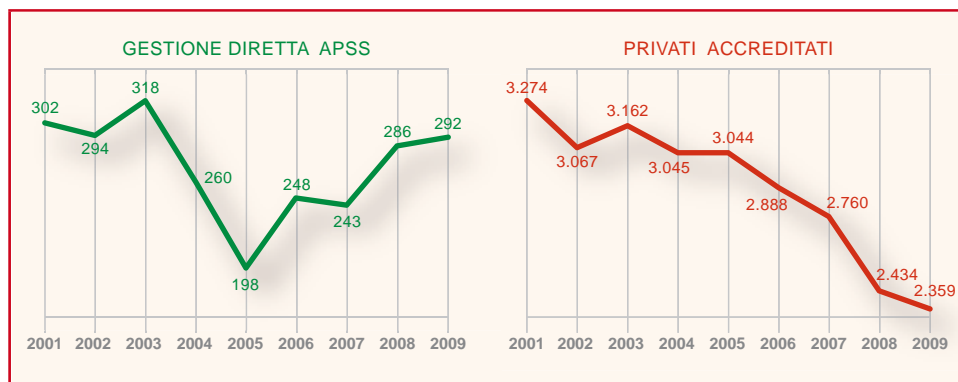
GRAF. 3.11 RICOVERI PER ACUTI in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Anni 2001-2009



GRAF. 3.12 RICOVERI PER RIABILITAZIONE in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Anni 2001-2009



GRAF. 3.13 RICOVERI PER LUNGODEGENZA in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Anni 2001-2009



Con riferimento all'*attività ospedaliera*, va precisato che:

- presso le strutture del servizio sanitario provinciale si sono registrate *90.954 dimissioni* (escluso DRG 391) delle quali 79.964 di persone residenti (+2,6% vs. 2008) e 10.990 di residenti fuori provincia (- 7,2% vs. 2008);
- il numero totale di dimissioni dalle strutture ospedaliere trentine è stabile dal 2004;
- l'ospedale di Trento produce il *40% delle dimissioni*, l'ospedale di Rovereto il 17,5%, l'ospedale di Cles il 7,5%, l'ospedale Alto Garda e Ledro il 5,4%, l'ospedale di Cavalese il 4,1%, l'ospedale di Borgo il 3,8% e l'ospedale di Tione il 3,6%. Le sette strutture private accreditate producono insieme il rimanente 18,1% dei ricoveri;
- i *DRG* di tipo *medico* sono stati 52.257 (57,5%), quelli di tipo *chirurgico* 38.230 (42,0%);
- nei residenti trentini, le *dimissioni in regime ordinario* sono state 53.224 (+ 0,4% vs. 2008) e quelle *in regime diurno* 26.740 (+ 7,8% vs. 2008); le *dimissioni da reparti per acuti* sono state 73.654 (+ 3,2% vs. 2008);
- il *47% del totale dei ricoveri ospedalieri* di residenti in Trentino riguarda persone con *età maggiore di 65 anni* (nel 2008=46,0 – nel 2007=45,7);
- per l'*attività di degenza per acuti in regime ordinario*, i posti letto disponibili nel periodo 2004-2009, sia negli ospedali a gestione diretta che nelle strutture accreditate, sono sostanzialmente stabili così come i ricoveri che si sono stabilizzati su circa 58.000 casi; nel 2009 è lievemente diminuito il numero di dimessi dalle strutture accreditate, compensato dall'aumento dei dimessi dalle strutture della APSS. Il peso medio dei DRG chirurgici ha mostrato, nel periodo 2004-2009, un lieve costante incremento, mentre per i DRG medici è rimasto sostanzialmente stabile; la degenza media, lievemente ma progressivamente aumentata (anche in ragione dell'aumentata complessità della casistica e del progressivo trasferimento in regime di ricovero diurno della casistica meno complessa), rimane stabilmente inferiore agli 8 giorni (7,8 giorni; il dato italiano 2006=6,7); la degenza media preoperatoria^[46] è stata pari a 1,8 giorni; i ricoveri ripetuti sono in lieve aumento, mentre i DRG medici a elevata probabilità di inappropriatazza sono stabili così come la mortalità ospedaliera; i pazienti con dimissioni ordinarie a domicilio sono in lieve aumento nel 2009; il numero dei parti è lievemente diminuito rispetto al valore medio del periodo (5.000/anno); i residenti trentini dimessi da reparti per acuti in regime ordinario sono stati 47.926;
- l'*attività di degenza per acuti in regime diurno* (day hospital e day surgery) si è progressivamente sviluppata nel periodo 2004-2009 passando dai 22.676 ricoveri dell'anno 2004 ai 27.725 del 2009; il peso medio dei DRG è rimasto

^[46] Indica il tempo medio trascorso in ospedale, in ricovero ordinario per acuti, prima di eseguire l'intervento chirurgico.

sostanzialmente invariato; l'incremento riguarda in particolare l'attività chirurgica (svolta in regime diurno) che è progressivamente cresciuta risultando attualmente pari al 53% dell'attività chirurgica complessiva effettuata nelle strutture provinciali (il dato nazionale, riferito all'anno 2007, si attesta sul 32%); per i DRG chirurgici a rischio inappropriato il rapporto raggiunge, come disposto con indicazioni della Giunta provinciale in sede di recepimento del decreto sui LEA, valori superiori all'83%; i residenti trentini dimessi da reparti per acuti in regime diurno sono stati 25.728;

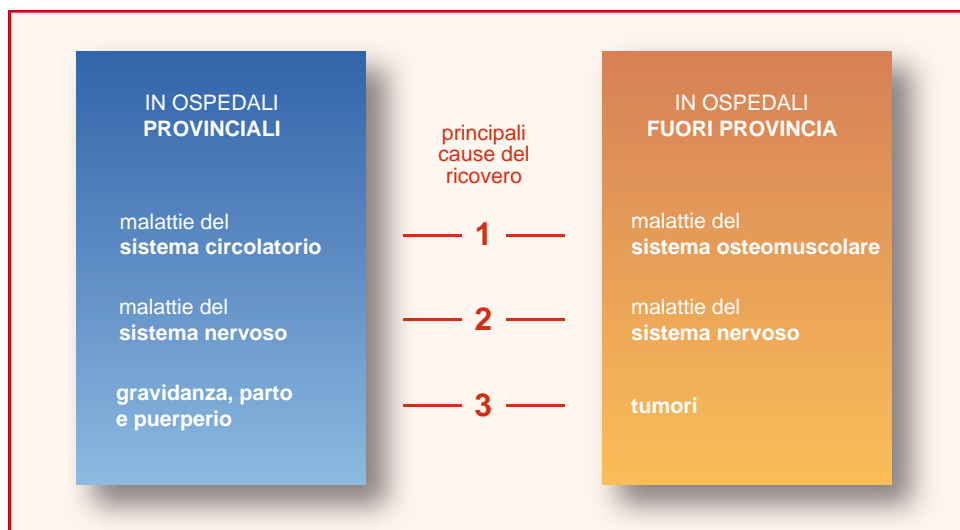
- per l'attività di ricovero in *lungodegenza* si segnala una sostanziale stabilizzazione della struttura di offerta, dopo la riduzione del numero di posti letto nelle strutture accreditate (-15% nel biennio 2005-2006) in relazione alla "trasformazione" degli stessi in posti letto di riabilitazione; l'attività di ricovero è lievemente diminuita nel 2009, la durata media di degenza è invariata rispetto al 2008 mentre il numero di ricoveri ripetuti è diminuito; i residenti trentini dimessi da reparti di lungodegenza sono stati 1.633;
- per l'attività di degenza ordinaria e diurna di *riabilitazione*, la struttura di offerta è aumentata del 10%, nel quinquennio 2002-2006, in relazione alle autorizzazioni rilasciate al privato accreditato nel corso dell'anno 2005; dal 2005 il numero dei posti letto disponibili, sia negli ospedali a gestione diretta che nelle strutture accreditate, è stabile. Il numero di pazienti trattati è progressivamente aumentato fino al 2006 (parallelamente all'aumento di attività di ricovero ordinaria del privato accreditato) mentre nel 2007 si è registrata una lieve flessione dei dimessi che viene confermata anche nel 2008 e nel 2009; la degenza media è lievemente aumentata nel periodo 2007-2009 mentre il numero di ricoveri ripetuti è stabile; si deve sottolineare che l'integrazione funzionale pubblico-privato assicura una congrua disponibilità di posti letto di riabilitazione, presso le strutture private accreditate, alle unità operative di ortopedia, cardiologia e cardiocirurgia degli ospedali a gestione diretta APSS^[47]; i residenti trentini dimessi da unità operative di riabilitazione sono stati 4.677.

L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4, comma 1, punto b) ha fissato come obiettivo da raggiungere entro il 2007 il mantenimento dei tassi d'ospedalizzazione per ricoveri ordinari e in regime diurno entro 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% che equivale a un tasso di ospedalizzazione del 36 per 1.000.

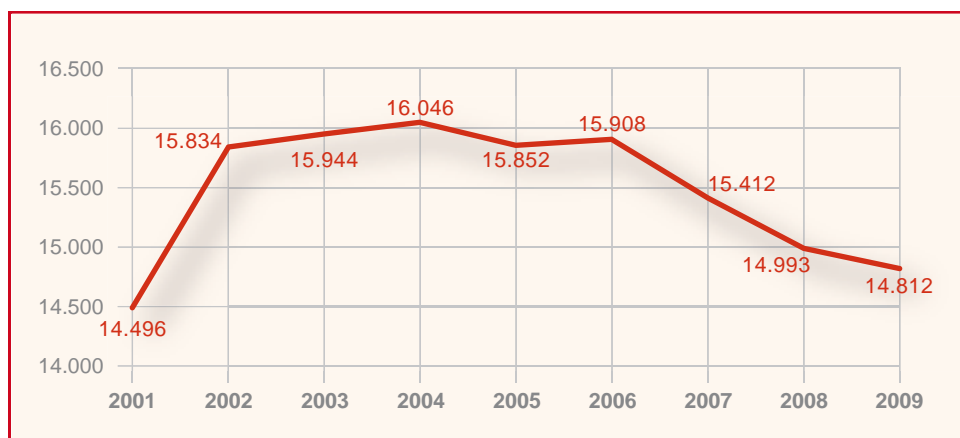
Nel 2009, il *tasso di ospedalizzazione grezzo* (trentini dimessi dalle strutture provinciali più trentini dimessi da strutture ospedaliere fuori provincia) è pari a 180,8 per 1.000 abitanti (nel 2008=182,1/1.000).

^[47] L'attività del privato accreditato è oggetto di specifica attività di monitoraggio da parte del Dipartimento di riabilitazione e del Dipartimento cardiovascolare, che effettuano almeno due verifiche sull'attivazione dei piani terapeutici e sul rispetto delle linee guida aziendali nei settori di competenza.

FIG. 3.2 Principali cause di ricovero dei residenti trentini – Anno 2009



GRAF. 3.14 Ricoveri di residenti trentini in ospedali fuori provincia (mobilità passiva) – Trend 2001-2009



Il *tasso di ospedalizzazione standardizzato* sulla popolazione italiana al censimento 2001 per 1.000 residenti risulta pari a 177,7 per 1.000 abitanti (nel 2008=179,9) e, pertanto, inferiore al valore (180 per 1.000) fissato dalla normativa sopra indicata. Anche il tasso grezzo di ospedalizzazione in regime diurno – pari a 59,6 per 1.000 e corrispondente al 32,9% del totale dei ricoveri – soddisfa abbondantemente il parametro definito nell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Da notare che la variabilità/disomogeneità del tasso standardizzato di ospedalizzazione complessiva va dal 137,8 per 1.000 residenti del Primiero al 201,6 della Valle di Non (Tabella 3.42).

TAB. 3.42 Provincia di Trento: ricoveri di residenti presso istituti di cura provinciali e in mobilità passiva (al netto del DRG 391 *Neonato sano*) – Anno 2009

	RICOVERI DI RESIDENTI				MOBILITÀ PASSIVA %		TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	
	in strutture provinciali	in strutture fuori provincia	Totale ricoveri				Grezzo	Standard. /1.000
	2009		2009	2008	2009	2008	2009	
Valle di Fiemme	2.800	709	3.509	3.703	20,2	21,2	178,3	177,4
Primiero	293	1.149	1.442	1.469	79,7	81,3	143,2	137,8
Bassa VS. e Tesino	4.307	706	5.013	5.050	14,1	14,8	185,1	178,5
Alta Valsugana	8.102	964	9.066	8.596	10,6	11,5	172,6	174,9
Valle dell'Adige	26.957	3.820	30.777	29.677	12,4	13,0	177,1	174,2
Valle di Non	6.921	1.190	8.111	7.962	14,7	15,3	207,8	201,6
Valle di Sole	2.490	441	2.931	2.958	15,0	16,4	187,9	184,2
Giudicarie	5.398	1.046	6.444	6.704	16,2	17,2	172,0	167,0
Alto Garda e Ledro	7.158	1.381	8.539	8.308	16,2	16,3	180,2	177,6
Vallagarina	14.413	2.496	16.909	16.562	14,8	14,4	187,9	182,8
Ladino di Fassa	1.125	567	1.692	1.657	33,5	32,7	174,8	183,2
PROVINCIA	79.964	14.469	94.433	92.646	15,3	15,9	180,8	177,7
					ITALIA (dato 2005)		214,3	212,3

► *Consumo di farmaci in ospedale*

Si evidenzia che, nel 2009, nei presidi ospedalieri a gestione diretta dell'azienda sanitaria sono stati spesi, per i farmaci prescritti ai pazienti degenti in regime ordinario o diurno, 24.240.694 euro, con un incremento dell'8% sull'anno 2008.

È anche aumentata la spesa per i farmaci in classe H/OSP2 distribuiti dalle farmacie ospedaliere nei presidi di S. Chiara di Trento e S. Maria del Carmine di Rovereto (servizio di distribuzione diretta ai pazienti). In tutti i presidi ospedalieri a gestione diretta APSS, le tre categorie terapeutiche che incidono per oltre l'80% sulla spesa farmaceutica ospedaliera sono gli antineoplastici, gli antimicrobici, i farmaci attivi sul sangue e gli organi ematopoietici.

TAB. 3.43 Spesa farmaceutica ospedaliera per tipologia di erogazione – Anni 2008 e 2009

SEDE DI EROGAZIONE	2009	2008	Var. 2009/2008
Ospedale (unità operative + TE 118)	24.240.694	23.378.918	+ 8,3
Strutture territoriali (compreso il Ser.T.)	751.506	886.523	- 15,2
Pazienti esterni (H/OSP, H/RR, malattie rare)	9.856.329	6.234.862	+ 58,1
RSA e istituti speciali	1.756.916	1.637.850	+ 7,3
TOTALE	36.605.446	31.138.152	+ 17,6

► *Attività trasfusionale*

L'attività trasfusionale comprende la raccolta, la lavorazione e la distribuzione di emocomponenti ed emoderivati ed è assicurata dal Dipartimento di medicina trasfusionale costituito dal Servizio immunotrasfusionale di Trento, dal Centro trasfusionale di Rovereto e dalle Unità di raccolta di Borgo, Cavalese, Cles, Mezzolombardo, Pergine, Arco e Tione. Per la gestione dell'albumina e delle immunoglobuline il dipartimento si avvale della collaborazione della farmacia ospedaliera di Trento.

L'attività di raccolta documenta un incremento progressivo di sacche di sangue intero nel periodo 2003-2009. Parimenti in incremento appare la produzione di plasma per emoderivati che assicura la disponibilità di albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione superiore al fabbisogno aziendale.

Per quanto riguarda i consumi di albumina a livello ospedaliero, i dati dimostrano una importante riduzione dei consumi a seguito dell'introduzione nel 2006 di specifiche linee guida per l'utilizzo del prodotto, in particolare nei distretti di Trento, Arco, Cles e Borgo. Nel 2008 si registra un complessivo calo di consumi rispetto al 2007, salvo che nelle realtà di Tione e Cles; nel

TAB. 3.44 Dipartimento di Medicina trasfusionale APSS – Attività 2003-2009

ATTIVITÀ DI RACCOLTA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
SANGUE INTERO TOTALE	17.085	17.268	17.192	18.524	19.369	19.779	20.265
SIT TRENTO	5.819	5.590	5.150	6.125	6.333	5.951	5.944
CT ROVERETO	3.044	2.783	2.793	3.154	3.163	3.126	3.130
U.R. BORGO	1.420	1.544	1.374	1.523	1.449	1.592	1.710
U.R. CAVALESE	1.217	1.529	1.681	1.609	1.708	1.786	2.039
U.R. CLES	1.228	1.427	1.454	1.414	1.605	1.830	1.838
U.R. MEZZOLOMBARDO	687	780	741	798	871	896	898
U.R. PERGINE	1.036	1.056	1.135	1.075	1.259	1.392	1.498
U.R. ARCO / RIVA	1.272	1.301	1.465	1.443	1.588	1.713	1.714
U.R. TIONE	1.362	1.258	1.399	1.383	1.393	1.493	1.494
AFERESI TOTALI	2.658	2.695	2.834	2.673	2.734	3.149	3.206
PLASMAFERESI	2.204	2.207	2.176	2.052	2.086	2.385	2.275
PLASMAPIASTRINOAFERESI	112	161	137	172	200	155	276
PIASTRINOAFERESI	119	48	40	38	10	12	3
PLASMAFERESI (CT ROVERETO)	223	279	481	408	436	596	597
PIASTRINOAFERESI (CT ROVERETO)	—	—	—	3	2	1	1
Totale SIT Trento+CT Rovereto	—	—	—	9.279	9.496	9.077	9.074
Totale unità di raccolta	—	—	—	9.245	9.873	10.702	11.191

2009 si è avuta una sostanziale tenuta dei dati di consumo sovrapponibili a quelli del 2008.

Dall'esercizio 2008, il Dipartimento ha collegato tutte le unità di raccolta afferenti al SIT di Trento e al CT di Rovereto ^[48] in un'unica rete informativa dipartimentale e ha implementato il sistema di rilevazione delle "non conformità" nell'ambito dell'identificazione del paziente, della compilazione della richiesta trasfusionale e della trasfusione degli emocomponenti che ha portato a ridefinire ulteriormente le modalità procedurali per l'assegnazione e distribuzione degli emocomponenti.

► *Attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti*

L'attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti è coordinata, in APSS, da una specifica figura professionale (transplant coordinator) con la qualifica di dirigente medico della disciplina di anestesia e rianimazione e ha coinvolto numerose strutture per le diverse tipologie di prelievo/donazione, come descritto dalla Tabella 3.45.

L'attività di *procurement di organi e tessuti* presso le strutture aziendali è descritta dalla Tabella 3.46.

TAB. 3.45 Donazione, prelievo e trapianti di organi e tessuti: tipologia e strutture ospedaliere

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

^[48] Per la corretta gestione del sistema informativo dipartimentale provinciale sono stati predisposti due eventi formativi, accreditati ECM, per tutto il personale delle unità di raccolta. Per la gestione dell'albumina e delle immunoglobuline il dipartimento si avvale della collaborazione della farmacia ospedaliera di Trento.

TAB. 3.46 Procurement di organi e tessuti presso le strutture APSS – Trend 2003-2009

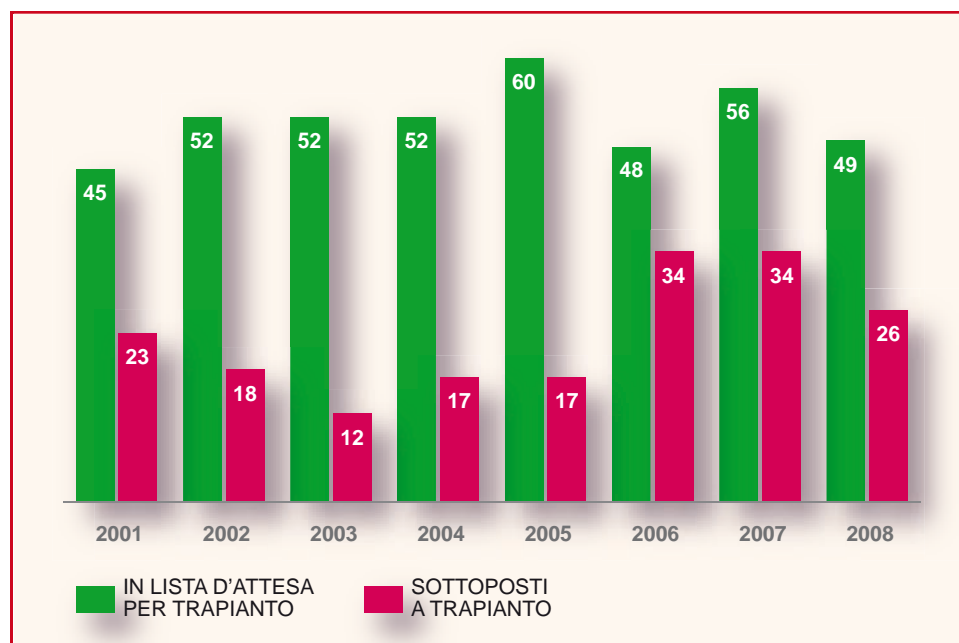
TIPOLOGIA ATTIVITÀ	STRUTTURA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Prelievo multiorgano	TRENTO	2	3	2	3	8	9	19
Prelievo multitessuto	TRENTO						2	3
Donazione di cornee	TRENTO	6	9	8	10	11	13	17
	ROVERETO	10	10	4	3	7	4	10
	BORGO	41	28	18	15	15	4	5
	CAVALESE	13	25	21	22	26	22	17
	TIONE						2	23
Donazione staminali	CAVALESE	102	63	58	42	35	30	42
	ARCO			79	27	56	54	27
	S. CAMILLO			58	31	27	18	20
	ROVERETO					8	69	82
Prelievo di placenta	ARCO				21	34	35	29
	TIONE				10	18	17	16
	CAVALESE				3	10	26	30
Donazione di safene	CLES	3	22	27	12	0	0	0
	BORGO		6	3	5	0	0	0
	ROVERETO				8	2	0	0
	CAVALESE						30	35
	ARCO							42
Donazione di osso	CAVALESE		29	32	32	24	8	12

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

La provincia di Trento mantiene come centro interregionale di riferimento in Italia il *Nord Italia Transplant program* (NITp) e come centro di riferimento estero l'Austria, che aderisce all'*Eurotransplant* permettendo ai residenti in provincia di Trento l'iscrizione alle liste di attesa anche presso il Centro trapianti di Innsbruck.

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

GRAF. 3.15 Residenti trentini in lista d'attesa per trapianto e sottoposti a trapianto – Anni 2001-2008



Ogni anno, d'intesa con l'URP e l'Assessorato competente, è organizzata una "settimana di sensibilizzazione alla donazione" per la popolazione trentina, le scuole e i professionisti, i cui risultati possono essere misurati con la pressoché totale assenza di rifiuto alla donazione osservata presso le nostre strutture.

In generale, si conferma la necessità di aumentare la sensibilizzazione e *formazione del personale* per sviluppare l'attività di prelievo organi e tessuti: l'operatore sanitario spesso omette l'informativa all'utente della possibilità di donare (legge 91/99); a fronte di un buon consenso sociale alla donazione, si registrano ostacoli indotti da residue difficoltà organizzative interne agli ospedali.

Periodicamente sono aggiornate le procedure di raccolta e i protocolli di prelievo dei tessuti. Dal 2006 è assicurato il ritorno informativo delle complessive attività di procurement di organi e tessuti ai dipartimenti ospedalieri: in particolare con il Dipartimento di anestesia e rianimazione per il prelievo multiorgano, il Dipartimento materno-infantile per staminali e placenta, il Dipartimento di chirurgia generale per i vasi e il Dipartimento di ortopedia per l'osso.

Il livello dell'assistenza ospedaliera ha assorbito nel 2009 una spesa di 523.811.000 euro (nel 2008=507.512.000 – nel 2007=497.391.000 – nel 2006=472.188.000 –

nel 2005=455.225.000 – nel 2004=432.250.000 – nel 2003=420.825.000 – nel 2002=439.263.000 – nel 2001=366.393.000).

La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 45,42% (nel 2008=46,51 – nel 2007=47,19 – nel 2006=47,12 – nel 2005=47,50 – nel 2004=47,39 – nel 2003=47,8 – nel 2002=51,8 – nel 2001=51,2).

3.4 Profili di salute per Distretto/Comprensorio: gli indicatori più significativi

A completamento dell'analisi descrittiva dei livelli d'assistenza sanitaria in provincia di Trento si presentano, per l'anno 2009, gli indicatori di salute più significativi.

TAB. 3.47 Profili di salute – Indicatori 2009

ASPETTI DEMOGRAFICI											
Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
► Maschi residenti al 31.12.2009											
9.757	4.907	13.232	26.114	84.803	19.391	7.731	18.537	23.168	44.173	4.789	256.602
► Femmine residenti al 31.12.2009											
10.023	5.141	13.890	26.859	89.892	19.743	7.899	19.013	24.545	46.275	4.944	268.224
► Totale residenti al 31.12.2009											
19.780	10.048	27.122	52.973	174.695	39.134	15.630	37.550	47.713	90.448	9.733	524.826
► Indice di vecchiaia (maschi e femmine)											
123,0	147,8	140,3	108,2	128,6	129,3	136,3	128,5	126,9	128,8	96,6	126,0
► Stranieri residenti (maschi e femmine)											
1.186	371	1.800	3.938	17.465	3.755	1.071	2.911	4.475	8.575	497	46.044
► % stranieri residenti/Popolazione residente											
6,0	3,7	6,6	7,4	10,0	9,6	6,9	7,8	9,4	9,5	5,1	8,8

MORTALITÀ											
Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
► Tasso grezzo di mortalità/10.000 per tutte le cause - Maschi											
74,2	115,8	96,2	79,1	81,7	81,1	106,3	93,9	89,5	84,8	75,5	85,2
► Tasso standardizzato di mortalità/10.000 per tutte le cause - Maschi											
75,9	116,0	95,1	88,9	81,9	74,6	108,4	90,6	87,2	83,6	92,1	85,2
► Tasso grezzo di mortalità/10.000 per tutte le cause - Femmine											
94,3	108,8	106,7	82,6	84,3	85,9	102,7	98,7	81,2	83,7	61,0	87,0
► Tasso standardizzato di mortalità/10.000 per tutte le cause - Femmine											
94,6	92,3	94,2	87,8	85,0	80,1	98,4	92,6	86,3	85,2	99,7	87,0

LA SALUTE MATERNO-INFANTILE

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
► Proporzioni madri con 0-3 visite ostetriche in gravidanza											
2,8	5,6	9,5	5,9	8,1	25,7	36,2	6,3	8,1	6,6	0	9,5
► Proporzioni madri con meno di 3 controlli ecografici in gravidanza											
2,2	6,9	4,1	5,1	5,7	5,4	3,4	3,0	3,3	2,5	1,2	4,6
► Tasso di abortività spontanea/1.000 donne in età fertile											
7,0	1,3	6,2	6,2	7,1	6,4	5,7	4,8	7,3	6,5	4,7	6,5
► Tasso di abortività volontaria corretto per mobilità/1.000 donne in età fertile											
5,3	8,0	7,2	5,7	7,4	4,2	5,4	6,4	6,1	6,8	3,0	6,5
► Tasso di incidenza/100.000 del diabete mellito insulinoindipendente 0-14											
14,1	22,1	0,0	19,8	6,5	22,1	14,5	29,4	23,4	17,5	14,1	15,3
► Tasso di incidenza/100.000 del diabete mellito insulinoindipendente 0-29											
10,9	32,0	8,2	14,3	8,3	16,1	7,0	22,7	11,9	10,0	10,9	11,7
► Copertura screening ortottico 4 anni - Anno 2007-08											
84,5	82,7	93,9	91,3	8,2	92,3	94,8	93,4	86,9	85,5	77,1	89,1
► Prevalenza/100 patologia visiva accertata a 4 anni - Anno 2007-08											
0,0	1,2	10,7	2,3	5,0	7,2	13,9	6,6	2,4	1,6	0,0	4,4
► Incidenza/100 dei nuovi casi di ambliopia a 4 anni - Anno 2007-08											
0,0	0,0	0,4	0,8	1,6	6,8	12,4	1,9	2,9	0,1	0,0	1,8
► Copertura screening odontoiatrico a 7 anni - Anno 2009-10											
82,7	91,9	88,3	87,9	87,3	90,5	91,4	90,4	81,8	86,7	87,2	87,4
► % esenti nuove carie a 7 anni - Anno 2009-10											
74,0	70,0	56,8	54,5	72,9	65,1	75,5	73,5	59,0	63,9	86,9	67,3

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
► Numero medio di prestazioni specialistiche ambulatoriali/residente (intra e fuori provincia)											
20,4	25,4	25,4	17,9	15	20,4	20,4	19,3	24,4	19,3	20,4	18,8
► Numero medio di accessi/abitante per prestazioni specialistiche ambulatoriali											
4,4	5,7	5,7	4	3,2	4,3	4,3	3,9	4,6	4,2	4,4	4,1
► Proporzioni prestazioni specialistiche in mobilità passiva sul totale prestazioni specialistiche											
4,7	6,2	6,2	1,9	3	3,6	3,6	3,4	2,2	2,3	4,7	3,0

ASSISTENZA TERRITORIALE

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

► Numero medio assistiti in carico ai MMGG

1.185	1.276	1.206	1.104	1.098	1.196	1.117	1.217	1.164	1.127	1.050	1.135
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

► Numero medio assistiti in carico ai PLS

918	669	853	792	835	971	642	749	888	808	745	824
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Totale utenti assistiti nell'anno in A.D Programmata dei MMGG

164	26	273	475	1.376	547	116	444	496	794	19	4.730
-----	----	-----	-----	-------	-----	-----	-----	-----	-----	----	--------------

► Numero medio assistiti in ADP per MMG

11,7	3,7	14,4	12,2	9,9	19,5	9,7	17,1	14,2	11,5	2,4	11,9
------	-----	------	------	-----	------	-----	------	------	------	-----	-------------

► Totale utenti assistiti nell'anno in A.DI dei MMGG

43	11	116	202	476	93	20	45	76	150	30	1292
----	----	-----	-----	-----	----	----	----	----	-----	----	-------------

► Numero medio assistiti in ADI per MMGG

3,1	5,9	6,1	5,2	3,4	3,3	1,7	1,7	2,2	2,2	3,8	3,3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Totale utenti assistiti nell'anno in ADI-CP dei MMGG-Servizi di cure palliative

12	33	39	66	376	18	18	40	35	165	7	809
----	----	----	----	-----	----	----	----	----	-----	---	------------

► Numero medio assistiti in ADP-CP per MMGG

0,4	4,7	2,1	1,7	2,7	0,6	1,5	1,5	1,0	2,4	0,9	2,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Rapporto tra N. Utenti in assistenza Programmata/N. utenti in assistenza Integrata

3,8	2,4	2,4	2,4	2,9	5,9	5,8	9,9	6,5	5,3	0,6	3,7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Tasso complessivo di assistenza domiciliare/1.000 residenti

24,7	40,5	54,9	39,6	31,8	43,4	32,0	53,6	41,8	25,1	23,1	35,7
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Tasso complessivo di assistenza domiciliare nei 65enni e oltre/1.000 residenti di 65 anni e oltre

112,5	163,3	224,5	188,0	143,9	194,7	133,2	226,6	187,6	114,0	116,7	158,9
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

► Tasso complessivo di assistenza domiciliare nei 75 enni e oltre/1.000 residenti di 75 anni e oltre

203,1	260,1	346,0	310,7	249,6	304,9	214,4	366,4	320,5	198,7	214,9	268,4
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

► % utenti deceduti a domicilio/totale deceduti tra gli utenti assistiti a domicilio (tutti i piani)

67,0	53,0	46,0	62	53,0	78,0	86,0	65,0	53,0	53,0	74,0	58,0
------	------	------	----	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Copertura dei corsi di accompagnamento alla nascita nelle primipare residenti

64,5	12,5	61,3	69,4	64,2	61,5	67,8	63,6	50,0	65,1	76,3	62,8
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Prevalenza/1.000 residenti degli utenti residenti in carico all'U.O. di Psicologia Territoriale

7,0	4,6	7,5	6,2	7,3	5,3	3,5	1,8	6,9	8,3	3,0	6,7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE TERRITORIALI

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

► N.Farmacie/10.000 abitanti

2,0	4,0	3,0	2,5	2,6	2,3	3,8	3,2	2,5	2,5	4,1	2,7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Ricette pro capite

7,2	7,7	8,4	7,8	7,9	7,4	7,9	7,6	8,4	8,0	7,1	7,8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► DDD/1.000/die per tutti i farmaci

724	795	924	731	770	775	813	771	844	851	622	807
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Spesa pro capite (Euro)

164	186	205	186	181	156	173	176	207	190	170	184
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

VACCINAZIONI - Coperture 24 mesi (coorte 2007)

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

► Antipolio

96,9	94,7	96,4	96,3	95,6	98,9	97,0	97,5	98,0	94,8	92,6	96,1
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Epatite B

96,4	93,4	96,4	95,1	95,0	98,6	97,0	97,0	98,0	94,6	92,6	95,7
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Anti Hib

95,4	94,7	96,1	95,4	95,4	98,6	97,0	97,0	98,0	94,6	91,7	95,8
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Difterite

96,9	94,7	96,8	95,6	95,4	98,9	97,0	97,5	98,0	95,0	92,6	96,0
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Tetano

96,9	97,4	97,1	96,3	95,8	98,9	97,0	97,8	98,0	95,0	92,6	96,3
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Pertosse

95,4	94,7	96,1	95,4	95,4	98,6	97,0	97,0	98,0	94,6	91,7	95,8
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Morbillo

88,1	80,3	93,2	86,0	86,9	90,8	88,2	91,4	92,9	89,8	85,2	88,7
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Parotite

88,1	80,3	93,2	86,0	86,9	90,8	88,2	91,4	92,5	89,7	85,2	88,5
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Rosolia

88,1	80,3	93,2	86,0	86,9	90,8	88,2	91,4	92,5	89,7	85,2	88,5
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► % Copertura antiinfluenzale 65 +

70,4	61,7	60,3	61,9	67,6	68,4	68,5	66,0	69,1	68,3	60,9	66,8
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

MALATTIE INFETTIVE morbosità/100.000

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

► TBC

—	9,9	—	—	12,1	—	—	—	10,5	38,9	—	11,9
---	-----	---	---	------	---	---	---	------	------	---	------

► Malaria

—	—	—	—	0,6	—	—	—	—	2,2	—	0,6
---	---	---	---	-----	---	---	---	---	-----	---	-----

► Salmonellosi

10,16	—	25,8	9,5	21,9	10,2	—	13,3	10,5	10	10,3	14,6
-------	---	------	-----	------	------	---	------	------	----	------	------

► Diarrea infettiva

—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

► Pertosse

—	—	—	11,4	2,9	2,6	6,4	32	—	2,2	—	5,2
---	---	---	------	-----	-----	-----	----	---	-----	---	-----

► Scarlattina

5,08	129,1	—	19	53,5	43,5	32,1	58,7	65,4	28,9	10,3	41,9
------	-------	---	----	------	------	------	------	------	------	------	------

► Meningite virale

—	—	—	—	1,2	2,6	—	—	—	1,1	—	0,8
---	---	---	---	-----	-----	---	---	---	-----	---	-----

► Meningite meningococcica

—	—	—	—	1,2	—	—	—	—	—	—	0,4
---	---	---	---	-----	---	---	---	---	---	---	-----

► Varicella

60,98	89,4	180,9	161,8	247,4	140,9	166,7	248,2	65,4	251,2	692	—
-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-----	---

► Morbillo

—	—	—	—	5,8	—	—	2,7	—	2,2	10,3	2,7
---	---	---	---	-----	---	---	-----	---	-----	------	-----

► Rosolia

—	—	—	—	0,6	—	—	—	—	—	10,3	0,4
---	---	---	---	-----	---	---	---	---	---	------	-----

► Parotite epidemica

10,16	9,9	—	—	0,6	—	—	—	—	1,1	—	1
-------	-----	---	---	-----	---	---	---	---	-----	---	---

► Epatite A

—	—	—	—	5,8	5,1	—	—	—	2,2	—	2,7
---	---	---	---	-----	-----	---	---	---	-----	---	-----

► Epatite B

—	—	—	—	1,7	—	—	—	2,1	1,1	—	1
---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	-----	---	---

► Epatite C

—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

► Legionellosi

5,08	—	7,4	—	12,1	7,7	—	8	8,4	10	—	8,2
------	---	-----	---	------	-----	---	---	-----	----	---	-----

continua >>

MALATTIE INFETTIVE morbosità/100.000

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
► Blenoraggia											
—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	1,3
► Sifilide											
—	—	—	—	10,4	—	—	—	—	—	—	3,4
► Totale malattie infettive - classe II											
91,5	238,4	214,2	201,7	381,49	212,6	205,1	363	162,5	351,2	733,4	303,3

ASSISTENZA ANZIANO

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
► N. sedi di RSA											
3	2	6	3	14	3	2	7	5	10	3	55
► N. p. letto in RSA negoziati APSS al 31/12/2009											
193	124	329	379	1162	202	142	501	358	902	194	4.293
► Tasso di erogazione indennità di accompagnamento ogni 1000 soggetti di età 65 anni e oltre											
71,1	81,2	108,0	95,0	86,8	85,5	74,3	92,1	107,8	94,2	66,5	90,8
► Tasso di richiesta attivazione UVM/1.000 soggetti di età 65 anni e oltre											
34,6	63,6	45,4	47,8	47,3	14,8	31,4	47,5	36,1	32,4	34,6	40,3
► Tasso di ingresso in casa di riposo/Rsa negli ultra 65enni/1.000 persone con 65 anni e più											
15,9	16,2	24,1	16,7	18,8	11,2	19,5	33,2	15,3	18,4	15,9	18,8
► Tasso grezzo di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - maschi											
367,4	555,6	482,2	426,2	425,9	408,0	494,2	473,2	453,9	435,7	447,5	438,2
► Tasso standardizzato di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - maschi											
378,5	606,2	483,4	447,6	423,6	387,0	532,4	456,9	450,8	440,7	480,5	438,2
► Tasso grezzo di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - femmine											
386,3	410,4	419,2	361,8	345,5	342,0	404,1	379,2	327,0	337,3	302,0	354,4
► Tasso standardizzato di mortalità/10.000 nei soggetti di 65 anni e oltre - femmine											
387,2	387,7	403,7	356,5	346,3	325,9	395,5	367,6	343,2	348,1	420,2	354,4

PREVALENZA/1.000 CONDIZIONI PATOLOGICHE CRONICHE SELEZIONATE (Esenzioni Ticket)

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

► Ipertensione arteriosa

54,2	52,2	116,3	72,0	54,7	38,7	63,5	48,6	49,3	60,1	43,6	58,4
------	------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Ipertensione arteriosa con danno

18,8	19,8	23,2	20,2	20,8	12,2	19,6	13,3	28,9	18,3	9,9	19,6
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	-------------

► Patologie neoplastiche maligne

31,2	33,8	35,1	35,6	42,2	28,0	34,1	35,9	44,4	39,9	26,7	38,4
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Afezioni sistema circolatorio

22,6	31,5	37,1	35,3	37,3	21,6	19,6	25,2	43,8	20,6	21,0	31,2
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Diabete mellito

34,3	23,8	31,7	25,3	29,2	25,0	24,3	28,2	33,2	28,5	23,9	28,6
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

► Asma

6,6	5,2	6,0	6,4	6,8	4,7	3,6	6,3	10,8	9,7	4,8	7,2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----	------------

► Insufficienza renale cronica

2,2	3,3	2,2	2,6	3,4	2,3	2,1	2,4	3,0	2,3	2,0	2,8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Psicosi

2,8	1,1	1,5	2,4	2,1	4,5	5,2	4,1	5,0	2,4	3,0	2,9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Artrite Reumatoide

3,9	1,8	2,8	2,8	3,1	2,8	1,7	1,9	2,4	2,3	4,1	2,7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Epilessia

2,2	3,5	2,8	2,5	3,2	2,0	2,2	2,9	2,6	2,7	2,6	2,8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

SALUTE MENTALE

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

► Prevalenza utenti 0-18 in carico ai servizi di Neuropsichiatria infantile /1.000 residenti di età 0-18 anni

49,2	65,4	33,3	41,6	32,9	34,3	27	52,2	52,1	43,4	41,5	41,6
------	------	------	------	------	------	----	------	------	------	------	-------------

► Tasso grezzo di ospedalizzazione in SPDC/1.000

2,5	2,8	2,3	1,8	1,6	1,0	1,7	0,9	2,2	2,0	0,2	1,7
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

► Tasso grezzo di ospedalizzazione per patologie psichiatriche/1.000

3,9	2,5	2,7	2,7	2,9	2,7	3,2	2,1	3,6	3,3	1,8	2,9
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

TOSSICODIPENDENZA

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

▶ **Afferenza al Ser.T per Comprensorio**

14,9	37,2	24,5	34,4	60,6	27,4	22,5	23,1	62,4	42,7	10,7	43,8
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

HANDICAP-DISABILITÀ

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

▶ **Tasso standardizzato per età/10.000 dei soggetti con handicap - tutte le età**

6,5	5,7	11,1	13,5	14,5	9,8	8,6	9,6	11,7	14,5	4,3	12,4
-----	-----	------	------	------	-----	-----	-----	------	------	-----	-------------

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

▶ **Tasso grezzo compless. (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizz./1.000 al netto del drg 391 - ricoveri ordinari**

111,9	108,9	126,9	113,5	115,9	142,9	131,1	119,0	120,3	128,8	114,9	121,2
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

▶ **Tasso standardizz. compless. (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizz./1.000 al netto del drg 391 - ricoveri ordinari**

111,4	104,3	121,7	115,2	113,5	137,8	128,5	115,1	118,3	124,5	121,2	118,7
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

▶ **Tasso grezzo compless. (in provincia +mobilità passiva) di ospedalizz./1.000 al netto del drg 391 - ricoveri in day hospital**

66,4	34,3	58,2	59,1	61,2	64,9	56,8	53,0	59,8	59,2	59,9	59,6
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

▶ **Tasso standardizz. compless. (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizz./1.000 al netto del drg 391 - ricoveri in day hospital**

66,0	33,5	56,8	59,7	60,7	63,8	55,7	51,9	59,4	58,3	62,1	59,0
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

▶ **Tasso grezzo compless. (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizz./1.000 al netto del drg 391 - tutti i ricoveri**

178,3	143,2	185,1	172,6	177,1	207,8	187,9	180,0	177,9	186,4	173,0	179,3
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

▶ **Tasso standardizz. compless. (in provincia+mobilità passiva) di ospedalizz./1.000 al netto del drg 391 - tutti i ricoveri**

177,4	137,8	178,5	174,9	174,2	201,6	184,2	167,0	177,6	182,8	183,2	177,7
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

▶ **Tasso di ospedalizzazione complessivo, compresa la mobilità passiva, escluso DRG 391 per età 0-4 anni/1.000**

115,2	82,9	119,7	138,6	141,5	181,6	148,8	117,7	116,4	131,8	141,3	135,4
-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

▶ **Tasso di ospedalizzazione complessivo, compresa la mobilità passiva, per età 75 anni e oltre /1.000**

471,3	342,6	475,7	493,6	502,3	572,6	423,7	479,5	478,7	531,0	468,5	499,2
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------

▶ **Proporzione ricoveri in mobilità passiva - al netto DRG 391**

20,2	79,7	14,1	10,6	12,4	14,7	15,0	16,2	16,2	14,8	33,5	15,3
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

▶ **Tasso di ospedalizzazione in età 0-14 anni per DRG 59-60 (Adenectomia-Tonsillectomia)/1.000**

0,3	0,0	1,8	5,4	5,8	4,5	3,1	5,2	8,1	4,7	1,2	5,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------

continua >>

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

▶ **Tasso grezzo di ospedalizzazione/1.000 per DRG 119 - Stripping di vene**

2,5	0,5	2,8	2,3	2,1	2,6	2,4	1,8	2,4	1,5	1,8	2,1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

▶ **Tasso grezzo di ospedalizzazione/1.000 per DRG 127- Scenpenso cardiaco**

1,7	0,5	4,7	3,0	3,1	4,5	3,2	2,9	3,8	4,0	1,8	3,4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

▶ **Tasso grezzo di ospedalizzazione/1.000 per DRG 161-162 - Erniectomia inguinale/femorale >17 a.**

2,3	1,3	1,8	2,4	2,1	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	1,4	2,2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

▶ **Tasso grezzo di ospedalizzazione/1.000 per DRG 164-167 - Appendicectomia**

1,1	0,1	1,0	1,3	1,1	1,5	1,1	1,0	0,8	1,5	1,3	1,2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

▶ **Tasso grezzo di ospedalizzazione /1.000 per DRG 195-198, 493-494 - Colecistectomia**

1,0	0,5	1,6	1,2	1,7	1,5	1,3	1,2	1,6	1,8	1,3	1,5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

SERVIZI EMERGENZA-URGENZA

Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle dell'Adige	Valle di Non	Valle di Sole	Giudicarie e Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa	PROVINCIA
--------	----------	-----------------	----------------	------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------------	-------------	-------	-----------

▶ **Afferenza al servizio di continuità assistenziale/1000**

213,1	374,7	174,8	211,9	147,0	164,6	231,4	170,0	201,5	239,1	531,1	195,3
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

▶ **Afferenza ai punti di Pronto Soccorso/1.000**

302,0	278,0	278,0	352,0	396,2	345,9	345,9	269,6	366,5	362,5	302,0	355,2
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

3.5 La mobilità sanitaria interregionale (attiva e passiva)

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

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

I fattori determinanti della mobilità sanitaria interregionale sono molteplici e coinvolgono aspetti riguardanti sia il versante della domanda che quello dell'offerta delle prestazioni sanitarie. Particolare rilevanza assumono:

- ▶ le *scelte di politica sanitaria* effettuate dalle singole regioni e province autonome in merito alla tipologia e al grado di specificità delle prestazioni sanitarie erogate, anche in considerazione del bacino di utenza ottimale necessario per garantire idonei standard qualitativi;
- ▶ le *scelte individuali* – in diversa misura dirette o derivate – dei cittadini che possono decidere, per i più svariati motivi, di rivolgersi a una qualsiasi struttura sanitaria regionale o extraregionale.

Nell'ambito del servizio sanitario provinciale, la mobilità sanitaria continua a essere attentamente monitorata, posto che dal 1995 si è sempre registrato un saldo della mobilità sanitaria negativo come descritto dalla Tabella 3.48 e nel Grafico 3.16.

L'attività di controllo degli addebiti e di contestazione effettuata nei confronti delle altre regioni, nonché di chiusura degli accordi bilaterali dal 1995 al 2008, è stata particolarmente costruttiva nel ridurre la nostra mobilità passiva, a fronte invece di una mobilità attiva sostanzialmente confermata negli importi iniziali, permettendo quindi di "abbattere" il saldo negativo e di recuperare la somma complessiva di euro 14.478.847.

Dall'analisi dei flussi di mobilità sanitaria dell'anno 2009, distinti per regione, emerge che la Provincia autonoma di Trento – come riportato nella Tabella 3.49 – è debitrice principalmente nei confronti del Veneto (-14.755.000), della Provincia di Bolzano (-7.465.000) e dell'Emilia Romagna (-1.415.000).

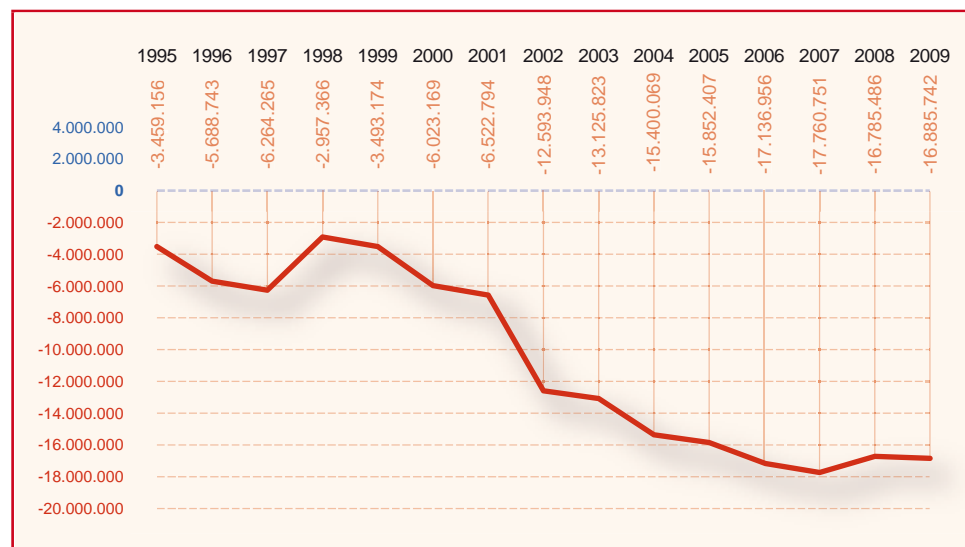
Si registra, rispetto all'anno 2008, un miglioramento nel saldo della mobilità nei confronti della Provincia autonoma di Bolzano e del Veneto e un peggioramento del saldo nei confronti dell'Emilia Romagna.

TAB. 3.48 Mobilità sanitaria interregionale: saldi – Anni 1995-2009

Anno	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Saldo iniziale	Saldo a seguito degli accordi (*)	Variazione a seguito accordi
1995	33.226.182	29.767.026	-3.459.156	-1.788.490	1.670.666
1996	36.495.962	30.807.219	-5.688.743	-5.163.020	525.723
1997	39.291.949	33.027.684	-6.264.265	-5.422.464	841.801
1998	38.247.182	35.289.816	-2.957.366	-1.599.999	1.357.367
1999	39.528.250	36.035.076	-3.493.174	-2.472.744	1.020.430
2000	44.797.120	38.773.951	-6.023.169	-4.902.460	1.120.709
2001	47.669.523	41.146.729	-6.522.794	-5.279.081	1.243.713
2002	54.076.630	41.482.682	-12.593.948	-11.600.206	993.742
2003	55.817.076	42.691.253	-13.125.823	-12.290.253	835.570
2004	57.855.199	42.455.130	-15.400.069	-14.798.520	601.549
2005	60.799.850	44.947.443	-15.852.407	-15.094.430	757.977
2006	61.024.402	43.887.446	-17.136.956	-15.982.367	1.154.589
2007	62.876.703	45.115.952	-17.760.751	-16.491.316	1.269.435
2008	45.345.784	62.131.270	-16.785.486	-15.699.910	1.085.576
2009	45.370.687	62.256.429	-16.885.742		
Totale	722.422.499	629.815.106	-159.949.849	-128.585.260	14.478.847

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

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

GRAF. 3.16 Mobilità sanitaria interregionale: saldi iniziali – Anni 1995-2009 (importi in euro)

TAB. 3.49 Mobilità sanitaria per regione – Anno 2009 (importi in migliaia di euro)

REGIONE	Mobilità aassiva (MA)	Mobilità passiva (MP)	Variazione 2009 (MA-MP)	Variazione 2008
Piemonte	490	562	-72	52
Valle d'Aosta	32	21	11	4
Lombardia	12.306	10.282	2.024	1.989
P. A. di Bolzano	5.479	12.944	-7.465	-7.808
Veneto	16.137	30.892	-14.755	-15.061
Friuli Venezia Giulia	560	477	83	56
Liguria	647	322	325	347
Emilia Romagna	2.765	4.180	-1.415	-882
Toscana	931	759	172	111
Umbria	149	57	92	119
Marche	525	113	412	334
Lazio	1.412	556	856	1.059
Abruzzo	331	72	259	136
Molise	52	41	11	21
Campania	741	365	376	480
Puglia	801	138	663	624
Basilicata	112	17	95	77
Calabria	482	67	415	501
Sicilia	1.040	295	745	819
Sardegna	379	96	283	237
Totale	45.371	62.256	-16.885	-16.785

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Per una comprensione delle modalità di compensazione va segnalato che il Coordinamento degli assessori alla sanità ha concordato, in data 2 marzo 2005, di inserire nelle procedure di compensazione della mobilità sanitaria anche le prestazioni erogate a favore dei degenti psichiatrici (ex residui manicomiali). In particolare, nella successiva riunione del 26 aprile 2006, detto Coordinamento, ferma restando l'esclusione dagli addebiti dovuti per la quota capitaria per assistito, ha concordato che gli addebiti per i residui manicomiali son da conteggiare partendo dal 1997.

Nell'ambito del Servizio sanitario provinciale, l'ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana ha fornito prestazioni sanitarie per degenti psichiatrici anche a soggetti non residenti al momento del ricovero che alla chiusura del predetto ospedale (1 novembre 2002) sono stati ospitati presso strutture residenziali psichiatriche.

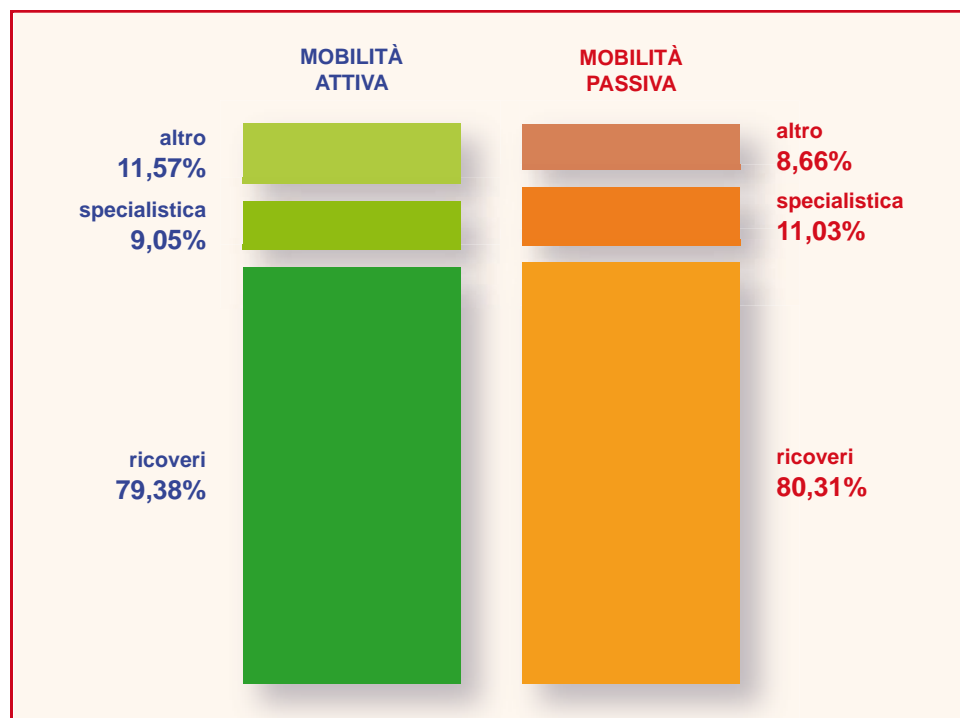
Dai dati disponibili, *il credito complessivo per il periodo 1997-2009* nei confronti delle altre Regioni *ammonta a 19.625.873,06 euro* a fronte di un *debito pari a 284.281 euro*. Va precisato che le attività di chiusura degli accordi bilaterali per tali addebiti sono ancora in corso.

TAB. 3.50 Mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni – Anno 2009 (importi in migliaia di euro)

Tipologia di prestazione	Mobilità attiva (MA)	Mobilità passiva (MP)	Variazione 2009 (MA-MP)	Variazione 2008
Ricoveri	36.014	49.998	-13.984	-12.739
Medicina di base	171	174	-3	2
Specialistica	4.108	6.867	-2.759	-3.156
Farmaceutica	987	718	269	321
Termale	2.019	845	1.174	889
Somministrazione farmaci	448	3.212	-2.764	-3.067
Trasporti	1.624	442	1.182	965
Totale	45.371	62.256	-16.885	-16.785

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.17 Mobilità sanitaria attiva e passiva: composizione – Anno 2009



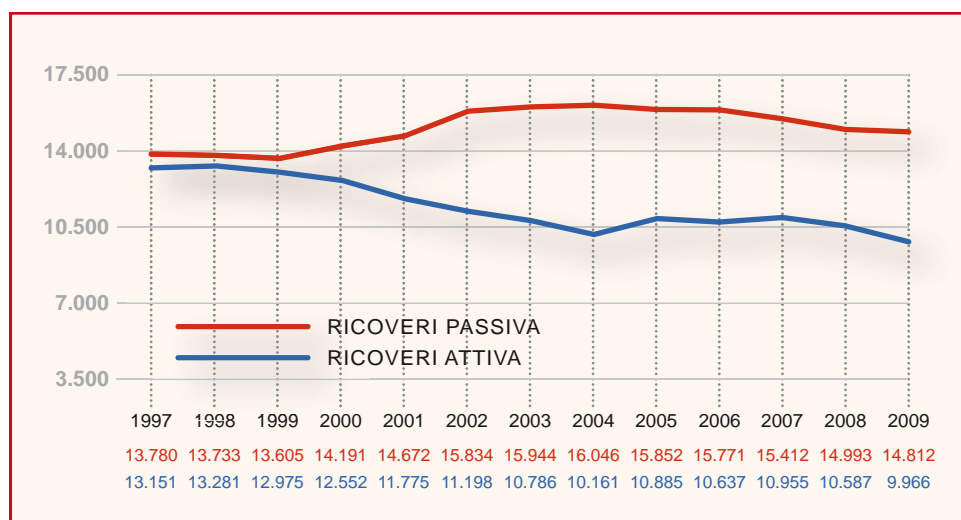
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.51 Mobilità sanitaria ospedaliera: ricoveri e fatturato – Anni 2008 e 2009

MOBILITÀ SANITARIA		2008	2009	Variazione	Variazione %
Passiva	n. ricoveri	14.993	14.812	-181	-1,21%
	fatturato	49.767.844,74	49.997.899,11	230.054	0,46%
Attiva	n. ricoveri	10.587	9.966	-621	-5,87%
	fatturato	37.028.736,51	36.013.549,65	-1.015.186,86	-2,74%
Saldo	n. ricoveri	-4.406	-4.846	-440	-8,35%
	fatturato	-12.739.108,23	-13.984.349,46	-1.245.241,23	9,77%

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

GRAF. 3.18 Mobilità sanitaria ospedaliera: ricoveri – Anni 1997-2009



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Dall'analisi della mobilità sanitaria per tipologia di prestazione, emerge – come negli ultimi anni – che *i principali punti critici del sistema sanitario provinciale rimangono l'assistenza ospedaliera e l'assistenza specialistica*, nonché la somministrazione diretta di farmaci; sono invece *costantemente positivi i saldi dei flussi relativi alla medicina generale, alla farmaceutica, alle cure termali e ai trasporti*. È importante sottolineare che, in termini finanziari, quasi la totalità degli addebiti riguarda – come evidenziato nel Grafico 3.17 – prestazioni di assistenza ospedaliera (che costituisce il 79,38% della mobilità attiva e 80,31% della mobilità passiva).

In termini di *fatturato* (Tabella 3.51 e Grafico 3.18) si è verificata nel corso del 2009 e rispetto all'anno precedente una diminuzione della mobilità attiva per circa 1 milione di euro (-2,74%) e un leggero aumento della mobilità passiva per 0,23 milioni di euro (+0,46%). In termini di *numero di ricoveri* si rileva una diminuzione sia nella mobilità passiva (-181) che attiva (-621).

TAB. 3.52 Mobilità sanitaria ospedaliera passiva, per regione di destinazione e per provenienza dei ricoverati - Anno 2009 e confronto 2008

REGIONE CREDITRICE	Distretto di provenienza dei ricoverati												Totale 2009	Anno 2008	% variazione	Variazione assoluta	
	Alta Valsugana	Alto Garda	Bassa Valsugana	Cembra	Fassa	Fiemme	Giudicarie	Piana Rotaliana	Primiero	Trento e Valle Laghi	Vallagarina	Valle di Non					Valle di Sole
Piemonte	6	4	4	5	2	2	11	1	3	47	19	6	6	116	104	11,54	12
Valle D'Aosta										1	1	2		4	4	0,00	0
Lombardia	112	163	56	43	48	63	516	60	20	445	308	131	137	2.102	2.239	-6,12	-137
Bolzano	206	96	86	33	382	449	72	265	17	584	241	614	108	3.153	3.181	-0,88	-28
Veneto	527	975	486	57	69	125	353	200	1133	1461	1701	339	119	7.545	7.536	0,12	9
Friuli V. Giulia	16	6	3	1	4	1	3	2	11	58	7	5	5	122	146	-16,44	-24
Liguria	17	12	4		4	4	11	2	3	31	12	7	2	109	111	-1,80	-2
Emilia Romagna	61	71	40	14	47	33	59	28	10	274	144	70	40	891	931	-4,30	-40
Toscana	16	36	7	3	4	6	11	5	80	21	13	9	9	211	178	18,54	33
Umbria		1						1	10	5			2	19	17	11,76	2
Marche	8				1	1	4	1	1	8	3	1	1	28	33	-15,15	-5
Lazio	7	4	15		2	12	11	2	1	48	17	7	5	131	144	-9,03	-13
Osp. B. Gesù	1		6		1		1	1	1	2				12	7	71,43	5
Abruzzo	6		6		1	1	1	2	10	2	1	1	1	31	37	-16,22	-6
Molise						1	1		3					5	7	-28,57	-2
Campania	7	5	20		5	9	3	2	1	50	16	3	4	125	107	16,82	18
Puglia	2	6	2		1	3		6	28	8	1	3		60	57	5,26	3
Basilicata	1								2				2	5	7	-28,57	-2
Calabria	1	2	2	1	3	2	1	8	3	2	1	2	1	26	23	13,04	3
Sicilia	3	4	1		3	1	3	1	25	32	1	3	3	77	76	1,32	1
Sardegna	2	2			2	1	2	1	3	12	13	2		40	48	-16,67	-8
Totale 2009	998	1.388	738	157	579	714	1.060	582	1.204	3.187	2.553	1.204	448	14.812	14.993	-1,21	-181
Anno 2008	1.010	1.366	786	150	558	791	1.173	664	1.252	3.113	2.417	1.228	485	14.993			
% Variazione	-1,19	1,61	-6,11	4,67	3,76	-9,73	-9,63	12,35	-3,83	2,38	5,63	-1,95	-7,63				

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Riguardo al fenomeno dell'attività ospedaliera in mobilità, particolarmente significativa risulta – con riferimento al *flusso della mobilità sanitaria passiva* – l'analisi per destinazione (regione in cui si reca il paziente) e per provenienza (distretto da cui proviene il paziente) dei ricoverati: la Tabella 3.52 rappresenta dettagliatamente questo fenomeno. Nel corso dell'anno 2009 si è verificato complessivamente un lieve decremento del numero di ricoveri eseguiti in strutture extraprovinciali (-181 ricoveri, pari a -1,21%). In termini assoluti si registra un generale decremento dei ricoveri in tutte le regioni, soprattutto in Lombardia (-137), in Emilia Romagna (-40) e in Provincia autonoma di Bolzano (-28), a fronte di un trascurabile incremento che si rileva nella Regione Toscana (+33 in linea anche con l'anno 2008). Confrontando poi i dati di mobilità passiva ospedaliera 2008-2009 per distretto di provenienza si osserva una *diminuzione della "fuga" dei pazienti trentini nella quasi totalità dei distretti*. L'analisi evidenzia la presenza di *particolari flussi connessi alla situazione orografica del Trentino*. Come illustrato nel Grafico 3.19, emerge che: *in Veneto* si recano principalmente gli assistiti residenti nei distretti Vallagarina (il 22,54% dei ricoveri addebitati dalla Regione) e Primiero – la cui popolazione è tradizionalmente orientata verso il presidio ospedaliero di Feltre – (il 15,02% dei ricoveri addebitati dalla Regione); *in Lombardia* si dirigono invece i residenti nel Distretto delle Giudicarie (il 24,55% dei ricoveri addebitati dalla Regione); *in Provincia di Bolzano* si rivolgono gli assistiti nel Distretto Valle di Non (il 19,47% dei ricoveri addebitati dalla Provincia autonoma).

Confrontando i dati 2009 e 2008 emerge una sostanziale invarianza della *degenza media* (6,8 gg.) che deriva dalla conferma delle percentuali di incidenza dei ricoveri eseguiti in day hospital (circa il 29%) rispetto al numero complessivo di ricoveri (Tabella 3.53).

In continuità con quanto registrato negli ultimi anni con riferimento alla *tipologia dei ricoveri* (Tabella 3.54), quelli eseguiti in mobilità passiva riguardano principalmente la categoria di diagnosi (MDC 8) relativa a *Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo* (il 24,71% in termini numerici). In termini complessivi, rispetto al 2008, la mobilità passiva è rimasta sostanzialmente invariata. Si rileva un miglioramento nel numero di ricoveri (diminuiti di 181) e un leggero peggioramento nel fatturato (230.054,37 euro).

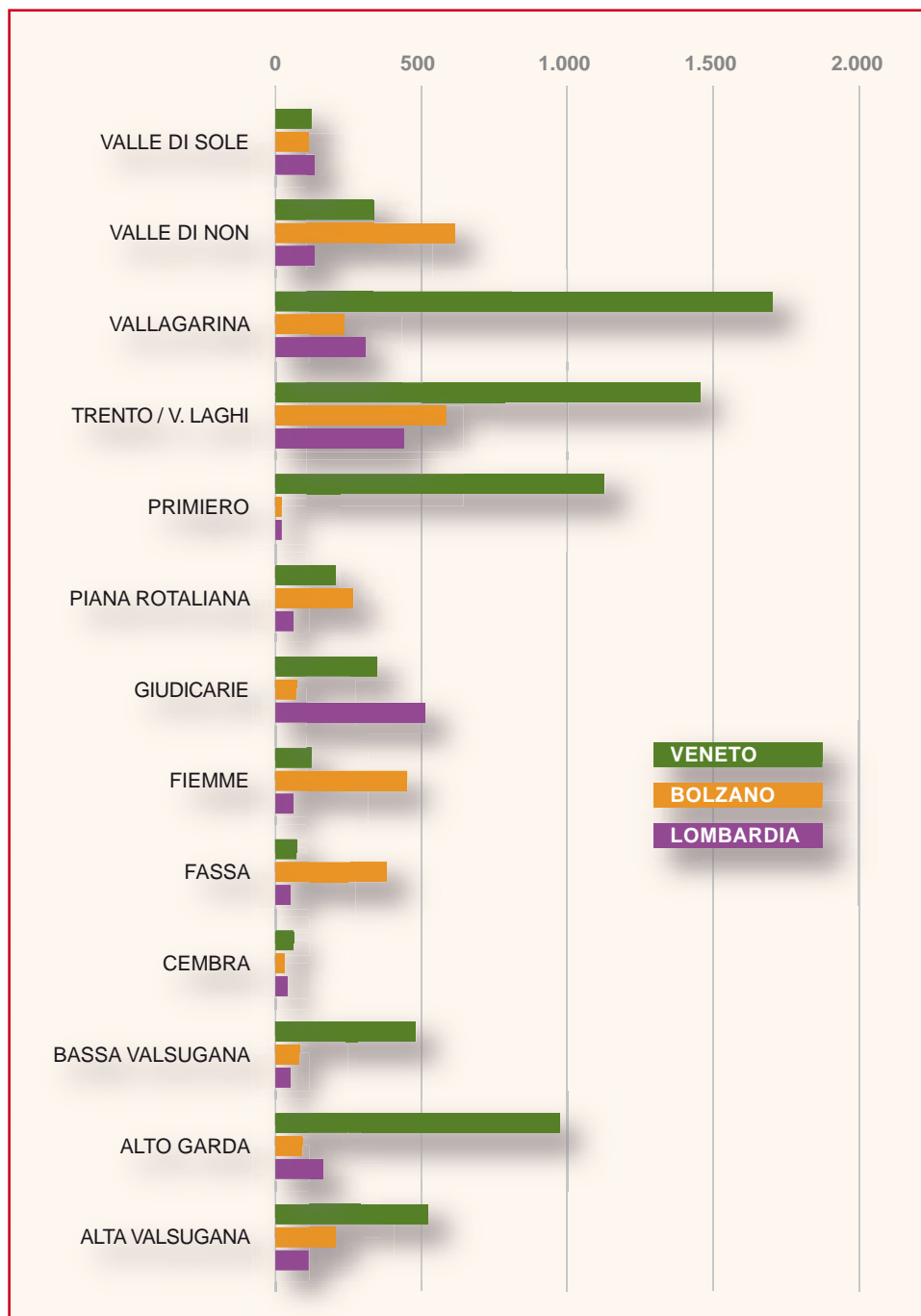
Per quanto riguarda la *suddivisione della mobilità passiva ospedaliera – fra acuti, riabilitazione e lungodegenza* – si rileva che *i ricoveri eseguiti fuori provincia riguar-*

TAB. 3.53 Mobilità sanitaria ospedaliera passiva: ricoveri, giornate di degenza e costo – Anno 2009

Regime	Ricoveri	Giornate degenza	Fatturato	Composizione ricoveri %	Degenza media	Costo medio
ordinario	10.448	90.697	43.334.653,93	70,54	8,68	4.147,65
day hospital	4.364	10.098	6.663.245,18	29,46	2,31	1.526,87
totale	14.812	100.795	49.997.899,11	100,00	6,80	3.375,50

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

GRAF. 3.19 Mobilità sanitaria ospedaliera passiva, per regione di destinazione e per distretto di provenienza dei ricoverati – Anno 2009



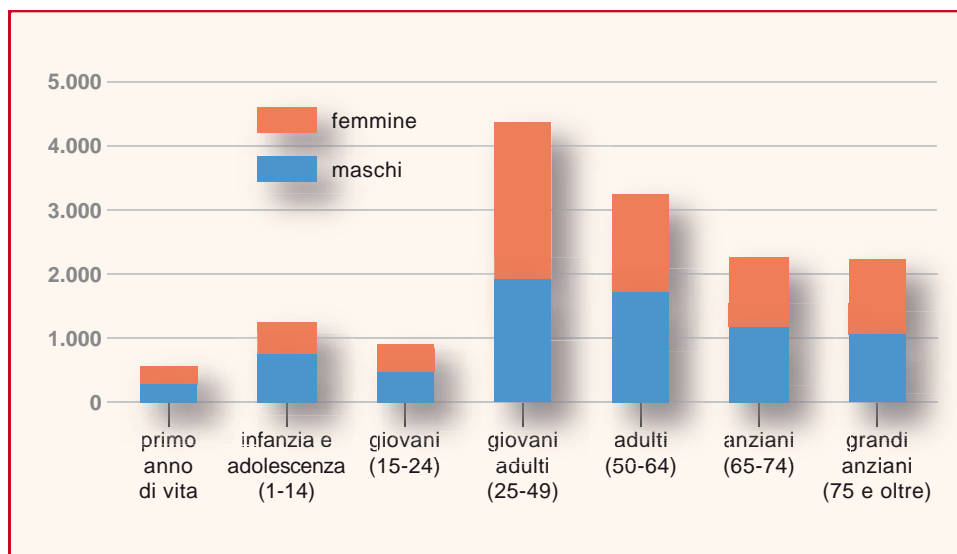
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.54 Mobilità sanitaria ospedaliera passiva, per MDC – Anno 2009 e confronto 2008

Descrizione MDC		2009			2008			variazione 2009-2008	
		Ricoveri	Fatturato	%	Ricoveri	Fatturato	%	Ricoveri	Fatturato
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.15	5.142.812,34	8,20	1.84	5.959.115,79	9,23	-169	-816.303,45
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.31	2.257.687,45	8,31	1.41	2.279.657,72	8,28	-10	-21.970,27
3	Malattie e disturbi orecchio, naso, bocca, gola	755	1.320.779,83	5,10	747	1.167.895,35	4,98	8	152.884,48
4	Malattie e disturbi app. respiratorio	405	1.536.740,37	2,73	412	1.629.589,15	2,75	-7	-92.848,78
5	Malattie e disturbi app. cardiocircolatorio	1.88	5.400.974,11	7,35	1.05	5.500.960,87	7,37	-17	-99.986,76
6	Malattie e disturbi apparato digerente	723	1.973.488,17	4,88	775	2.122.151,84	5,17	-52	-148.663,67
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	361	1.601.014,09	2,44	406	1.590.190,13	2,71	-45	10.823,96
8	Malattie e disturbi sist. muscoscheletrico e tessuto connettivo	3.60	12.534.952,65	24,71	3.19	13.081.234,97	24,80	-59	-546.282,32
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	380	827.688,16	2,57	381	797.084,34	2,54	-1	30.603,82
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali, metabolici	378	879.030,48	2,55	378	888.144,91	2,52	0	-9.114,43
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	532	2.167.549,85	3,59	508	1.938.959,60	3,39	24	228.590,25
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	412	1.013.131,24	2,78	308	750.210,21	2,05	104	262.921,03
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	497	979.868,40	3,36	524	1.009.326,26	3,49	-27	-29.457,86
14	Gravidanza, parto e puerperio	653	1.076.288,34	4,41	598	962.174,01	3,99	55	114.114,33
15	Malattie e disturbi periodo neonatale	441	621.449,07	2,98	393	582.959,22	2,62	48	38.489,85
16	Malattie e disturbi sangue, emopoietici, sistema immunitario	132	285.856,29	0,89	137	348.488,28	0,91	-5	-62.631,99
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie poco differenziate	810	3.365.012,43	5,47	754	2.847.671,38	5,03	56	517.341,05
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o sedi non spec.)	78	246.987,14	0,53	83	239.120,37	0,55	-5	7.866,77
19	Malattie e disturbi mentali	401	1.145.946,88	2,71	387	1.039.947,39	2,58	14	105.999,49
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	67	206.629,06	0,45	95	268.173,33	0,63	-28	-61.544,27
21	Traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici dei farmaci	123	299.851,53	0,83	133	312.515,54	0,89	-10	-12.664,01
22	Ustioni	11	245.830,18	0,07	16	133.073,27	0,11	-5	112.756,91
23	Fattori influenzanti stato di salute e ricorso ai servizi sanitari	355	824.549,15	2,40	386	776.595,06	2,57	-31	47.954,09
24	Traumatismi multipli rilevanti	5	68.046,80	0,03	14	150.593,16	0,09	-9	-82.546,36
25	Infezioni da HIV	11	26.807,14	0,07	14	55.968,68	0,09	-3	-29.161,54
26	Non Attribuibile	88	3.948.927,96	0,59	95	3.336.043,91	0,63	-7	612.884,05
Totale		14.812	49.997.899,11	100,00	14.993	49.767.844,74	100,00	-181	230.054,37

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

GRAF. 3.20 Mobilità sanitaria ospedaliera passiva, per età degli assistiti – Anno 2009



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

dano quasi esclusivamente l'attività per acuti, in considerazione dell'ottima offerta riabilitativa e di lungodegenza ormai consolidatasi sul territorio provinciale (circa 1,3 posti letto ogni 1.000 residenti): infatti, rispetto a un fatturato totale dell'esercizio 2009 di quasi 50 milioni di euro, 46,7 milioni di euro sono costituiti da ricoveri per acuti, 3 milioni di euro riguardano la riabilitazione (soprattutto muscolo-scheletrica e del sistema nervoso) e 0,3 milioni di euro sono riferiti alla lungodegenza.

Il Grafico 3.20 evidenzia come oltre la metà dei ricoveri eseguiti fuori provincia sono a beneficio di soggetti con un'età compresa fra i 25 e i 64 anni (29,55% per i giovani adulti e 22,00% per gli adulti).

- ▶ I ricoveri in *classe d'età 25-49* (giovani adulti) riguardano: nei *maschi*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (41,44%); nelle *femmine*, la gravidanza, il parto e il puerperio (24,10%), le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (16,62%) e le malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo (14,71%).
- ▶ I ricoveri in *classe d'età 50-64* (adulti) riguardano: nei *maschi*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (28,45%), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (9,37%); nelle *femmine*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (30,19%), seguono le malattie e disturbi del sistema nervoso (10,65%).

Analogamente a quanto effettuato per i dati riferiti alla mobilità passiva, la Tabella 3.55 analizza il *flusso di mobilità attiva* per provenienza e destinazione dei pazienti.

TAB. 3.55 Mobilità sanitaria ospedaliera attiva, per ospedale di destinazione e per provenienza dei ricoverati - Anno 2009 e confronto 2008

REGIONE DEBITRICE	Ospedale di destinazione													Totale 2009	Variazione assoluta	Variazione%	Anno 2008	
	S. Chiara	Ospedale di Borgo	Ospedale di Cles	Ospedale di Rovereto	Ospedale di Tione	Ospedale di Arco	Ospedale di Cavalese	S. Camillo	S. Pancrazio	L'Eremo	Regina	Solatrix	S. Famiglia					Villa Bianca
Piemonte	36	2	9	12	8	5	11	4	5	4	5	6	1	4	112	-4	-3,45	116
Valle d'Aosta	1	1					2	2							6	5	20,00	5
Lombardia	380	25	99	263	206	226	141	38	146	134	669	73	94	49	2.543	-188	-6,88	2731
Bolzano	543	15	92	109	3	16	112	89	14	40	2	15	3	148	1.201	-117	-8,88	1318
Veneto	547	43	42	458	20	247	145	92	228	1.257	47	187	99	429	3.841	-82	-2,09	3923
Friuli V. G.	34	3	4	15	4		8	9	4	16		13		3	113	-20	-15,04	133
Liguria	38	1	15	8	9	6	19	11		8	4	1	1	5	126	-19	-13,10	145
Emilia Romagna	133	5	59	58	24	13	74	17	51	62	11	29	6	12	554	-133	-19,36	687
Toscana	49	1	26	31	7	3	34	4	3	22	4	7		4	195	19	10,80	176
Umbria	18		3			1	2		4			2	1		31	3	10,71	28
Marche	30	1	14	11	7	5	10	6	5	6		10		7	112	19	20,43	93
Lazio	81	3	36	20	18	6	45	8	9	6	3	27		17	279	-55	-16,47	334
Abruzzo	13		1	5	1	1	5	39	1	2	1	3		3	75	4	5,63	71
Molise	1			3	1		1	1		2		1		1	11	-6	-35,29	17
Campania	34	1	9	28	6	6	6	3	6	20	1	16		11	147	-37	-20,11	184
Puglia	51	3	9	24	5	6	10	7	7	15	1	22		12	172	-9	-4,97	181
Basilicata	10		1	3	2		1			3	1	1		1	23	1	4,55	22
Calabria	23	2	6	37	9	2	7	13	4	6	1	5		9	124	19	18,10	105
Sicilia	73	4	11	53	4	8	6	13	15	17	1	11		6	222	-13	-5,53	235
Sardegna	17	1	8	13	3	2	10	5	3	12		2		3	79	-4	-4,82	83
Anno 2009	2.112	111	444	1.151	337	553	647	361	501	1.638	751	431	205	724	9.966	-5,87	-5,87	10.587
Anno 2008	2.170	116	435	1.137	326	539	581	582	508	1.647	817	788	203	738	10.587			
Variazione%	-2,67	-4,31	2,07	1,23	3,37	2,60	11,36	-37,97	-1,38	-0,55	-8,08	-45,30	0,99	-1,90	-5,87			
	-58	-5	9	14	11	14	66	-221	-7	-9	-66	-357	2	-14	-621			

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Analizzando il dettaglio dei *ricoveri per regione debitrice* si evidenzia una diminuzione generale nei confronti di tutte le regioni pari a -621 ricoveri che corrispondono a un -5,87%. Il decremento maggiore in termini assoluti si è registrato nei confronti della Lombardia (-188 ricoveri), dell'Emilia Romagna (-133 ricoveri) e della Provincia di Bolzano (-117 ricoveri).

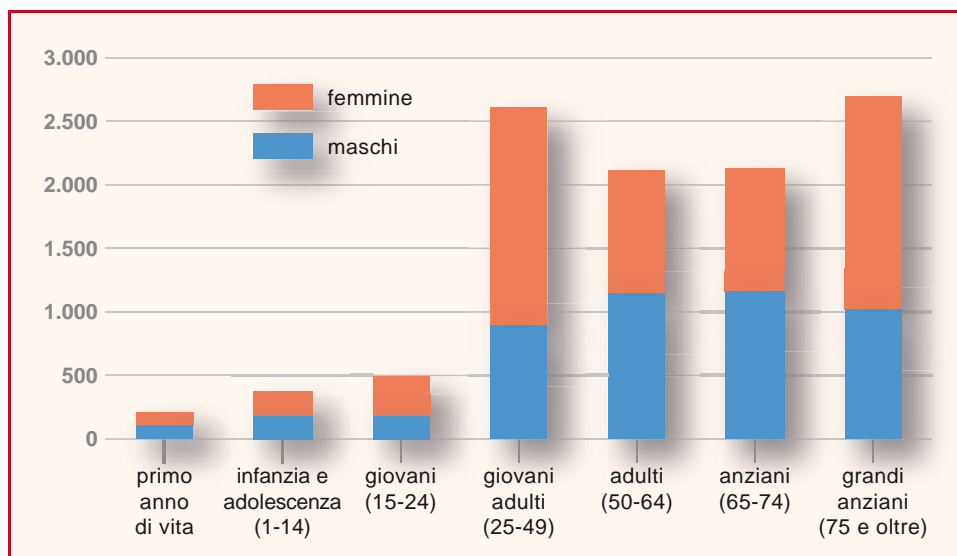
Come negli anni precedenti le principali strutture provinciali che ricoverano pazienti non residenti rimangono, nell'ordine, l'Ospedale di Trento – Presidio S. Chiara e la casa di cura Eremo di Arco. In termini assoluti il principale incremento (+66 ricoveri nel 2009, pari all'11,4% rispetto al 2008) si registra presso l'Ospedale di Cavalese.

Analizzando i dati per *struttura erogatrice* si rileva che, il maggiore decremento riguarda la casa di cura Solatrix di Rovereto (-357 ricoveri, pari a -45,3%, in particolare per i pazienti provenienti dal Veneto (-198) e dall'Emilia (-62), e l'Ospedale S. Camillo di Trento (-221 ricoveri, pari a -37,9%) in particolare per pazienti provenienti dalla Lombardia (-119), diminuzione che si riscontra anche per la casa di cura Regina di Arco (-70).

Oltre la metà dei ricoveri eseguiti in mobilità attiva è effettuata – come emerge dal Grafico 3.21 – a favore di soggetti rientranti nelle classi d'età dei grandi anziani (26,16%), dei giovani adulti (22,66%), degli anziani (20,52%) e degli adulti (20,84%).

- I ricoveri nella *classe d'età 25-49* (giovani adulti) riguardano: nei *maschi*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo

GRAF. 3.21 Mobilità sanitaria ospedaliera attiva, per età degli assistiti – Anno 2009



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

(32,47%) e le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (14,43%); nelle *femmine*, la gravidanza, il parto e il puerperio (37,93%), le malattie e i disturbi dell'apparato riproduttivo (14,66%) e le malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico (10,36%).

- ▶ I ricoveri nella classe d'età 50-64 (adulti) riguardano: nei *maschi*, le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (42,80%), seguono le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (18,92%); nelle *femmine*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (32,65%), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (17,30%).
- ▶ I ricoveri nella classe d'età 65-74 (anziani) riguardano: nei *maschi*, le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (48,66%), seguono le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (14,13%); nelle *femmine*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (39,82%), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (21,15%).
- ▶ I ricoveri nella classe d'età over 75 (grandi anziani) riguardano: nei *maschi*, le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (43,60%), seguono le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (14,07%) e le malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (10,73%); nelle *femmine*, le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (35,26%), seguono le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (25,02%).

Per quanto riguarda l'*assistenza specialistica*, nel 2009 il relativo flusso di prestazioni rappresenta, in termini finanziari, il 9,05% degli addebiti in mobilità attiva e l'11% degli addebiti di mobilità passiva: la nostra Provincia fa registrare, in termini finanziari e quantitativi, un saldo negativo come evidenziato nella Tabella 3.56.

Dal punto di vista finanziario *nel 2009 si è registrata invece una regressione del saldo negativo del 12,58%* (-400.000 euro) derivante da un incremento sia nel fatturato sia nel numero di prestazioni eseguite in mobilità attiva e da una sostanziale invarianza della mobilità passiva.

TAB. 3.56 Mobilità sanitaria per assistenza specialistica – Anno 2009

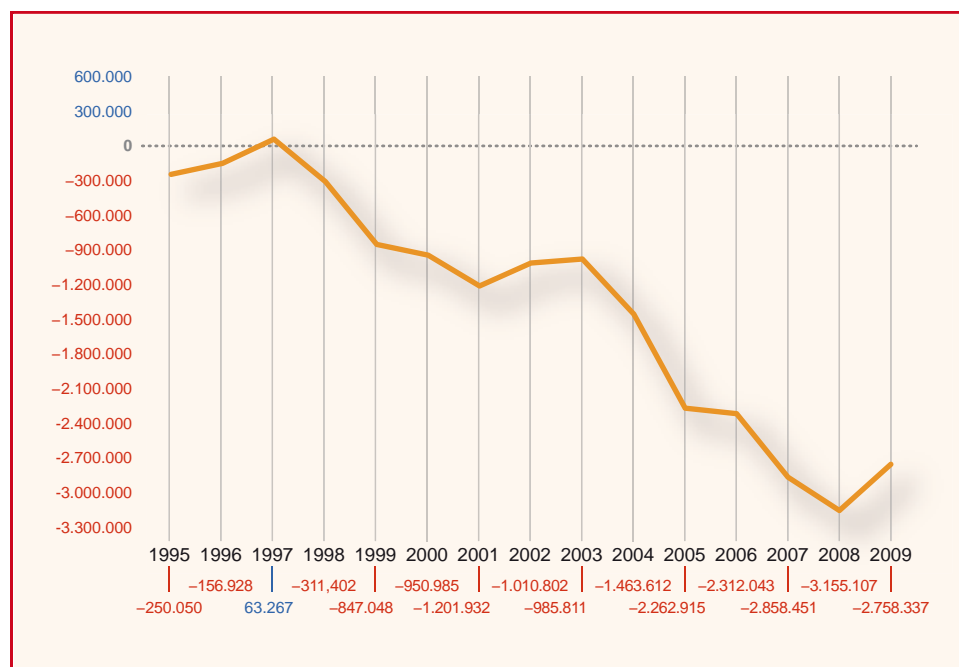
ASSISTENZA SPECIALISTICA	2009		SALDO		
	mobilità attiva	mobilità passiva	2009	2008	variazione
Prestazioni (numero)	285.628	334.298	-22.419	-48.670	26.251
Fatturato (in euro)	3.703.302,86	6.858.410,07	-2.758.337,91	-3.155.107,21	396.769,30

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

L'andamento, dal punto di vista finanziario, come evidenziato nel Grafico 3.22, del saldo delle prestazioni di assistenza specialistica è sempre stato negativo ad esclusione dell'anno 1997. Si è registrato un aumento del saldo fino al 2008, mentre nell'anno 2009, in controtendenza, si rileva una diminuzione.

La Tabella 3.57 e il Grafico 3.23 presentano l'incidenza numerica e finanziaria delle diverse tipologie di prestazioni di assistenza specialistica erogate in mobilità

GRAF. 3.22 Mobilità sanitaria per assistenza specialistica – Anni 1995-2009



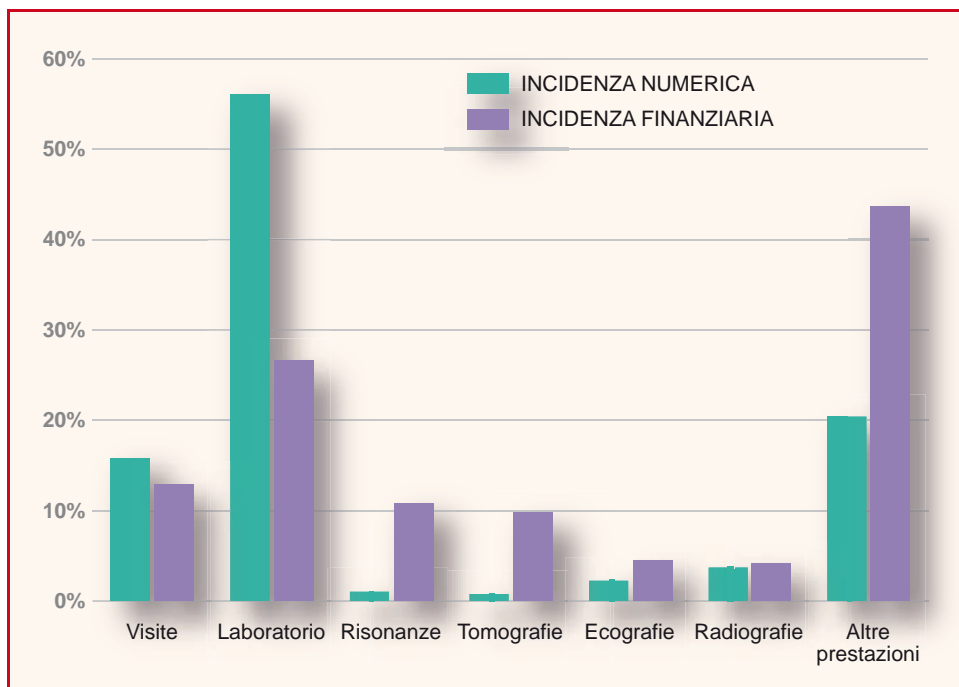
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.57 Mobilità sanitaria passiva per assistenza specialistica, per tipologia di prestazione – 2009

PRESTAZIONI	NUMERO PRESTAZIONI	FATTURATO	% INCIDENZA NUMERICA	% INCIDENZA FINANZIARIA
Visite	50.273	886.781,91	15,80	12,91
Laboratorio	178.212	1.834.309,65	56,01	26,71
Risonanze	3.277	742.229,94	1,03	10,81
Tomografie	2.520	676.613,74	0,79	9,85
Ecografie	7.191	308.801,22	2,26	4,50
Radiografie	11.798	288.088,04	3,71	4,20
Altre Prestazioni	64.920	2.999.248,27	20,40	43,68
<i>ticket a dedurre</i>		-869.312,96		
totale mobilità	318.191	6.866.759,81		

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.23 Mobilità sanitaria passiva per assistenza specialistica: % incidenza numerica e finanziaria per tipologia di prestazione – 2009



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.58 Mobilità sanitaria passiva per assistenza specialistica: incidenza finanziaria delle principali tipologie di prestazioni – 2009

PRINCIPALI PRESTAZIONI	Numero	Fatturato
Visita generale	22.412	464.463,73
Risonanza muscoloscheletrica e della colonna	1.893	359.965,64
Tomoscintigrafia corporea globale (Pet)	280	310.791,27
Anamnesi e valutazione, definite brevi	22.275	310.327,36
Intervento di cataratta	220	273.950,00

sanitaria passiva: in termini puramente quantitativi e di macro categorie, il maggior numero di prestazioni erogate riguarda visite specialistiche ed esami di laboratorio.

Rispetto al 2008, la mobilità passiva ha registrato un lievissimo aumento in termini finanziari (8.349,74 euro, pari a +0,12%), mentre in termini di numero di prestazioni ha registrato una diminuzione (16.107 prestazioni, pari a -82%) soprattutto per quanto riguarda gli esami di laboratorio e le prestazioni di risonanza magnetica. In termini finanziari, le prestazioni più significative sono le visite generali, le risonanze muscoloscheletriche e della colonna, la PET, le anamnesi e le valutazioni brevi nonché gli interventi di cataratta (Tabella 3.58).

TAB. 3.59 MOBILITÀ PASSIVA: RISONANZE (anno 2009) per Regione creditrice e dettaglio (anni 2008 e 2009) per le tre maggiori regioni creditrici

REGIONE	Numero.	Fatturato	%
VENETO	1.744	425.867,70	57,38
LOMBARDIA	687	134.322,30	18,10
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	564	121.401,00	16,36
EMILIA ROMAGNA	105	23.701,95	3,19
TOSCANA	36	9.155,61	1,23
PIEMONTE	42	8.139,40	1,10
LAZIO	30	5.715,63	0,77
CAMPANIA	27	4.589,76	0,62
FRIULI VENEZIA GIULIA	17	4.498,60	0,61
MOLISE	8	1.571,58	0,21
ABRUZZO	6	1.155,21	0,16
UMBRIA	4	934,28	0,13
PUGLIA	3	509,74	0,07
CALABRIA	2	332,08	0,04
SICILIA	1	180,68	0,02
LIGURIA	1	154,42	0,02
VALLE D'AOSTA	—	—	0,00
MARCHE	—	—	0,00
BASILICATA	—	—	0,00
SARDEGNA	—	—	0,00
TOTALE	3.277	742.229,94	

Dettaglio risonanze per le tre regioni maggiori creditrici			2009		2008	
			nr.	fatturato	nr.	fatturato
REGIONE VENETO	88.93	Risonanza Magnetica Nucleare (RM) Colonna	446	99.101,20	582	129.320,40
	88.94.1	Risonanza Magnetica Nucleare Muscoloschel.	679	133.084,00	985	193.060,00
		Altre forme di risonanza	619	193.682,50	735	226.268,90
		Totale	1.744	425.868	2.302	548.649
REGIONE LOMBARDIA	88.93	Risonanza Magnetica Nucleare (RM) Colonna	154	22.757,02	212	34.757,40
	88.94.1	Risonanza Magnetica Nucleare Muscoloschel.	165	28.238,58	197	37.203,45
		Altre forme di risonanza	368	83.326,70	370	86.525,88
		Totale	687	134.322	779	158.487
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	88.93	Risonanza Magnetica Nucleare (RM) Colonna	124	19.145,60	180	27.792,00
	88.94.1	Risonanza Magnetica Nucleare Muscoloschel.	167	29.675,90	283	50.289,10
		Altre forme di risonanza	273	72.579,50	305	84.378,80
		Totale	564	121.401	768	162.460

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.60 MOBILITÀ ATTIVA: RISONANZE (anno 2009) per Regione debitrice e dettaglio (anni 2008 e 2009) per le tre maggiori regioni debentrici

REGIONE	Numero.	Fatturato	%
VENETO	394	86.586,63	31,62
LOMBARDIA	277	61.793,97	22,23
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	207	44.539,24	16,61
SICILIA	62	14.756,93	4,98
LAZIO	45	9.763,64	3,61
EMILIA ROMAGNA	44	9.580,49	3,53
PUGLIA	39	8.523,17	3,13
CALABRIA	35	7.674,65	2,81
TOSCANA	22	4.834,33	1,77
SARDEGNA	21	4.466,25	1,69
CAMPANIA	19	4.167,76	1,52
FRIULI VENEZIA GIULIA	16	3.409,32	1,28
MARCHE	15	3.479,42	1,20
PIEMONTE	15	3.186,13	1,20
LIGURIA	13	2.976,44	1,04
ABRUZZO	8	2.011,65	0,64
MOLISE	6	1.683,61	0,48
BASILICATA	6	1.193,08	0,48
UMBRIA	2	401,52	0,16
VALLE D'AOSTA	—	—	0,00
TOTALE	1.246	275.028,23	

Dettaglio risonanze per le tre regioni maggiori debentrici			2009		2008	
			nr.	fatturato	nr.	fatturato
REGIONE VENETO	88.93	Risonanza Magnetica Nucleare (RM) Colonna	129	25.932,03	81	16.372,80
	88.94.1	Risonanza Magnetica Nucleare Muscoloschel.	166	34.910,15	108	22.419,70
		Altre forme di risonanza	99	25.744,45	61	16.291,66
		Totale	394	86.586,63	250	55.084
REGIONE LOMBARDIA	88.93	Risonanza Magnetica Nucleare (RM) Colonna	67	13.466,37	62	12.515,10
	88.94.1	Risonanza Magnetica Nucleare Muscoloschel.	144	30.423,35	75	15.725,60
		Altre forme di risonanza	66	17.904,25	33	8.888,24
		Totale	277	61.794	170	37.129
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	88.93	Risonanza Magnetica Nucleare (RM) Colonna	53	10.665,00	39	7.909,98
	88.94.1	Risonanza Magnetica Nucleare Muscoloschel.	132	27.919,95	77	15.309,70
		Altre forme di risonanza	22	5.954,29	16	4.215,31
		Totale	207	44.539	132	27.435

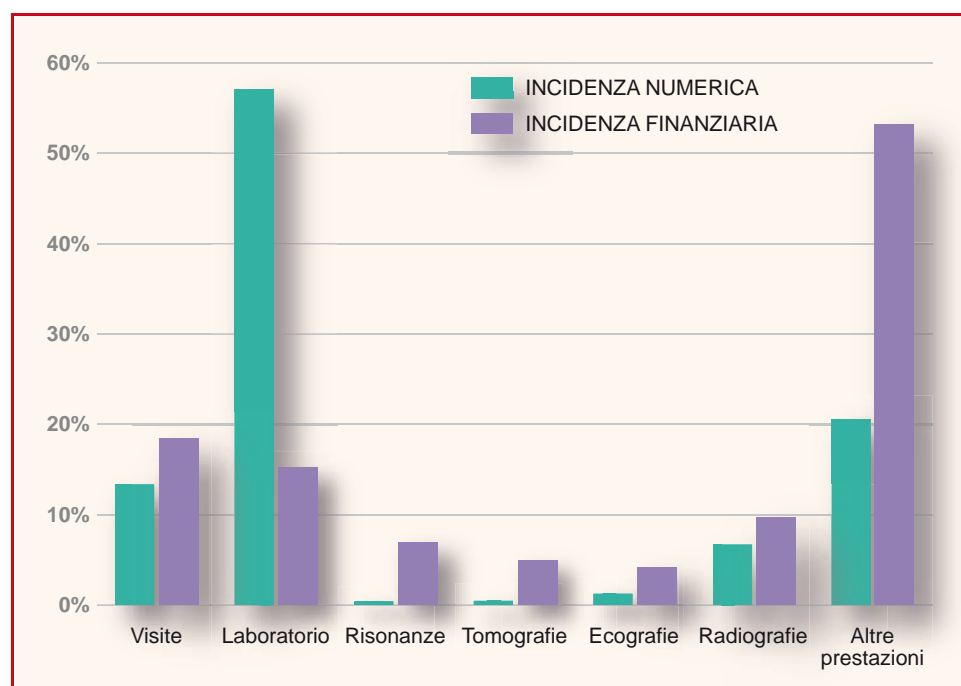
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

TAB. 3.61 Mobilità sanitaria attiva per assistenza specialistica, per tipologia di prestazione – 2009

PRESTAZIONI	Numero prestazioni	Fatturato	% incidenza numerica	% incidenza finanziaria
Visite	39.457	758.174,07	13,34	18,45
Laboratorio	168.885	627.902,94	57,10	15,28
Risonanze	1.246	275.028,23	0,42	6,69
Tomografie	1.371	203.507,75	0,46	4,95
Ecografie	3.699	169.542,88	1,25	4,13
Radiografie	20.478	396.808,92	6,92	9,66
Altre prestazioni	60.636	2.184.992,87	20,50	53,18
<i>Ticket a dedurre</i>	—	-507.535,76		
Totale Mobilità	295.772	4.108.421,90		

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

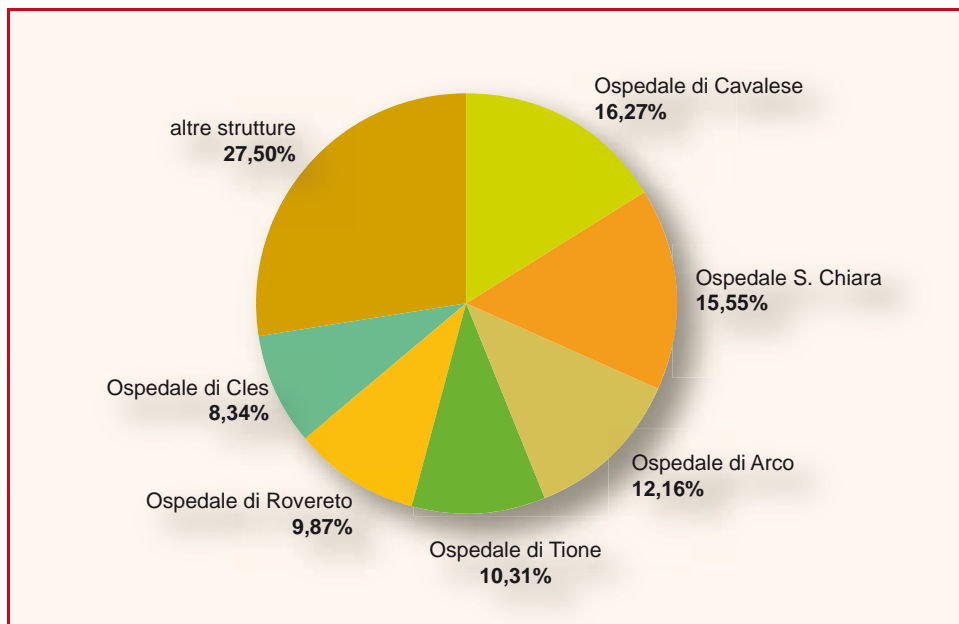
GRAF. 3.24 Mobilità sanitaria attiva per assistenza specialistica: % incidenza numerica e finanziaria per tipologia di prestazione – 2009



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Seppure rispetto al 2008 non si riscontrano, in termini complessivi, scostamenti significativi, è da segnalare un *decremento del numero di risonanze* (da 4.143 nel 2008 a 3.277 nel 2009) anche in considerazione degli ingenti investimenti effet-

GRAF. 3.25 Mobilità sanitaria attiva per assistenza specialistica: % incidenza numerica prestazioni per struttura erogante – 2009



Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

tuati nell'ambito del Servizio sanitario provinciale che hanno comportato da un lato il contenimento della fuga dei pazienti trentini e dall'altro un aumento della mobilità attiva.

La Tabella 3.61 evidenzia l'incidenza numerica e finanziaria delle diverse tipologie di prestazioni di assistenza specialistica erogate nell'ambito della mobilità sanitaria attiva.

In termini puramente quantitativi e di macrocategorie, il maggior numero di prestazioni specialistiche erogate nell'ambito della mobilità sanitaria attiva nel 2009, così come nel 2008, riguardano visite specialistiche e gli esami di laboratorio e sono erogate principalmente dall'Ospedale di Trento – Presidio S. Chiara (ospedale provinciale di riferimento) e dall'Ospedale di Cavalese nonché da altre strutture periferiche situate in zone ad alta densità turistica.

Inoltre, rispetto al 2008, si rileva un aumento delle prestazioni di risonanza magnetica.

3.6 La spesa sanitaria di parte corrente

La spesa corrente del Servizio sanitario nazionale si è attestata per l'anno 2009 a 109.571.022 migliaia di euro ^[49] (nel 2008=106.621.951 migliaia di euro – nel 2007=103.095.707 migliaia di euro).

La spesa sanitaria corrente della Provincia autonoma di Trento è stata nello stesso anno pari a 1.067.682 migliaia di euro (nel 2008=1.005.968 migliaia di euro – nel 2007 =968.441 migliaia di euro) con un'incidenza dello 0,97% rispetto al totale nazionale (nel 2008=0,94%) ^[50].

Il dettaglio, per funzioni, della spesa sanitaria corrente dell'anno 2009 è descritto dalla Tabella 3.62.

L'analisi della composizione della spesa sanitaria di parte corrente, provinciale e nazionale, consente di evidenziare le seguenti differenze nelle maggiori voci di costo:

- ▶ *il personale*, che incide a livello nazionale per il 32,98% e in Provincia di Trento per il 37,49%;
- ▶ *la spesa farmaceutica*, che a livello nazionale ha raggiunto il 10,04% e in Provincia di Trento si assesta al 7,25%)
- ▶ *l'acquisto di beni e servizi*, che a livello nazionale incide complessivamente per il 12,74% e in Provincia di Trento per l'11,50%).

TAB. 3.62 Spesa sanitaria di parte corrente, per funzioni (importi in migliaia di euro) – Provincia autonoma di Trento e Italia – Anno 2009

FUNZIONI DI SPESA	P. A. TRENTO		ITALIA		scostamento %
	spesa	incidenza% sul totale	spesa	incidenza% sul totale	
acquisti di esercizio	122.770	11,50	13.954.397	12,74	-1,24
manutenzione e riparazione	22.073	2,07	1.806.373	1,65	0,42
assistenza sanitaria di base	55.255	5,18	6.363.320	5,81	-0,63
farmaceutica	77.364	7,25	11.005.034	10,04	-2,80
specialistica da pubblico	0	0,00	32.751	0,03	-0,03
specialistica da privato	18.603	1,74	4.077.977	3,72	-1,98
riabilitativa da pubblico	1.613	0,15	84.291	0,08	0,07
riabilitativa da privato	1.574	0,15	1.914.871	1,75	-1,60
integrativa da pubblico	0	0,00	8.181	0,01	-0,01

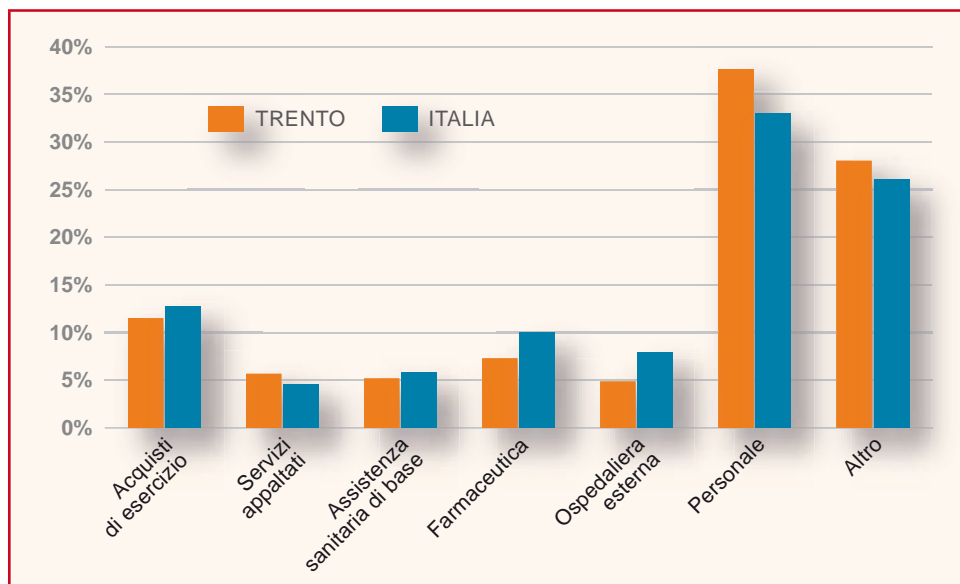
^[49] Detta spesa deve intendersi al lordo delle entrate proprie derivanti dall'autofinanziamento (per servizi resi a pagamento, per ticket, per rimborsi e recuperi, ecc.) e al netto di voci di spesa quali la mobilità sanitaria, le attività libero-professionali, e altri elementi tipici della contabilità economica che rappresentano costi non finanziari (ammortamenti, accantonamenti, variazione delle rimanenze, svalutazioni, sopravvenienze e insussistenze).

^[50] Detta spesa deve intendersi al lordo delle entrate proprie derivanti dall'autofinanziamento (per servizi resi a pagamento, per ticket, per rimborsi e recuperi) ed al netto della mobilità sanitaria, dell'attività libero professionale e degli ammortamenti.

FUNZIONI DI SPESA	P. A. TRENTO		ITALIA		scostamento %
	spesa	incidenza% sul totale	spesa	incidenza% sul totale	
integrativa da privato	21.262	1,99	1.839.001	1,68	0,31
ospedaliera da pubblico	0	0,00	305.984	0,28	-0,28
ospedaliera da privato	52.673	4,93	8.632.254	7,88	-2,94
altra assistenza	141.332	13,24	6.008.026	5,48	7,75
altri servizi	22.184	2,08	3.458.464	3,16	-1,08
godimento di beni di terzi	7.689	0,72	948.842	0,87	-0,15
personale ruolo sanitario	304.972	28,56	28.906.678	26,38	2,18
personale ruolo professionale	1.556	0,15	139.615	0,13	0,02
personale ruolo tecnico	60.422	5,66	4.185.059	3,82	1,84
personale ruolo amministrativo	33.334	3,12	2.902.857	2,65	0,47
spese amministrative e generali	21.924	2,05	2.267.549	2,07	-0,02
servizi appaltati	60.195	5,64	4.995.305	4,56	1,08
accantonamenti tipici	6.183	0,58	1.660.102	1,52	-0,94
imposte e tasse	29.918	2,80	2.743.837	2,50	0,30
oneri finanziari	30	0,00	443.470	0,40	-0,40
rimanenze	-699	-0,07	-16.113	-0,01	-0,05
oneri straordinari	5.455	0,51	902.897	0,82	-0,31
TOTALE	1.067.682	100,00	109.571.022	100,00	

Fonte: Elaborazione Servizio economia e programmazione PAT su dati del Ministero della salute e dati del bilancio APSS 2009

GRAF. 3.26 Spesa sanitaria di parte corrente. Provincia autonoma di Trento e Italia – Anno 2009



Fonte: Elaborazione Servizio economia e programmazione PAT su dati del Ministero della salute e dati del bilancio APSS 2009

Il Grafico 3.26, che confronta le incidenze percentuali delle diverse voci di spesa a livello nazionale e provinciale, evidenzia che i maggiori scostamenti fra la realtà provinciale e quella nazionale riguardano in termini negativi il personale e in termini positivi la spesa farmaceutica.

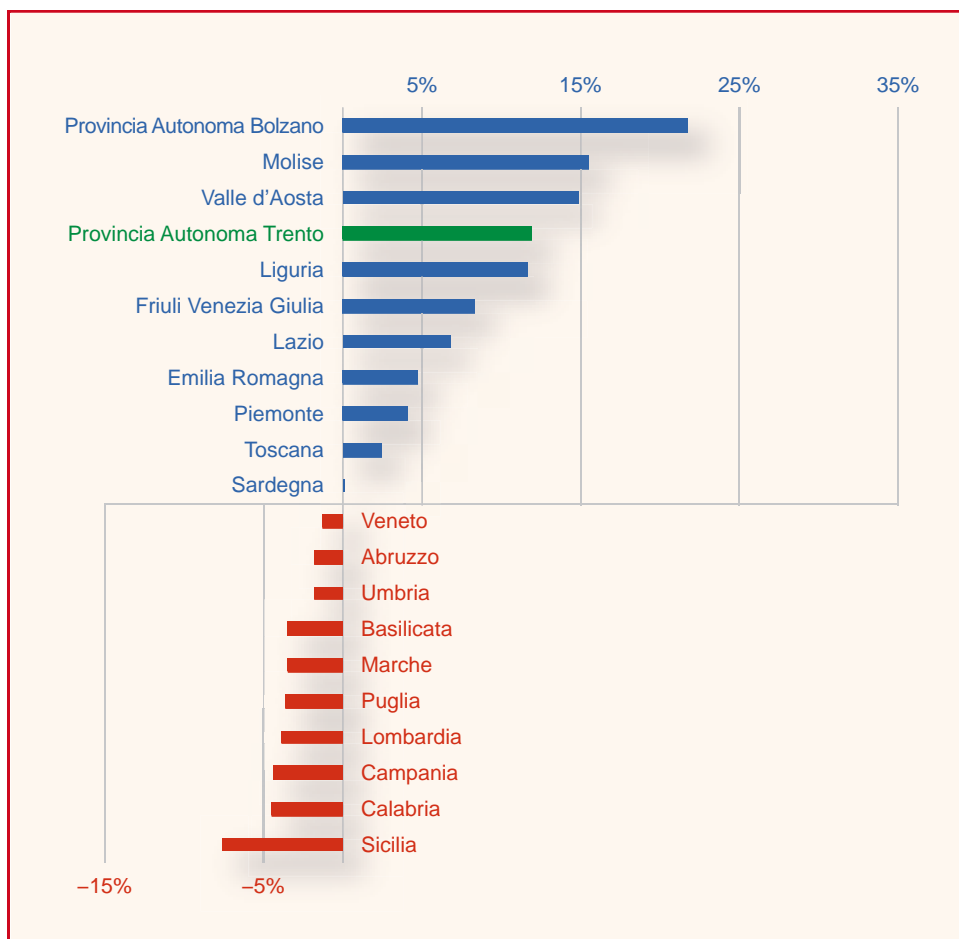
La Tabella 3.63 presenta la distribuzione della spesa sanitaria nelle regioni italiane – in valori assoluti e per abitante (rapportati alla popolazione del 2009) – nonché gli scostamenti della spesa pro capite dalla media nazionale, riportando anche i dati relativi alla spesa sanitaria di parte corrente dell'esercizio 2008 per un utile confronto.

TAB. 3.63 Spesa sanitaria di parte corrente: distribuzione tra le regioni italiane e spesa pro capite – Anni 2008 e 2009 (in migliaia di euro)

REGIONI	Spesa 2009	Spesa pro capite	Scostamenti rispetto alla media nazionale		Spesa 2008	Variazione% spesa 2009 su 2008
			assoluto	%		
Piemonte	8.410.739	1.892	76	4,19	8.142.495	3,29
Valle d'Aosta	266.813	2.087	271	14,92	261.815	1,91
Lombardia	17.164.894	1.747	-69	-3,80	16.664.987	3,00
P. A. Bolzano	1.114.834	2.214	398	21,92	1.116.141	-0,12
P. A. Trento	1.067.682	2.034	218	12,00	1.005.968	6,13
Veneto	8.812.779	1.794	-22	-1,21	8.550.106	3,07
Friuli V. G.	2.428.183	1.968	152	8,37	2.337.842	3,86
Liguria	3.276.609	2.028	212	11,67	3.190.908	2,69
Emilia R.	8.326.481	1.902	86	4,74	8.013.097	3,91
Toscana	6.938.793	1.860	44	2,42	6.716.534	3,31
Umbria	1.606.115	1.783	-3	-1,82	1.554.323	3,33
Marche	2.767.845	1.754	-62	-3,41	2.657.869	4,14
Lazio	11.028.395	1.941	125	6,88	10.994.169	0,31
Abruzzo	2.388.323	1.784	-32	-1,76	2.348.826	1,68
Molise	672.296	2.099	283	15,58	652.960	2,96
Campania	10.124.866	1.738	-78	-4,30	9.801.528	3,30
Puglia	7.154.391	1.752	-64	-3,52	7.040.940	1,61
Basilicata	1.032.959	1.754	-62	-3,41	1.014.564	1,81
Calabria	3.485.624	1.735	-81	-4,46	3.331.706	4,62
Sicilia	8.464.441	1.678	-138	-7,60	8.391.434	0,87
Sardegna	3.037.960	1.817	1	0,06	2.833.739	7,21
TOTALE	109.571.022	1.816			106.621.951	2,77

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

GRAF. 3.27 Spesa sanitaria di parte corrente: distribuzione regionale degli scostamenti dalla media nazionale - Anno 2009



Fonte: Elaborazione Servizio economia e programmazione

Il Grafico 3.27 permette di cogliere immediatamente l'entità dei fenomeni riportando, per ogni regione, lo scostamento in termini percentuali rispetto alla media nazionale. Dal grafico emerge che la Provincia di Trento occupa il 4° posto nella graduatoria delle regioni (nel 2008 era al 6° posto) che registrano scostamenti della spesa superiori alla media nazionale, preceduta dalla Provincia autonoma di Bolzano (+21,92%), dal Molise (+15,58%), e dalla Valle d'Aosta (+14,92%).

Il maggiore scostamento negativo si rileva in Sicilia (-7,60%), in Calabria (-4,46%) e in Campania (-4,30%).

La disomogeneità di tali variazioni evidenzia una sostanziale diversità nella struttura e nella quantità dell'offerta di servizi sanitari nelle diverse regioni, che può verosimilmente incidere anche sulla qualità delle prestazioni erogate.

Nel dettaglio la Tabella 3.64 descrive il confronto, in termini di spesa pro capite, fra la Provincia autonoma di Trento e le regioni del Nord Est (Provincia autonoma di Bolzano, Regione Veneto e Regione Friuli Venezia Giulia) costruendo una graduatoria, secondo un ordine decrescente, che evidenzia altresì le regioni che hanno fatto registrare il valore massimo e il valore minimo rispetto alla singola voce di costo. In particolare sono analizzate le seguenti voci di costo, così come specificate nei modelli ministeriali di rendicontazione della spesa (modello CE):

- ▶ *acquisti di esercizio* – comprende l'acquisto di prodotti sanitari e non sanitari, al netto dei materiali per la manutenzione dei beni strumentali;
- ▶ *manutenzioni e riparazioni* – comprende il costo della manutenzione ordinaria esternalizzata per i beni mobili e immobili e le loro pertinenze, nonché quello dei materiali e accessori necessari per la stessa;
- ▶ *assistenza sanitaria di base* – comprende il costo per l'erogazione di prestazioni di base, quindi il costo delle convenzioni con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, con i medici di guardia medica, il costo dei consultori e di altre convenzioni di medicina di base;
- ▶ *assistenza farmaceutica* – comprende le prestazioni di assistenza farmaceutica erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione;
- ▶ *assistenza specialistica* – comprende le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso non seguite da ricovero, acquistate da soggetti pubblici della regione (IRCCS, policlinici universitari, etc) o da soggetti privati accreditati;
- ▶ *assistenza riabilitativa* – riguarda gli interventi di riabilitazione a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche o psichiche erogati da soggetti pubblici della regione (IRCCS, policlinici universitari) o da strutture private accreditate;
- ▶ *assistenza integrativa* – comprende l'erogazione di prodotti dietetici per alimentazioni particolari, presidi sanitari e materiali per la medicazione, fornitura di protesi e ausili tecnici da parte di soggetti pubblici e privati;
- ▶ *assistenza ospedaliera* – si riferisce all'acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day hospital e day surgery, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero e ospedalizzazione domiciliare, da presidi ospedalieri a gestione diretta e da strutture private accreditate;
- ▶ *altra assistenza e altri servizi* – comprende il costo delle altre forme di assistenza, nonché alcune voci residuali. In particolare sono considerate nella voce "altri servizi" i servizi per assistenza termale, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani e ai tossicodipendenti, rimborsi ad associazioni di volontariato e altre forme di sussidio, consulenze sanitarie e tecnico-amministrative, altri servizi quali trasporti per emergenza e il trasporto di organi e sangue, oneri per il personale borsista e tirocinante, le indennità per l'attività di docenza svolta da personale dipendente o da docenti esterni nei corsi di aggiornamento e formazione continua;

TAB. 3.64 Spesa sanitaria di parte corrente pro capite: distribuzione tra le regioni italiane e confronto – Anno 2009

VOCI DI COSTO	TRENTO	BOLZANO	VENETO	FRIULI VG	ITALIA	prima	ultima
Acquisti di esercizio	234	271	233	287	231	317	179
POSIZIONE	15	7	16	3		Toscana	Sicilia
Manutenzione e riparazione	42	51	33	42	30	53	19
POSIZIONE	4	2	13	5		Abruzzo	Lazio
Assistenza sanitaria di base	105	103	106	101	105	155	92
POSIZIONE	13	16	12	18		Molise	Lombardia
Assistenza farmaceutica	147	121	153	180	182	228	121
POSIZIONE	20	21	19	13		Calabria	Bolzano
Assistenza specialistica	35	11	70	38	68	115	11
POSIZIONE	15	21	6	11		Campania	Bolzano
Assistenza riabilitativa	6	11	7	46	33	100	2
POSIZIONE	20	17	19	7		Basilicata	Emilia R.
Assistenza integrativa	41	71	28	35	31	71	14
POSIZIONE	6	1	13	9		Bolzano	Marche
Assistenza ospedaliera	100	45	118	46	148	262	9
POSIZIONE	13	18	10	17		Lazio	Basilicata
Altri servizi	312	212	259	125	157	312	81
POSIZIONE	1	5	2	14		Trento	Sicilia
Godimento beni di terzi	15	18	23	21	16	49	8
POSIZIONE	13	9	2	4		V. d'Aosta	Basilicata
Personale totale	770	1.089	561	769	602	1.039	513
POSIZIONE	3	1	17	4		Bolzano	Lombardia
Spese amministrative gen.	42	36	35	43	38	71	32
POSIZIONE	9	15	17	6		V. d'Aosta	Sicilia
Servizi appaltati	115	79	95	151	93	151	42
POSIZIONE	3	9	8	1		Friuli VG	Sicilia

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

- ▶ *godimento beni di terzi* – comprende i fitti passivi, i canoni di noleggio e i canoni di leasing delle attrezzature tecniche e sanitarie, nonché tutte le altre forme di godimento di beni di terzi;
- ▶ *personale* – riguarda tutti i costi del personale assunto a qualunque titolo, che svolge le mansioni ascrivibili allo specifico ruolo;
- ▶ *spese amministrative e generali* – comprendono le indennità e gli oneri sociali per i membri degli organi amministrativi (direttore generale, collegio sindacale etc.), le spese di assicurazione e le spese legali, nonché tutte le altre spese amministrative (postali, telefoniche, pubblicità, luce, ecc.);

- ▶ *servizi appaltati* – riguarda servizio di lavanderia, servizio di pulizia, servizio mensa, riscaldamento, servizio elaborazione dati, trasporti non sanitari, smaltimento rifiuti, servizio di tesoreria e servizio di vigilanza.

Anche la graduatoria della spesa sanitaria complessiva pro capite evidenzia situazioni molto disomogenee nelle diverse regioni italiane riguardo alla tipologia e quantità dell'offerta di servizi sanitari. In particolare, va segnalato, con riferimento alla situazione della Provincia autonoma di Trento, che:

- ▶ è stata esclusa, fin dal 1995, dal riparto del Fondo sanitario nazionale e quindi finanzia con le risorse del proprio bilancio il Servizio sanitario provinciale ed esercita il proprio potere legislativo concorrente osservando i principi di riforma economico-sociale e i principi fondamentali dell'ordinamento giuridico che derivano dalla normativa nazionale;
- ▶ assegna notevole importanza al settore sanitario e ciò è provato, dalla spesa pro capite fra le più elevate d'Italia (euro 1.935 nel 2008 ed euro 2.034 nel 2009) con uno scostamento rispetto a quella nazionale mediamente di 12 punti percentuali;
- ▶ la maggior spesa sanitaria deriva essenzialmente da:
 - una forte dotazione di posti letto in RSA;
 - un maggior costo del personale dipendente e convenzionato, derivante dalla contrattazione autonoma;
 - la complessità organizzativa dovuta alla garanzia di servizio in territorio di montagna;
- ▶ rispetto all'anno 2008 si è registrato un incremento della spesa sanitaria pari al 6,13% (61,71 milioni di euro) derivante principalmente da:
 - aumento del costo del *personale* (+5,82%) legato essenzialmente all'aumento del numero di personale in servizio, prevalentemente nell'area del comparto;
 - aumento della spesa per *acquisti* (+6,84%);
 - aumento spesa per assistenza specialistica (+28,07%);
 - aumento della spesa per *altri servizi* (+6,78%);
 - aumento della spesa per *assistenza integrativa* (+11,10%).

Al fine di un raccordo con i dati esposti in precedenza si rammenta che il modello LA (livelli di assistenza) riporta i dati di spesa al lordo sia delle entrate proprie derivanti dall'autofinanziamento (per servizi resi a pagamento, per ticket, per rimborsi e recuperi), sia di voci di spesa quali la mobilità sanitaria e altri elementi tipici della contabilità economica che rappresentano costi non finanziari (ammortamenti, accantonamenti, variazione delle rimanenze, svalutazioni, sopravvenienze e insussistenze) e al netto degli oneri per le attività erogate in regime libero-professionale.

TAB. 3.65 Raccordo con i dati relativi alla spesa sanitaria per livello di assistenza – Anno 2009 (in migliaia di euro)

TOTALE SPESA SANITARIA (MOD. CE)	1.161.737	
	-8.496	<i>Attività libero professionali</i>
TOTALE MODELLO LA	1.153.241	
	-35.716	<i>Ammortamenti e svalutazioni</i>
	-49.843	<i>Mobilità sanitaria passiva</i>
TOTALE SPESA SANITARIA	1.067.682	

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

Particolarmente utile è anche l'analisi della *spesa complessiva* secondo la suddivisione per livelli di assistenza.

Il livello *assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro* ha assorbito nel corso dell'anno 2009 una spesa di 36.948.000 euro (nel 2008=33.724.000 – nel 2007 =32.838.000 – nel 2006 =32.387.000) articolata secondo quanto esposto nella Tabella 3.66. La spesa assorbita da questo livello d'assistenza risulta pari al 3,20% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2009 (nel 2008=3,09- nel 2007=3,23 % – nel 2006=3,23%).

TAB. 3.66 Spesa sanitaria di parte corrente. 1° LIVELLO: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO – Anno 2009

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI									Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze		
Igiene e sanità pubblica	3.284	61	858	340	1.887	5.205		543	1.395	293	14	473	14.353
Igiene degli alimenti e della nutrizione					79	1.558						5	1.642
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		15		76	642	1.612	669	130	505	34	5	161	3.849
Sanità pubblica veterinaria	69	20		32	737	2.561		63	709	24	147	4.863	9.225
Attività di prevenzione rivolta alla persona		11	7	434	840	998	223	194	401	26	5	3.138	6.277
Servizio Medico legale		8		2	405	503		18	545	13	3	105	1.602
TOTALE	3.353	115	865	884	4.590	12.437	892	948	3.555	390	174	8.745	36.948

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

Il livello dell'*assistenza distrettuale* ha assorbito nel 2009 una spesa di 592.482.000 euro (nel 2008=549.999.000 – nel 2007=523.754.000 – nel 2006=497.455.000) articolata come evidenziato nella Tabella 3.67.

La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 51,38% della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2009 (nel 2008=50,40- nel 2007=49,69- nel 2006= 49,65).

TAB. 3.67 Spesa sanitaria di parte corrente. 2° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE – Anno 2009

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari								
Guardia medica	201	120	7.549	56	777	1.975		79	797	759	261	1.782	14.356
MEDICINA GENERALE													
Medicina generica	1.107	660	41.797	307	5.340	10.897		433	4.397	4.184	1.440	9.830	80.392
Pediatria di libera scelta	252	150	9.494	70	1.977	2.484		99	1.002	954	328	2.241	19.051
Emergenza sanitaria	330	277	384	8.418	2.318	5.816		5.409	136	796	197	1.342	25.423
Assistenza protesica			9.385	598	782						3	19	10.787
ASSISTENZA TERRITORIALE, AMBULATORIALE E DOMICILIARE													
Assistenza programmata a domicilio	77	94	1.620	44	41								1.876
Assistenza donne, famiglie, coppie	127	21	569	648	446	883			116	86	5	33	2.934
Assistenza psichiatrica	118	166	13	115	3.007	21.050		296	453	112	76	519	25.925
Assistenza riabilitativa a invalidi	15	32	667	1.702	1.320	3.639		123	210	74	114	777	8.673
Assistenza tossicodipendenti	247	19	8	2	1.081	2.429		902	1.897	479	28	195	7.287
Assistenza anziani					100								100
Assistenza malati terminali	147	29	68	6	736	2.598		452	248	118	22	151	4.575
Assist. persone affette da HIV			313		39					5			357

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari								

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Farmacie convenzionate			77.372	21	100								77.493
Altre forme di assistenza	9.059		2.969		1.668								13.696
Assistenza integrativa			10.342	12									10.354

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Attività clinica	6.341	421	7.272	592	6.597	21.431		1.636	592	1.379	161	1.098	47.520
Attività di laboratorio	10.642	181	8.175	16	5.123	19.307		603	1.582	1.348	65	442	47.484
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	2.134	168	8.439	8	6.936	15.425		1.737	1.607	3.680	69	469	40.672

ASSISTENZA TERRITORIALE E SEMIRESIDENZIALE

Assistenza psichiatrica													0
Assistenza riabilitativa ai disabili			514										514
Assistenza ai tossicodipendenti													0
Assistenza agli anziani					150								150

ASSISTENZA TERRITORIALE E RESIDENZIALE

Assistenza psichiatrica	128	189	6.615	1	1.921	1.746		4.104		706	16	110	15.536
Assistenza agli anziani	3.452	1.134	122.223		121					54			126.984
Assistenza ai tossicodipendenti			3.230										3.230
Assistenza ai disabili	175	74	2.888										3.137
Assistenza idrotermale			3.749	227									3.976
TOTALE	34.794	3.686	309.544	12.837	35.707	96.015		14.947	12.412	13.977	1.192	14.888	549.999

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

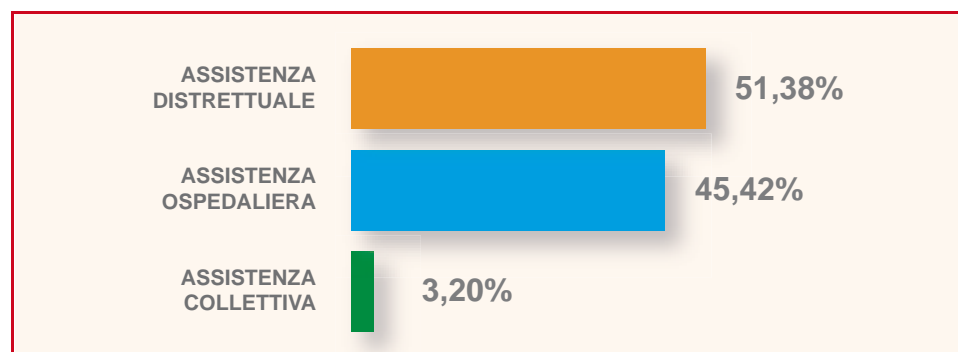
Il livello dell'*assistenza ospedaliera* ha assorbito nel 2009 una spesa di 523.811.000 euro (nel 2008=507.512.000 – nel 2007=497.391.000 – nel 2006=472.188.000) articolata come evidenziato nella Tabella 3.68. La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 45,42% (nel 2008=46,51 – nel 2007=47,19 – nel 2006=47,12) della spesa sanitaria provinciale complessiva dell'anno 2009.

TAB. 3.68 Spesa sanitaria di parte corrente. 3° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA (urgenza-emergenza inclusa) – Anno 2009

MACROVOCI ECONOMICHE	BENI		ACQUISTI DI SERVIZI			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/insussistenze	Altri costi	TOTALE
	Beni sanitari	Beni non sanitari	Prestazioni sanitarie	Servizi sanitari per erogazione delle prestazioni	Servizi non sanitari								
Attività di pronto soccorso	1.744	173	5	24	2.656	12.741		1.954	94	388	88	344	20.211
Ass. ospedaliera per acuti <i>in day hospital e day surgery in degenza ordinaria</i>	71.939	4.912	61.657	2.167	64.740	162.726	664	39.735	16.358	19.505	1.972	7.678	454.053
	71.939	4.912	10.949	367	50	162.726	664	39.735	16.358	19.505	1.972	7.678	442.687
Assistenza ospedaliera a domicilio													
Assistenza ospedaliera lungodegenti	73	8	13.238		260	307		264		15	1	4	14.170
Assistenza ospedaliera riabilitazione	680	82	18.099	6	2.488	5.826		1.598	219	424	430	1.676	31.528
Emocomponenti e servizi trasfusionali	2.066	15		13	240	1.255		50	71	35	5	19	3.769
Trapianti organi e tessuti			80										80
TOTALE	76.502	5.190	93.079	2.210	70.384	182.855	664	43.601	16.742	20.367	2.496	9.721	523.811

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria

GRAF. 3.28 Spesa sanitaria di parte corrente, per livelli di assistenza – Anno 2009



Fonte: Elaborazione Servizio economia e programmazione

Il Grafico 3.28 rappresenta la distribuzione percentuale della spesa corrente fra i tre livelli di assistenza.

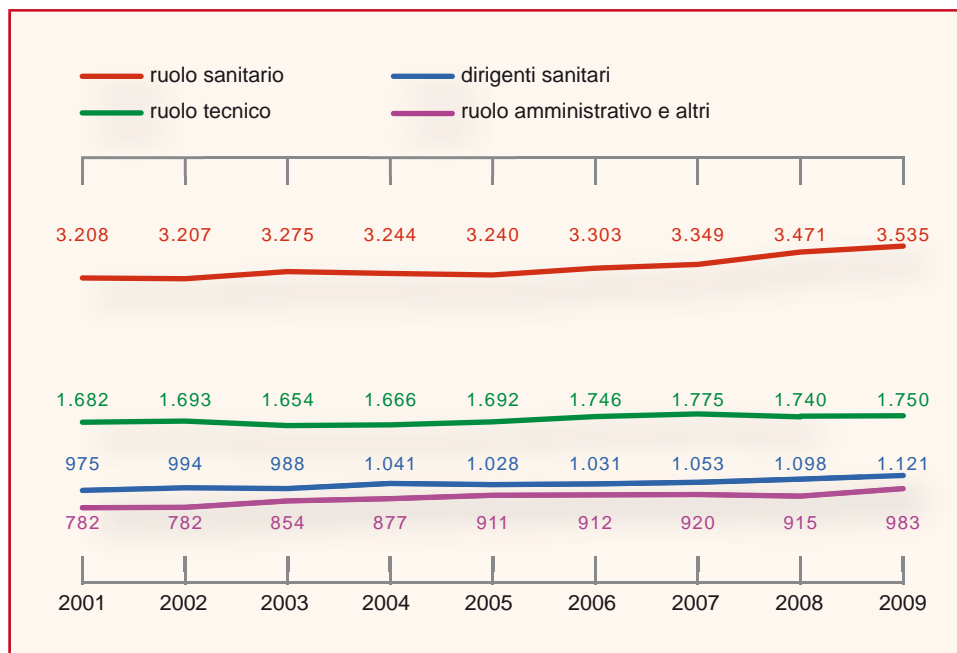
La *consistenza complessiva del personale* – che l’Azienda sanitaria ha utilizzato per garantire il funzionamento del Servizio sanitario provinciale, lo svolgimento delle attività e l’erogazione delle relative prestazioni, nonché per attivare nuovi servizi – si è attestata, nell’esercizio 2009, su 7.388 *unità equivalenti medie*. L’incremento del numero di persone in servizio nel 2009 rispetto al 2008 (+165) (nel 2008 sul 2007=+193) è accompagnato da un aumento del ricorso all’istituto del part time. Il personale del ruolo sanitario (personale infermieristico, tecnici di laboratorio e di radiologia, personale della riabilitazione, ecc.) – con l’esclusione dei dirigenti – rappresenta il 47,9% del totale (nel 2008=47,18 – nel 2006=47,22 – nel 2005=47,67 – nel 2004=47,11 – nel 2003=48), mentre il personale del ruolo tecnico (informatici, statistici, operatori tecnici addetti all’assistenza e ai servizi economici, ausiliari, ecc.) si assesta intorno al 23,7% del totale (nel 2008=25,0 – nel 2007= 24,8 – nel 2006=24,9 – nel 2005=24,89 – nel 2004=24,40 – nel 2003=24,0). Il Grafico 3.29 descrive la consistenza delle risorse umane a disposizione dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari, suddivise per ruolo^[51], nel periodo 2001-2009. La Tabella 3.70 e il Grafico 3.30 descrivono la consistenza media delle risorse umane a disposizione dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari nel corso dell’anno 2009 (media annuale) in termini d’unità equivalenti di personale e relativo costo.

TAB. 3.69 Personale dipendente dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari: unità equivalenti – Anni 2001-2009

	personale CON RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE	di cui IN REGIME TEMPO PARZIALE		unità equivalenti (di- cembre)
	N.	N.	%	
2001	7.013	1.158	16,5	6.647
2002	7.031	1.175	16,7	6.676
2003	7.181	1.279	17,8	6.753
2004	7.260	1.510	20,8	6.828
2005	7.338	1.597	21,8	6.872
2006	7.467	1.612	21,6	6.947
2007	7.588	1.653	21,8	7.072
2008	7.781	1.709	22,0	7.223
2009	7.863	1.699	21,6	7.388

^[51] Nel 2008 il personale dipendente del SSN – personale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie integrate – ammonta a 638.459 unità (in diminuzione rispetto alle 649.248 unità del 2007). I maschi sono 239.614 e le femmine 398.845 (63,4%). La ripartizione per ruolo è la seguente: il 70,0% ruolo sanitario, il 18,1% ruolo tecnico, il 11,7% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Nell’ambito del ruolo sanitario, il rapporto fra infermieri e medici si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico (medici=105.792; infermieri 160.787). (Fonte: Ministero della salute - Direzione generale del Sistema informativo, Ufficio di direzione statistica)

GRAF. 3.29 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, distinto per ruolo: unità equivalenti – Anni 2001-2009



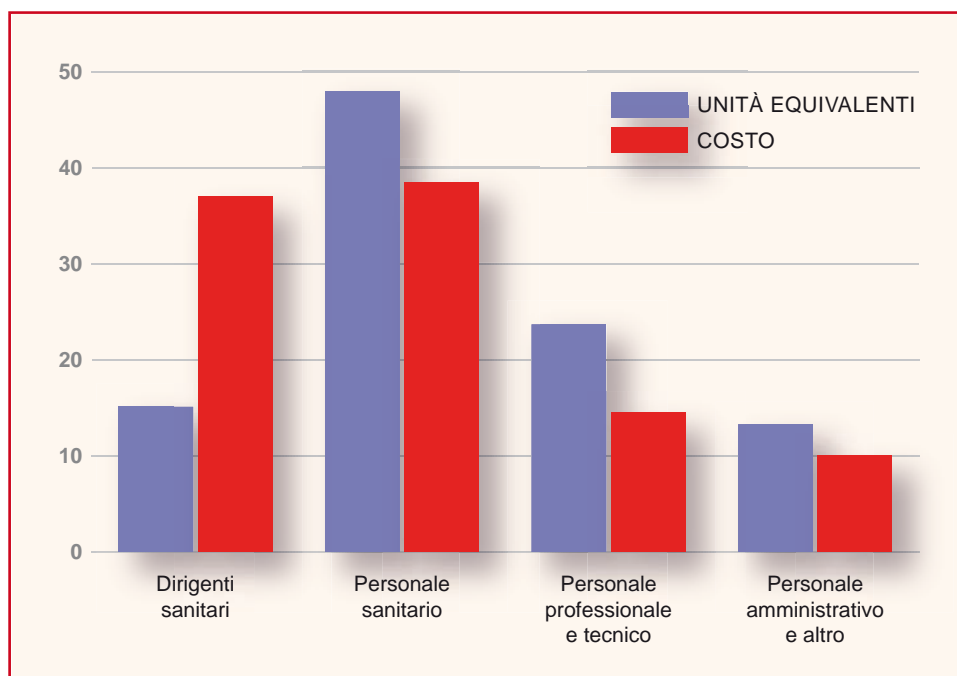
AB. 3.70 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari: unità equivalenti e costo – Anno 2009

QUALIFICA O MANSIONE	UNITÀ EQUIVALENTI	%	COSTO	%
Direttore Medico	109	9,72	23.598.504	15,22
Dirigente Medico	865,56	77,18	113.633.080	73,28
Direttore Farmacista	3	0,27	552.000	0,36
Dirigente Farmacista	15,08	1,35	1.779.833	1,15
Direttore Veterinario	4,75	0,42	954.750	0,62
Dirigente Veterinario	37,50	3,34	4.809.999	3,10
Dirigente Biologo	25,67	2,29	3.044.418	1,96
Dirigente Chimico	1,50	0,13	188.250	0,12
Direttore Fisico	1	0,09	181.000	0,12
Dirigente Fisico	7,68	0,68	802.560	0,52
Direttore Psicologo	1,583	0,14	277.083	0,18
Dirigente Psicologo	46,606	4,16	4.971.034	3,21
Dirigente odontoiatra	2,5	0,22	275.000	0,18
Totale	1.121,43	15,18	155.067.510	37,04

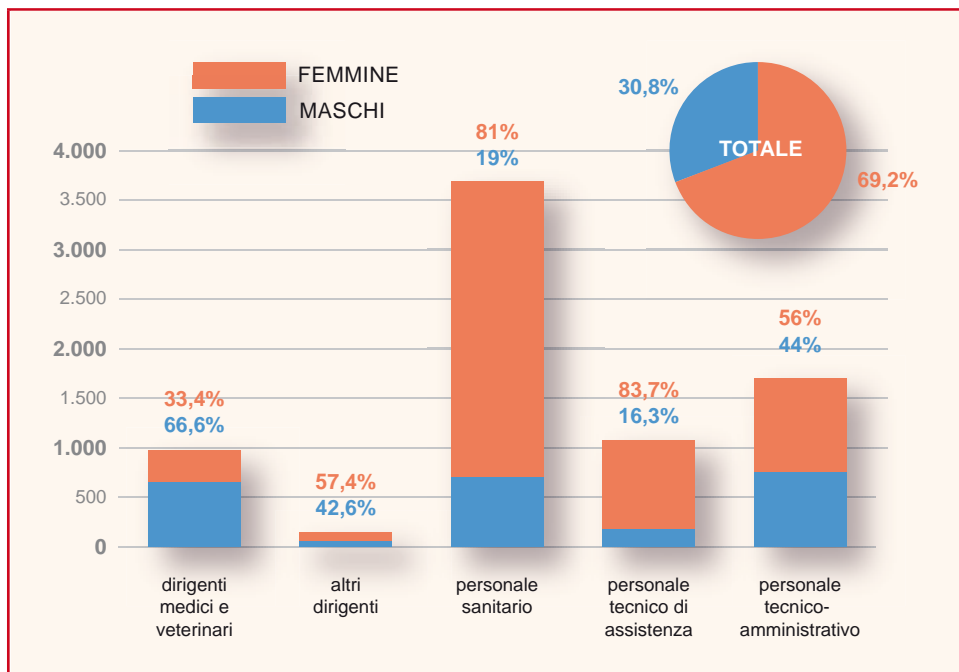
QUALIFICA O MANSIONE	UNITÀ EQUIVALENTI	%	COSTO	%
Dirigente Ass. Infermieristica	1,67	0,05	153.333	0,10
Collab. Prof. Sanitario Esperto - Inferm	196,35	5,55	11.327.006	7,03
Collab. Prof. Sanitario - Pers. Inferm.	2.386,39	67,50	108.268.066	67,23
Oper. Prof. Sanitario Pers. Inferm.	160,31	4,53	6.893.180	4,28
Collab. Prof. Sanitario Esperto - Pers. Tec. Sanit.	25,25	0,71	1.489.751	0,93
Collab. Prof. Sanitario - Pers. Tec. Sanit.	363,52	10,28	15.948.694	9,90
Collab. Prof. Sanitario Esperto Pers. Vigil. Ispez.	3	0,08	172.500	0,11
Collab. Prof. Sanitario Pers. Vigil. Ispez.	75,83	2,14	3.316.397	2,06
Collab. Prof. Sanitario Esperto - Pers. Riabilit.	18,93	0,54	1.041.333	0,65
Collab. Prof. Sanitario Pers. Riabilit.	301,12	8,52	12.310.194	7,64
Oper. Prof. Sanitario Pers. Riabilit.	3,19	0,09	116.488	0,07
Totale	3.535,56	47,85	161.036.941	38,46
Dirigente Ingegnere	11	0,63	1.391.500	2,29
Assistente Religioso	1	0,06	38.000	0,06
Giornalista	2	0,11	140.000	0,23
Dirigente Analista	5	0,29	600.000	0,99
Dirigente Statistico	1,61	0,09	161.000	0,26
Collab. Prof. Esperto Assistente Sociale	1	0,06	52.000	0,09
Collab. Prof. Assistente Sociale	14,79	0,84	583.133	0,96
Collaboratore Tecnico Prof. Esperto	9,83	0,56	452.180	0,74
Assistente Tecnico	52,373	2,99	1.990.189	3,27
Collaboratore Tecnico Prof.	32,66	1,87	1.437.041	2,36
Operatore Tecnico Specializzato	349,41	19,96	12.541.170	20,62
Operatore Tecnico	266,49	15,23	8.792.108	14,46
Operatore Tecnico Addetto All'assistenza	29,50	1,69	964.453	1,59
Operatore Socio Sanitario	719,88	41,13	24.062.576	39,57
Ausiliario Specializzato	253,60	14,49	7.603.475	12,50
Totale	1.750,14	23,69	60.808.824	14,52
Dirigente Amministrativo	22,33	2,46	3.126.668	8,28
Collab. Amministrativo Prof. Esperto	34,6933	3,82	1.794.581	4,75
Collab. Amministrativo Prof.	109,99	12,12	4.608.555	12,20
Assistente Amministrativo	382,22	42,12	14.080.242	37,28
Coadiutore Amministrativo	348,13	38,36	11.640.817	30,82
Direttore	10,08	1,11	2.520.833	6,67
Totale	907,45	12,28	37.771.696	9,02

QUALIFICA O MANSIONE	UNITÀ EQUIVALENTI	%	COSTO	%
Altri	0,84	1,14	21.000	0,53
Personale Pat - 4° livello	0,67	0,91	15.410	0,39
Personale Pat - 7° livello	5	6,76	187.500	4,69
Personale Pat - 8° livello	2	2,70	79.000	1,98
Incarico Lib. Prof. - Medico	16,80	22,71	1.471.436	36,82
Incarico Lib. Prof. - Biologo		0,00		0,00
Incarico Lib. Prof. - Psicologo	0,02	0,03	1.733	0,04
Incarico Lib. Prof. - Pers. Inferm.	39,93	53,98	1.896.421	47,45
Incarico Lib. Prof. - Pers. Tec. Sanit.	0,89	1,20	46.300	1,16
Incarico Lib. Prof. - Pers. Con Funz. Di Riab.	0,69	0,93	32.800	0,82
Incarico Lib. Prof. - Statistico	0,92	1,24	50.333	1,26
Incarico Lib. Prof. - ASS. SOCIALE	0,15	0,20	6.445	0,16
Incarico Lib. Prof. - operatore ausiliario	5,17	6,98	155.000	3,88
Incarico Lib. Prof. - Amministrativo	0,9	1,22	32.925	0,82
Totale	73,97	1,00	3.996.304	0,95
TOTALE GENERALE	7.388,55	100	418.681.275	100

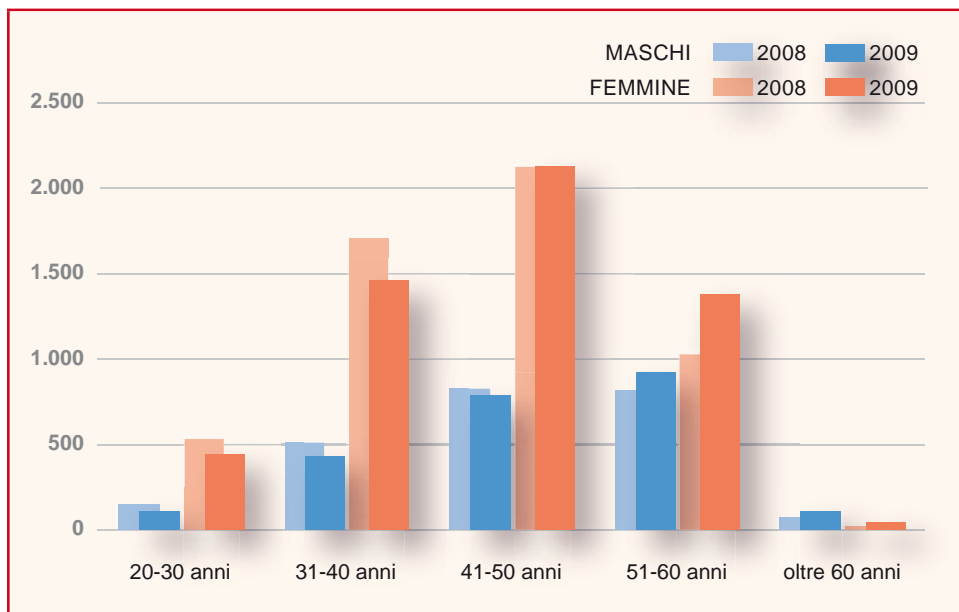
GRAF. 3.30 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari: % unità equivalenti e % costo - Anno 2009



GRAF. 3.31 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, distinto per ruolo e genere – Anno 2009



GRAF. 3.32 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per classe di età – Anni 2008 e 2009



In APSS il 7% del personale dipendente ha un'età inferiore ai 30 anni, il 68% ha più di 40 anni (e il 31% ha più di 50 anni).

Rispetto ai livelli d'assistenza sanitaria, il personale è funzionalmente distribuito come rappresentato nella Tabella 3.71.

TAB. 3.71 Personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per livello di assistenza – Anni 2005-2008

	2005		2006		2007		2008		2009	
	u. e.	%	u. e.	%	u. e.	%	u. e.	%	u. e.	%
COLLETTIVA	307	4,5	304	4,4	307	4,3	300	4,2	300	4,1
DISTRETTUALE	2.160	31,4	2.171	31,2	2.078	29,4	2.144	29,7	2.213	30,0
OSPEDALIERA	3.971	57,8	4.029	58,0	4.242	60,0	4.337	60,0	4.423	59,9
ATTIVITÀ DI SUPPORTO	435	6,3	444	6,4	444	6,3	442	6,1	452	6,1
TOTALE	6.873	100,0	6.948	100,0	7.071	100,0	7.223	100,0	7.388	100,0

Fonte: elaborazione Servizio economia e programmazione sanitaria, su dati APSS

3.7 La spesa sanitaria di parte capitale

La legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 prevede, all'articolo 6 bis, che la Giunta provinciale con proprio provvedimento detti gli indirizzi e il contenuto dei programmi degli investimenti sanitari, tenuto conto delle risorse stanziare al fondo sanitario provinciale di parte capitale.

Annualmente, in sede di riparto del predetto fondo, è adottato il programma degli investimenti per quanto attiene agli acquisti di attrezzature sanitarie, di attrezzature economali e di presidi protesici. Per gli investimenti di edilizia la normativa provinciale in materia di programmazione settoriale – in particolare, l'articolo 14, lettera f) del D.P.G.P. 25 settembre 2000, n. 24-42/Leg. e ss. mm. – individua il *Piano degli investimenti di edilizia sanitaria* quale piano pluriennale di legislatura.

Si ritiene utile, in questo contesto, presentare l'andamento temporale della spesa in conto capitale distinguendo l'*edilizia sanitaria* dai programmi di *acquisto delle attrezzature*.

Per quanto concerne il settore dell'edilizia sanitaria, va segnalato che *tutti gli ospedali della provincia sono attualmente oggetto di consistenti lavori di ammodernamento e in taluni casi anche di ampliamento* al fine di adeguarli sia alla normativa concernente i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici necessari per l'accreditamento, sia alla normativa di sicurezza e infine alle nuove e moderne esigenze assistenziali e organizzative. Parte degli interventi sono cofinanziati dallo Stato in base alle disposizioni recate dall'articolo 20 della legge n. 67/1988

TAB. 3.72 Edilizia sanitaria: risorse stanziare dal bilancio della Provincia autonoma di Trento – Anni 2000-2009 (importi in euro)

Anno	Assegnazioni APSS	Spese dirette	Totale
2000	12.085.091,44	19.225.108,07	31.310.199,51
2001	16.049.156,38	27.444.451,51	43.493.607,89
2002	44.152.143,57	26.278.881,80	70.431.025,37
2003	40.862.253,15	13.200.839,68	54.063.092,83
2004	16.621.349,77	13.797.999,94	30.419.349,71
2005	10.703.000,00	7.479.240,27	18.182.240,27
2006	14.200.000,00	8.600.000,00	22.800.000,00
2007	12.294.000,00	20.249.740,00	32.543.740,00
2008	22.362.791,49	21.362.208,51	43.725.000,00
2009	20.000.000,00	16.463.000,00	36.463.000,00

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

(seconda e terza fase) e in base a specifiche normative di settore (legge n. 135/90 e legge n. 39/99). Gli interventi sono realizzati sia dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari sia dalle competenti strutture della Provincia autonoma di Trento.

Per interventi di edilizia sanitaria, negli ultimi anni sono state stanziare le risorse finanziarie descritte nella Tabella 3.72.

Alla Provincia è stata affidata la *ristrutturazione dell'Ospedale di Trento – presidio S. Chiara* e la *realizzazione dell'Ospedale Specialistico Villa Rosa di Pergine*.

Con riferimento a quest'ultimo, va segnalato che nell'ambito della riabilitazione, la struttura d'offerta del Servizio sanitario provinciale si articola attraverso l'integrazione funzionale pubblico/privato.

Con l'attivazione del "nuovo ospedale Villa Rosa di Pergine" – che sostituirà completamente l'attuale ospedale e passerà dagli attuali 77 a 132 posti letto complessivi (108 posti letto per ricovero ordinario e di n. 24 posti letto per ricovero diurno) prevedendo dotazioni spaziali, strumentali e professionali di massimo livello – la riabilitazione ospedaliera consegue un forte potenziamento rispetto, sia alle attività già assicurate dal Servizio sanitario provinciale, sia alle attività che oggi trovano risposta fuori provincia o non sono assunte in carico.

La funzione dell'Ospedale Villa Rosa è quella di centro di riferimento ad alta specializzazione, per le attività riabilitative provinciali, collegato in rete con tutti gli altri servizi.

Secondo le previsioni di programmazione sanitaria e in coerenza con quanto previsto per il *Nuovo Ospedale del Trentino* – all'interno del quale sarà prevista solo un'area di terzo livello dedicata al trattamento di pazienti non ancora stabilizzati per il trasferimento nelle strutture di riabilitazione – nel "Nuovo Villa Rosa" devono essere concentrate le *attività di riabilitazione a favore di pazienti motulesi e neurolesesi del Distretto di Trento e dell'Alta Valsugana, nonché le attività riabilitative di alto livello per l'intero Servizio sanitario provinciale*, al fine di garantire al cittadino il trattamento di patologie a elevato peso clinico-riabilitativo.

All'interno del presidio devono trovare collocazione le seguenti tipologie di riabilitazione e di servizi: Riabilitazione motoria, Riabilitazione cardiologica, Riabilitazione respiratoria, Nucleo stati vegetativi (modulo temporaneo e modulo residenziale), Attività didattica.

I livelli e le tipologie di prestazione previsti possono diventare attrattivi anche per pazienti extraprovinciali e, in tale ottica, il Nuovo Ospedale Villa Rosa è stato progettato e realizzato con una vocazione di carattere interregionale e d'eccellenza e, pertanto, la sua mission può comprendere altre attività di rieducazione di organo al fine di configurare un polo riabilitativo multivalente. La nuova struttura si presta inoltre a essere sede di *attività formative*, anche in collaborazione con le sedi universitarie delle regioni limitrofe.

Nel quadro descritto, la Provincia ha assegnato all'Azienda sanitaria l'obiettivo di predisporre uno specifico *"Piano strategico per l'avvio e l'esercizio del Nuovo*

Ospedale Villa Rosa, con relativo Piano delle attività e Piano economico-finanziari”, provvedendo, in particolare a:

- ▶ ridefinire, anche attraverso confronti tecnici con le strutture private accreditate, il regime di assistenza ospedaliera più appropriato (ordinario, day hospital) in cui eseguire le prestazioni di riabilitazione;
- ▶ promuovere e realizzare attività progettuali e accordi di collaborazione con i servizi sanitari limitrofi, per sviluppare le sinergie e intese ritenute utili e/o necessarie per conseguire in concreto la configurazione programmata per il presidio;
- ▶ ricalibrare, fra le diverse strutture di erogazione, le tipologie di attività riabilitativa e i rispettivi volumi, al fine di assicurare la congruità delle tipologie e dei volumi di attività assegnati al nuovo ospedale e la relativa sostenibilità sotto il profilo organizzativo-gestionale (modalità di reclutamento e accesso dei pazienti, standard di personale necessario, fabbisogno di personale aggiuntivo, modalità di ricollocazione del personale dipendente) ed economico complessivo (dimostrazione di tendenziale pareggio di bilancio);
- ▶ proseguire le iniziative di collaborazione con l’Università di Trento nel campo della riabilitazione neuro-cognitiva (formazione specialistica del personale e attività di ricerca finalizzata a comprendere la natura dei disturbi cognitivi e i modi migliori per il loro recupero in termini assistenziali);
- ▶ analizzare la fattibilità, in termini di costi e benefici, di collocare nel presidio anche servizi di attività didattica.

Riguardo alla realizzazione del *“Nuovo Ospedale del Trentino”*, è completata la predisposizione del documento preparatorio tecnico-progettuale quale base della gara di progettazione dell’opera; è in corso la definizione del bando di gara, nella sua accezione più completa (parte giuridico-amministrativa e parte tecnico-ingegneristica). Sono inoltre in corso i lavori di approntamento delle aree.

Le risorse assegnate all’Azienda provinciale per i servizi sanitari coprono invece tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare sanitario, gli interventi di realizzazione e ristrutturazione degli immobili dei distretti sanitari e gli interventi di ristrutturazione degli Ospedali di Rovereto – presidio S. Maria del Carmine, di Cavalese, di Tione, di Cles e di Borgo Valsugana.

Riguardo ai singoli presidi ospedalieri, l’andamento dei lavori al termine del 2009, è descritto nella parte terza della presente relazione (*Gestione degli immobili – Interventi sulle strutture*, pag. 289).

Per quanto riguarda gli interventi manutentivi maggiormente rilevanti eseguiti sul patrimonio immobiliare, si evidenziano nella Tabella 3.73, quelli trasmessi alla Provincia.

TAB. 3.73 Lavori più significativi eseguiti nell'anno 2009 (importi in euro)

ALA – Risanamento conservativo ex convitto comunale “S.Pellico” da destinare a studentato universitario	7.760.000,00
ARCO – Lavori di ristrutturazione del “Padiglione B” dell'Ospedale Alto Garda e Ledro	7.264.000,00
BEZZECA – Lavori di manutenzione straordinaria per il Centro servizi sanitari di Bezzecca	1.300.000,00
BORGO VALSUGANA – Costruzione del parcheggio multipiano a servizio dell'Ospedale S. Lorenzo	2.263.108,98
BORGO VALSUGANA – Ampliamento nuovo edificio	1.200.000,00
BORGO VALSUGANA – Nuova autorimessa ambulanze a servizio del P.O. S. Lorenzo	1.500.000,00
BORGO VALSUGANA – Ristrutturazione e ampliamento edificio principale	15.300.000,00
BRENTONICO – Poliambulatorio p.ed. 1373 e p.f. 47/1 in C.C. di Brentonico	997.555,30
CAVALESE – Ospedale di Cavalese – 1° Stralcio	10.931.233,76
CAVALESE – Costruzione nuova elisuperficie a servizio dell'Ospedale di Cavalese	1.050.000,00
CAVEDINE – Casa della salute di Stravino	1.500.000,00
CLES – Ampliamento e ristrutturazione Ospedale di Cles – IV LOTTO	23.172.000,00
CLES – Opere di completamento previsti nell'ottava variante progettuale dei lavori di ampliamento e ristrutturazione del P.O. di Cles – IV lotto	2.949.116,37
CONDINO – Sistemazione CSS di Condino p.ed 948	1.605.000,00
MEZZOLOMBARDO – Realizzazione del Centro per servizi sanitari-assistenziali	1.783.000,00
MEZZOLOMBARDO – Ristrutturazione del piano rialzato del Presidio S. Giovanni	2.350.000,00
PERGINE VALSUGANA – Ristrutturazione edificio Perusini	806.075,66
PINZOLO – Realizzazione della Casa della Salute a Pinzolo	1.800.000,00
ROVERETO – Lavori di ampliamento e ristrutturazione del Presidio ospedaliero S. Maria del Carmine di Rovereto – II lotto	18.571.566,04
ROVERETO – Progetto di riorganizzazione spaziale e funzionale dell'Ospedale S. Maria del Carmine – III lotto – Primo stralcio	12.000.000,00
ROVERETO – Completamento Centrale Sterilizzazione Ospedale S. Maria del Carmine	2.800.000,00
ROVERETO – Ospedale S. Maria del Carmine – Messa a norma antincendio	5.500.000,00
ROVERETO – Realizzazione sede per le attività amministrative e territoriali del distretto mediante il recupero urbanistico dell'area ex Bimac in Rovereto	7.190.000,00
ROVERETO – Ristrutturazione del P.O. S. Maria del Carmine II Lotto – Variante n. 3 Nuovo reparto endoscopia digestiva	2.370.000,00
STORO – Realizzazione di un Centro Servizi Sanitari	3.033.430,00
TIONE – Elisuperficie – Lavori di potenziamento e adeguamento al volo notturno	1.843.500,00
TIONE – Progetto per la riorganizzazione della struttura sanitaria mandamentale di Tione II° lotto esecutivo – 1° Stralcio	17.691.799,18
TRENTO – Adeguamento normativo degli spazi al 3° piano del P.O. S. Chiara – Reparto Ostetricia e Ginecologia	4.000.000,00
TRENTO – Adeguamento strutturale ed antincendio e ristrutturazione del piano rialzato dell'edificio ex Enpass di Via Petrarca a Trento – Centro di salute mentale	2.095.000,00

TRENTO – Lavori di riqualificazione degli spazi al 6° piano del P.O. S. Chiara di Trento – Reparto Medicina	5.200.000,00
TRENTO – Lavori di riqualificazione degli spazi al 5° piano del P.O. S. Chiara di Trento – Neurologia e degenze Neurochirurgia	4.700.000,00
TRENTO – Progetto di ristrutturazione ed adeguamento dei laboratori dell'U.O. di Anatomia Patologica presso il P.O. S. Chiara	2.600.000,00
TRENTO – Realizzazione del laboratorio di Igiene Epidemiologica e Sanità Pubblica presso Centro Servizi Sanitari	2.700.000,00
TRENTO – Realizzazione della struttura di Ematologia e della sezione malattie infettive al 3°, 4° e parte del 5° piano del corpo V del P.O. S. Chiara di Trento	2.800.000,00
TRENTO – Ristrutturazione di una parte del P.O. Villa Igea di Trento per la realizzazione di un centro di Chirurgia Polispécialistica a ciclo di ricovero diurno	5.540.000,00
TOTALE	186.166.385,29

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-economiche*, che comprendono gli acquisti di beni mobili e di arredi, di attrezzature informatiche, di automezzi e ambulanze e di altre attrezzature;
- ▶ *presidi protesici*.

Nel corso degli ultimi anni le risorse finanziarie destinate agli investimenti tecnologici sono notevolmente e progressivamente aumentate come descritto nella Tabella 3.74.

TAB. 3.74 Attrezzature: risorse finanziarie stanziati dal bilancio della Provincia autonoma di Trento – Anni 2000-2009 (importi in euro)

Anno	Attrezzature economiche	Presidi protesici	Attrezzature sanitarie	Sistema PACS	TOTALE
2000	3.666.843,99	1.032.913,80	8.376.862,75		13.076.620,54
2001	5.267.860,37	2.918.114,88	7.940.266,58		16.126.241,83
2002	6.418.925,90	2.250.000,13	7.891.329,64		16.560.255,67
2003	5.400.000,00	3.100.000,00	7.500.000,00	3.000.000,00	19.000.000,00
2004	7.716.000,00	3.964.226,16	16.660.491,60	3.500.000,00	31.840.717,76
2005	6.000.000,00	3.023.868,00	8.476.132,00	2.500.000,00	20.000.000,00
2006	4.500.000,00	3.499.590,00	8.000.410,00	1.000.000,00	17.000.000,00
2007	7.000.000,00	2.996.900,00	7.003.100,00	1.600.000,00	18.600.000,00
2008	10.638.872,00	4.551.128,00	3.005.000,00		18.195.000,00
2009	6.000.000,00	3.000.000,00	13.130.000,00		22.130.000,00

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

L'elaborazione e predisposizione del *programma di investimenti* avviene tramite una complessa procedura che comporta il coinvolgimento delle diverse strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari che, nell'ambito di una apposita commissione, valuta le necessità di acquisire o sostituire le apparecchiature nonché l'opportunità di dotarsi di sistemi innovativi al fine di meglio qualificare il servizio sanitario. Il programma è quindi approvato e finanziato dalla Giunta provinciale.

Per quanto riguarda il finanziamento si segnala che le assegnazioni per *attrezzature economali per presidi protesici* sono effettuate in maniera indistinta all'Azienda sanitaria, la quale utilizza le risorse per gli acquisti in tutti i distretti sanitari.

Al contrario, per le *attrezzature sanitarie*, le risorse sono assegnate in via previsionale ai singoli distretti sanitari e alle direzioni: gran parte delle risorse è assegnata per le *sostituzioni* e le *innovazioni* negli ospedali di Trento e di Rovereto e nel Dipartimento di diagnostica per immagini, anche se molta attenzione è riservata agli ospedali di periferia.

Tra gli acquisti più rilevanti eseguiti nel corso dell'esercizio 2007 a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari sono da segnalare, riguardo ai predetti programmi di spesa, quelli descritti nella Tabella 3.75

TAB. 3.75 Attrezzature: acquisti più significativi – 2009 (importi in euro)

ATTREZZATURE SANITARIE	
Investimenti straordinari – Villa Rosa	121.148
Spese per manutenzione straordinaria apparecchiature	77.800
Acceleratore lineare	840.000
Apparecchiature anestesia/rianimazione e varie	134.298
Apparecchiature otorino	48.078
Apparecchiature oculistica	116.086
Attrezzature varie per sale operatorie	123.341
Aspiratori chirurgici	34.435
Attrezzature laboratorio	600.118
Attrezzature fisioterapia	111.309
Attrezzature neurologia	24.786
Autoclavi, lavaendoscopi, lavastrumenti, ultrasuoni e varie	188.185
Broncoscopi	15.588
Holter per gastroscopia	17.400
Sistema radiologia dig., mammografia, ortopanto., portat. rx, tac	3.498.679
Centr. monitoraggio e monitor accessori	88.163

Colonscopio	34.636
Defibrillatori	139.574
Dermotomi, fototerapia ed infrarossi	45.221
Dosimetro fisica	10.418
Doppler vascolari	2.758
Ecografi	739.020
Ecocardiografi	421.050
Elettrobisturi	124.379
Elettrocardiografi, cicloergometri, holter	222.262
Incubatrici, isole neonatali, ventilatori neonatali	260.716
Lampade scialitiche	18.351
Letti per rianimazione e ucic	56.069
Attrezzature varie per 118	11.676
Microinfusori insulina e attrezzature varie centro antidiabetico	39.945
Microscopi da laboratorio e operatori + accessori	92.961
Misuratore vescicale, uroflussometro, urodinamica, cistoscopi	78.576
Pressione positiva, misuratore tempi di reazione	13.242
Pompe a siringa	35.452
Sonde per ecografi	75.256
Pensili per sale operatorie	43.367
Pulsossimetri	52.127
Riuniti oftalmici e dentali	59.420
Sistema laparo/istero/artroscopia più ottiche	58.949
Sistema osmosi	21.840
Spirometri	2.376
Tavoli operatori e accessori	94.860
Trapani e seghe ortopediche e otologiche	62.509
Totale	8.856.443
INTERVENTI PRIORITARI EX LEGGE N. 626/1994	534.740
ARREDI E ATTREZZATURE ECONOMICI	
Arredi ristrutturazioni varie ospedale S. Chiara	306.835
Arredi nuovo centro per i servizi sanitari di Fondo	21.121
Arredi nuovo centro per i servizi sanitari di Condino	57.045
Arredi consultorio Mezzolombardo	27.698
Telefonia	10.872

Attrezzature per cucina	27.487
Automezzi	180.331
Indistinte sede	296.447
Attrezzature tecnico economali - Trento	119.187
Attrezzature tecnico economali - Rovereto	139.054
Attrezzature tecnico economali - Distretto Fiemme e Fassa	57.345
Attrezzature tecnico economali - Distretto Bassa Valsugana	36.351
Attrezzature tecnico economali - Distretto Alta Valsugana	45.863
Attrezzature tecnico economali - Distretto Trento Valle dei Laghi	47.944
Attrezzature tecnico economali - Distretto Valle di Non e di Sole	32.897
Attrezzature tecnico economali - Distretto Rendena	33.235
Attrezzature tecnico economali - Distretto Alto Garda Ledro	67.986
Attrezzature tecnico economali - Distretto Vallagarina	40.263
Totale	1.547.967
PIANO INFORMATICA	3.138.020
PRESIDI PROTESICI	123.605
TOTALE	13.818.352

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria.

Parte III
Stato di attuazione
della programmazione sanitaria
provinciale

Premessa

In dipendenza dello stretto legame con lo sviluppo socio-economico e con le condizioni di vita generali delle popolazioni, la tutela della salute delle persone e delle collettività è assicurata con diversi gradi di intensità e differenti modalità nei vari periodi e contesti: infatti, le condizioni di tutela della salute rispecchiano l'evoluzione storica, sociale e politica e – implicando l'azione coordinata di più soggetti protagonisti nel sistema in funzione dell'organizzazione sanitaria adottata nel singolo Paese – sono strettamente connesse ai diversi modelli istituzionali vigenti.

Per le ragioni appena espresse, la presentazione e valutazione dello stato di attuazione della programmazione sanitaria provinciale richiede:

- ▶ da un lato, *un propedeutico sforzo di contestualizzazione* che consenta di apprezzare – attraverso un sintetico ma efficace esame – gli elementi essenziali e le principali caratteristiche dell'attuale *contesto generale del settore sanitario italiano*;
- ▶ dall'altro, la considerazione degli *indirizzi strategici di politica sanitaria* che il governo provinciale delinea per garantire il funzionamento e la sostenibilità del Servizio sanitario trentino, nonché l'esame delle *attività più significative realizzate* dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari *in via autonoma* e con riferimento agli *obiettivi specifici di razionalizzazione e miglioramento assegnati* all'Azienda dalla Giunta provinciale.

4 Il contesto sanitario italiano

Sotto il profilo dello stato di salute della popolazione, in Italia si è da lungo tempo consolidata la *transizione epidemiologica* caratterizzata dal passaggio, del carico di malattia e del conseguente bisogno di assistenza, *dal rischio infettivo alla cronicità*.

In misura via via crescente negli ultimi anni, il nostro Paese ha visto – anche grazie al miglioramento della tempestività e dell’accuratezza delle diagnosi e dell’efficacia dei trattamenti disponibili – un’importante e *costante riduzione della mortalità a tutte le età*.

Le prospettive di sopravvivenza della popolazione italiana non sono mai state così favorevoli come negli anni recenti e *la tendenza all’aumento dell’aspettativa di vita* – in virtù della riduzione della mortalità e di una lieve ripresa della natalità (soprattutto straniera che pone, peraltro, particolare problemi inerenti agli aspetti organizzativi dei servizi) – determina un *invecchiamento progressivo della popolazione generale*.

Con specifico riferimento ai profili demografico, epidemiologico e nosologico, va considerato tra l’altro che:

1. la concezione della *salute* come *“bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale”* che vede nelle *“persone stesse la maggiore risorsa”*, impone di attivare interventi organici (che coinvolgono settori diversi della società e delle istituzioni) di prevenzione e contenimento dei fattori di rischio – sia in ambito individuale che collettivo/comunitario – finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi (stili di vita) e a migliorare i contesti ambientali e socio-economici; del resto, la demografia storica dimostra che anche la transizione epidemiologica di cui si è detto sopra è stata ottenuta con cambiamenti ambientali e di stile di vita; la salute rappresenta il risultato marginale di tutte le politiche e gli interventi che riguardano lo sviluppo (educazione, occupazione, welfare, urbanistica, infrastrutture, tecnologia, ecc) e, per questo, dovrebbe emergere un orientamento finalizzato a sottoporre ogni intervento di una certa rilevanza alla valutazione del suo impatto sulla salute (*Health Impact*

- Assessment*); d'altro canto, poiché la salute è prodotta dagli individui e dalle famiglie e non dai medici né dagli ospedali, è necessario offrire – oltre alla mappa dei diritti e dei servizi – più informazioni sulla salute e più educazione sanitaria come mezzi efficienti che producono salute individuale e collettiva;
2. una società all'interno della quale *aumenta in maniera rilevante la presenza degli anziani e diminuisce quella dei giovani* è obbligata a riconsiderare in maniera complessiva le proprie forme organizzative, in quanto *i cambiamenti nella struttura della popolazione* vedono l'azione simultanea della diminuzione della base contributiva attiva e dell'aumento della quota di popolazione da assistere e investono in modo diretto la famiglia chiamando soprattutto le età di mezzo a prendersi cura sia dei figli che dei genitori anziani bisognosi di cure; a questo proposito, i giudizi non sono univoci nel ritenere che *il sistema sanitario sia finora riuscito ad assorbire e soddisfare, adeguatamente e uniformemente, le richieste di assistenza dipendenti dall'invecchiamento della popolazione e, soprattutto, che ci riuscirà negli anni a venire*;
 3. se si è ridotta la mortalità per le malattie cardiovascolari, per quelle oncologiche e per quelle respiratorie, il numero di persone affette da queste patologie aumenta e comporta un *incremento del bisogno d'assistenza sanitaria e di servizi socio-sanitari* con conseguenti e pesanti implicazioni in termini di risorse necessarie; conseguentemente, *il favorevole aumento della speranza di vita media non porta a una visione altrettanto positiva dello stato di salute della popolazione: l'invecchiamento e l'aumento progressivo di malattie croniche e degenerative rendono sempre più impegnativo e oneroso il mantenimento di un buon livello della qualità degli anni di vita "guadagnati"*; sarà necessario, per questo, un supplementare impegno del Servizio sanitario nazionale in termini di qualificazione del rapporto quotidiano con il paziente;
 4. sul versante della *salute in età evolutiva* (fasi più delicate e vulnerabili della vita: nascita, infanzia, adolescenza) se da un lato sono stati consolidati risultati positivi grazie alle attività di prevenzione (educazione, vaccinazioni, ...), d'altro lato si registrano *nuove emergenze legate a condizioni patologiche e, soprattutto, psicologiche* (tra i bambini e i ragazzi aumentano i disturbi dello sviluppo e comportamentali ed è necessario mettersi in condizione di fare "diagnosi precoce del disagio") oltre a diverse criticità, sul piano organizzativo, riguardo all'assistenza ostetrico-neonatale (punti nascita) alla pediatria (di base e ospedaliera) e alla neuropsichiatria infantile; per questo, anche in termini di investimento per il futuro, questo ambito di tutela deve essere considerato prioritario riservando a esso particolare attenzione in termini di monitoraggio e di miglioramento.

Oltre che dalle dinamiche demografiche e epidemiologiche, fondamentali nel medio-lungo periodo, la situazione sanitaria italiana sarà influenzata:

- ▶ dalle *politiche sanitarie delineate dall'OMS e dalla Comunità Europea*, anche in ragione dei nuovi scenari indotti dalla mobilità dei pazienti in ambito europeo;

- ▶ dalla *situazione economica generale del nostro Paese* che registra – in un quadro di crisi finanziaria che sta interessando l'intera economia mondiale con tassi di crescita drasticamente e improvvisamente regressivi e ormai evidenti ripercussioni sull'economia reale – una *fase di recessione* con impatto pesante sull'economia e sui conti pubblici (caduta delle entrate e peggioramento rapporto deficit-Pil) imponendo un costante e progressivo impegno nella ricerca dell'efficienza, nella definizione delle priorità, nel contenimento dei costi e, più in generale, nella valutazione della sostenibilità di sistema;
- ▶ dagli *assetti istituzionali*, e relative conseguenze sul piano organizzativo e operativo, che discenderanno dalle indicazioni di dettaglio via via assunte in tema di *federalismo sanitario e fiscale*; sulla base della conferma del *Servizio sanitario nazionale* e dei principi generali che lo informano ^[1] – sussidiarietà, responsabilità, adeguatezza e differenziazione, equità e solidarietà – elemento portante del nostro assetto sanitario è il concetto di *universalismo "selettivo"* introdotto con la determinazione dei *Livelli Essenziali di Assistenza* che costituiscono il sistema di garanzie e prestazioni sanitarie da assicurare uniformemente sul territorio nazionale pur all'interno del processo di federalismo sanitario, della gratuità e della libera scelta dei professionisti e dei luoghi di cura;
- ▶ dagli *obiettivi indicati dai processi di programmazione sanitaria in corso* che necessitano di ulteriori passaggi attuativi, di adeguamento e/o di aggiornamento.

Sotto il profilo più generale della *tutela* della salute, della *qualità complessiva* delle prestazioni erogate e del *livello di spesa* in rapporto al Prodotto Interno Lordo, il sistema sanitario italiano occupa – nelle graduatorie internazionali – una posizione di tutto rispetto: in particolare, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata sul PIL – registrata nelle più recenti statistiche OCSE – assegna all'Italia un valore pari a 8,9% che la pone in terza posizione, dopo il Regno Unito e la Spagna, ma prima di tutti gli altri Paesi europei. Peraltro, si valuta unanimemente, che in questo quadro positivo di sistema – che vede, comunque, la presenza di inapproprietezze e inefficienze particolarmente rilevanti, soprattutto in alcune regioni, con importanti disavanzi nei rispettivi bilanci – esistono significativi margini di miglioramento, sia sul piano clinico che organizzativo, in ordine soprattutto a:

- ricovero ospedaliero improprio;
- uso del pronto soccorso;
- servizi territoriali e domiciliari;

^[1] *Sussidiarietà* – intesa come partecipazione di diversi soggetti (istituzionali e non) alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini;
Responsabilità – intesa come senso del proprio ruolo e leale collaborazione;
Adeguatezza e differenziazione – intese come assegnazione della produzione del servizio al livello più basso efficiente;
Equità e solidarietà – intese come riconoscimento di livelli diversi di tutela in risposta a diversi bisogni di salute.

- assistenza specialistica e tempi di attesa;
- spesa farmaceutica;
- mobilità sanitaria passiva;
- governo del personale.

La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale richiede, nel quadro d'insieme descritto, un partecipato impegno sulle seguenti linee strategiche:

- ▶ *rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del sistema salute*: la spesa sanitaria è, nel lungo periodo, rigida in dipendenza delle caratteristiche sopra descritte (incremento demografico, invecchiamento, cronicità, strutture e tecnologia, progressi tecnico-scientifici, innovazione); nel mantenere una dinamica di crescita compatibile con la programmazione finanziaria nazionale, va assicurato al settore il livello di finanziamento necessario a coprire i costi dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria;
- ▶ *potenziamento delle forme di collaborazione, di coordinamento e di riequilibrio* ^[2] – *tra livello statale* (integrazione etica, garanzia democratica e di solidarietà, perequazione finanziaria), *livello regionale* (autonomia finanziaria e fiscale, possibilità di sostenere modelli organizzativi diversi e di integrare i livelli essenziali di assistenza con altri servizi coperti da risorse proprie), *livello locale* (enti locali e aggregazioni sociali spontanee che partecipano a programmare e valutare la tutela e l'assistenza), *livello delle aziende sanitarie* (mediazione tra strategie sanitarie, compatibilità economico-finanziaria e richieste della comunità locale) e *mercato* (elemento di valorizzazione del rapporto di concorrenza tra l'offerta pubblica e quella privata, poste su un piano di sostanziale parità attraverso i processi di autorizzazione e di accreditamento istituzionale) – finalizzate a garantire nel tempo gli elementi costitutivi (*equità e accessibilità, appropriatezza e qualità, sostenibilità finanziaria*) del sistema sanitario pubblico;
- ▶ *accessibilità, fruibilità, monitoraggio e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza* con la definizione delle priorità assistenziali basata su elementi epidemiologici, su evidenze cliniche e, anche, sull'analisi delle disuguaglianze;
- ▶ *mantenimento di standard elevati di qualità del servizio* attraverso un processo diffuso di riqualificazione delle risorse umane (costanti attività di formazione e aggiornamento continuo), del patrimonio infrastrutturale sanitario, delle

^[2] La legge 5 maggio 2009, n. 42 sul federalismo fiscale determina nuovi rapporti tra Stato e regioni definendo le relazioni in tema di acquisizione, utilizzo e gestione delle risorse della finanza pubblica: l'avvicinamento della gestione pubblica al controllo dei cittadini risulta particolarmente importante in ordine ai servizi sanitari e sociosanitari.

La legge 42/2009 prevede – nella logica pattizia di condivisione delle regole tra livelli istituzionali – la *Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale e la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica*, nonché l'emanazione di decreti delegati attuativi finalizzati a determinare fabbisogni standard e costi standard del sistema sanitario.

apparecchiature e delle procedure (governo clinico – linee guida e protocolli; sviluppo dell'*Health technology assessment* per la valutazione degli impatti, clinici, organizzativi ed economici, delle tecnologie sanitarie) e l'attività di benchmarking sia clinico che organizzativo;

- ▶ *centralità del paziente* attraverso il passaggio dalla logica di "erogazione di prestazioni" al principio della "presa in carico e continuità assistenziale", con il maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari e l'integrazione socio-sanitaria;
- ▶ *crescita culturale della popolazione* generale in termini di *partecipazione*, individuale e associativa, ai processi di programmazione e valutazione dei servizi nella consapevolezza della complessità del sistema sociale e dell'organizzazione sanitaria, di *responsabilizzazione* rispetto a valori e comportamenti, di *adesione* ai processi e programmi di promozione della salute, prevenzione (stili di vita sani), comunicazione istituzionale, educazione e sensibilizzazione sanitaria;
- ▶ *adozione di strumenti del management per la integrazione dei processi amministrativo-organizzativi con quelli assistenziali*;
- ▶ *promozione del lavoro in rete*, a livello regionale e/o intra-regionale e/o di area vasta, attraverso modelli organizzativi e istituzionali che facilitano la specializzazione e l'eccellenza dei poli, la diffusione di risposte di alto livello adeguate ai bisogni reali, l'integrazione delle funzioni e delle soggettualità pubbliche e private, territoriali e ospedaliere, preventive e curative, curative e riabilitative;
- ▶ *promozione della ricerca* (biomedica e sui servizi sanitari), sviluppando le conoscenze secondo l'esigenza di rispondere a specifici bisogni di salute e non a generici interessi scientifici e modelli formativi atti a rispondere alle richieste dei nuovi criteri di assistenza.

5

Il servizio sanitario provinciale

Introduzione

In termini di performance complessiva, il sistema sanitario trentino è valutato positivamente dalle indagini sullo stato di salute della popolazione, sulla gestione dei servizi sanitari locali e sul gradimento dei cittadini. Tale giudizio positivo è altresì confermato da recenti valutazioni di performance realizzate in termini di confronto sul piano interregionale e nazionale ^[3].

Va segnalato, in particolare, che il sistema sanitario trentino – nel rispetto delle risorse di bilancio messe a disposizione dalla Provincia – ha garantito i *livelli d'assistenza sanitaria essenziali* erogati dall'intero Servizio sanitario nazionale e, oltre a questi, specifici e consistenti *livelli di assistenza sanitaria aggiuntivi* erogati solo a beneficio dei cittadini residenti e iscritti al Servizio sanitario provinciale.

Pur collocandosi la sanità trentina in ottima posizione nell'ambito italiano va evidenziato come diversi elementi sono suscettibili di miglioramento anche nel contesto locale e, in questo senso, devono costituire oggetto di ulteriore attenzione e investimento: infatti, i risultati finora ottenuti, le esigenze e le attese delle diverse parti interessate al funzionamento del servizio sanitario provinciale – i cittadini contribuenti, i malati e le loro famiglie, il personale dipendente o convenzionato, le strutture private accreditate, la scuola, la rete dei servizi sociali, le associazioni delle categorie produttive, il volontariato – e le potenzialità del sistema trentino costituiscono, al contempo, dovere e stimolo al miglioramento continuo.

Tenendo conto dell'evoluzione del contesto generale del settore sanitario e traducendo gli aggiornamenti della programmazione sanitaria in proposte di interventi da realizzare a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari o di altri operatori del sistema-salute, il *Servizio sanitario provinciale*:

^[3] MES – Pisa Anno 2009. Si rinvia al sito web <http://www.trentinosalute.net/Temi/Valutazione-e-controllo/Valutazione-della-performance-dei-sistemi-sanitari>.

- ▶ si è via via orientato al conseguimento di **OBIETTIVI DI SALUTE** attraverso:
 - il rafforzamento della conoscenza, della responsabilizzazione e dell'autonomia decisionale degli enti locali, dei cittadini e degli utenti (*iniziative di promozione della salute, di prevenzione, di partecipazione; definizione dei profili di salute di comunità*);
 - l'adozione di strumenti di comunicazione, relazione e trasparenza, volti a costruire un rapporto efficace con i cittadini e le altre parti interessate al buon funzionamento del servizio sanitario (*Carte dei servizi sanitari, logistica, Bilancio sociale e del capitale intellettuale*) e ad assicurare l'uso appropriato dei servizi sanitari;
 - l'erogazione di attività e interventi di dimostrata appropriatezza ed efficacia in termini di esiti sulla salute individuale e collettiva, privilegiando il governo clinico dell'assistenza tramite l'individuazione partecipata e la revisione condivisa di *percorsi diagnostico-terapeutici e di linee guida/protocolli assistenziali*;
 - la *definizione puntuale dei livelli essenziali di assistenza* con riferimento a specifici settori di attività;
 - l'impegno a *diminuire le disuguaglianze* fra cittadini in termini di tutela della salute (*analisi delle differenze di genere e di età per l'accesso ai servizi sanitari*);
 - la *istituzione di servizi e attività* carenti, per i quali era necessario rivolgersi ad altri servizi sanitari regionali;
 - il *migliore utilizzo delle risorse* che la collettività destina al settore (*misure di razionalizzazione ed efficientamento*);
- ▶ ha investito ingenti risorse per realizzare **CONSISTENTI INTERVENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**, in quasi tutti gli stabilimenti ospedalieri, anche finalizzati a creare nuovi servizi o nuove attività sanitarie.

La documentata e riconosciuta "buona sanità locale" è il risultato del forte e continuativo impegno – assicurato dalla Giunta provinciale e, rispettivamente, dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari – per corrispondere alle esigenze di garanzia, funzionamento, sostenibilità e sviluppo del settore.

La *Giunta provinciale* ha, in particolare:

- ▶ delineato gli *indirizzi* strategici della politica sanitaria;
- ▶ reso disponibili le *risorse finanziarie* necessarie al Servizio sanitario provinciale per:
 - alimentare in maniera adeguata il bilancio dell'Azienda sanitaria in ordine alle attività sia di *mantenimento* (erogazione dei livelli essenziali e aggiuntivi di assistenza sanitaria previsti dalla normativa in vigore) che di *sviluppo* (specifici obiettivi annuali di riorganizzazione e miglioramento finalizzati a risolvere specifiche criticità organizzative, a creare nuove attività e/o prestazioni, alla modernizzazione organizzativa, tecnologica e strutturale);

- realizzare iniziative e attività direttamente gestite dal Dipartimento politiche sanitarie in tema di *politica per il personale* attraverso la contrattazione collettiva provinciale autonoma e sostitutiva di quella nazionale, di *comunicazione e informazione istituzionale per la salute*, di *nuova cultura della formazione di base, continua e manageriale*.

L'*Azienda provinciale per i servizi sanitari* – nell'attuare le linee di programmazione indicate dalla Provincia ed esercitando, per altro verso, l'autonomia attribuitale dall'ordinamento:

- ▶ ha realizzato diverse importanti iniziative, sia sul piano assistenziale che su quello gestionale, ricercando la *integrazione delle attività "ordinarie"* (assistenziali e amministrative) svolte quotidianamente per assicurare le prestazioni ai cittadini *con le attività "straordinarie"* (derivanti dalla programmazione provinciale e) finalizzate ad attivare nuovi servizi o a riorganizzare e qualificare quelli esistenti;
- ▶ ha assunto, a partire dal 2000, il concetto di *governance integrata* di tutti gli elementi – clinici, finanziari, gestionali, della ricerca e dell'informazione – che costituiscono i tanti e complessi aspetti della gestione delle organizzazioni sanitarie anche al fine di riallineare i diversi processi eliminando le sovrapposizioni.

5.1 Il modello EFQM per l'eccellenza dell'Azienda sanitaria

A partire dal 2001, i Programmi Aziendali di Sviluppo Strategico (PASS) approvati dalla Direzione generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari adottano il modello EFQM quale strumento unificante dell'intera organizzazione finalizzato a orientare e verificare la realizzare la propria missione.

Il modello EFQM è utilizzato come:

- ▶ *strumento di misurazione dei progressi aziendali*; in questo senso va segnalato che l'Azienda sanitaria trentina:
 - ha ottenuto, nel 2004, da parte dell'European Foundation for Quality Management, il 1° livello di riconoscimento *"Committed to excellence in Europe"*;
 - ha vinto, nel 2006, la Prima edizione del Premio Qualità per la Pubblica Amministrazione^[4] nella categoria "Aziende sanitarie, aziende ospedaliere e altre amministrazioni che operano nel campo sanitario";
 - ha ottenuto, nel 2006, da parte dell'European Foundation for Quality Management il 2° livello di riconoscimento *"Recognized for excellence in Europe"*;
 - ha realizzato, a fine 2007, la *quarta autovalutazione aziendale* finalizzata a individuare gli ambiti di miglioramento per il 2008 e a preparare la riconferma del 2° livello di riconoscimento *"Recognized for excellence in Europe"*;
 - ha realizzato, a fine 2008, la *quinta autovalutazione aziendale* finalizzata a individuare gli ambiti di miglioramento per il 2009 e a preparare la riconferma del 2° livello di riconoscimento *"Recognized for excellence in Europe, 4 star"* ottenuta nel febbraio 2009" (con punteggio complessivo in miglioramento rispetto al 2006, passando da 425 a 450 punti);
 - ha ottenuto, nel 2009, la *certificazione OHSAS 18001* del sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori;
 - ha ottenuto, nel 2009, il *riaccreditamento dell'Ospedale Santa Chiara di Trento* da parte di "Joint Commission International";
- ▶ *riferimento per l'allineamento e l'evoluzione dei processi, per la gestione del cambiamento, per l'implementazione di meccanismi di controllo interno ed esterno e di canali di relazione con le parti interessate, per l'esplicita adozione di strategie, metodologie e strumenti di gestione dell'innovazione, per l'adesione a reti di condivisione della conoscenza*; in questo senso il modello EFQM ha consentito:

^[4] Organizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal FORMEZ, in collaborazione con Confindustria e il Consiglio Nazionale Consumatori e Utenti.

- di integrare tra loro i diversi strumenti adottati per la gestione aziendale e, in particolare, i seguenti: il *processo di budget*, le attività di *audit civico e organizzativo*, la *certificazione ISO 9001* di alcuni servizi aziendali, l'*accreditamento Joint Commission International* per il Presidio S. Chiara dell'Ospedale di Trento, l'utilizzo sistematico del *project management* nelle maggiori realizzazioni aziendali in campo informatico e organizzativo, l'utilizzo della metodologia di *Health Technology Assessment (HTA)* per valutare (appropriatezza, effetti e costi) le nuove strumentazioni introdotte nel sistema, l'*implementazione degli indicatori clinici e standard HPH* proposti dalla Rete internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che Promuovono la Salute (HPH – Health Promoting Hospitals), la *certificazione del bilancio di esercizio*; gestione dei requisiti minimi previsti in ordine ai processi di *autorizzazione e accreditamento istituzionale*.

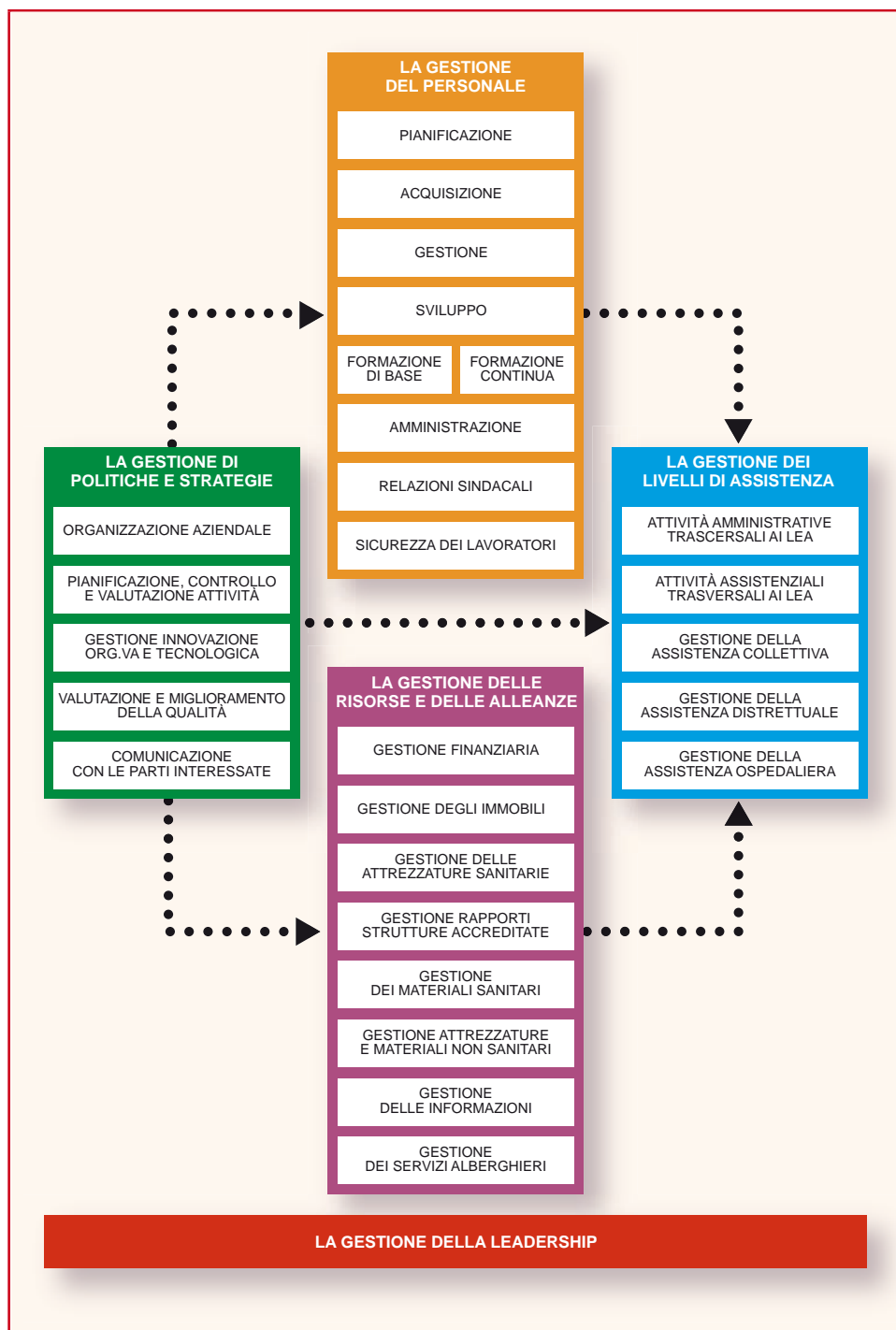
Il “Modello EFQM per l'eccellenza” è basato sui seguenti fattori/processi chiave:

1. la GESTIONE DELLA LEADERSHIP – attività aziendali svolte per aumentare la capacità di guidare l'organizzazione da parte dei leader presenti in modo diffuso nel tessuto aziendale;
2. la GESTIONE DI POLITICHE E STRATEGIE – attività aziendali svolte per gestire i processi fondamentali della comunicazione, della pianificazione, del controllo e della innovazione;
3. la GESTIONE DEL PERSONALE – attività aziendali svolte per gestire le più importanti fasi del complessivo processo di gestione del personale;
4. la GESTIONE DELLE RISORSE E DELLE ALLEANZE – attività aziendali svolte per gestire i principali fattori economici (interventi sulle strutture/gestione degli immobili, interventi di razionalizzazione nel consumo delle risorse/gestione delle risorse finanziarie);
5. la GESTIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA – attività aziendali svolte per supportare e migliorare l'erogazione delle prestazioni connesse ai livelli di assistenza sanitaria (attivazione di nuovi servizi e interventi di riorganizzazione e qualificazione).

Dall'utilizzo del “Modello EFQM per l'eccellenza” consegue la “*mappa aziendale dei processi*” – definita in via sperimentale nel corso del 2005, rivista negli anni successivi e perfezionata nel 2009 (con riferimento al processo “Gestione delle politiche e strategie”) – rappresentata nella Figura 5.1.

La mappa dei processi può anche essere letta come “*cruscotto degli approcci*” e cioè come *sintesi delle attività che l'APSS sta svolgendo per governare complessivamente la rete dei processi chiave*, con particolare attenzione alle attività svolte nell'esercizio di riferimento senza perdere di vista quanto realizzato nel passato e quanto rimane da fare nel futuro.

FIG. 5.1 Mappa aziendale dei processi



Poiché il “Modello EFQM”^[5] rappresenta un punto fermo anche nel “Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009” – (PASS 2009) adottato dal Direttore generale dell’Azienda sanitaria nel 2005 – l’attività complessiva dell’Azienda sanitaria trentina può essere letta attraverso i *5 processi chiave* governati dal modello EFQM.

L’analisi dei 5 processi chiave consente di apprezzare le dinamiche della *performance multidimensionale aziendale* – per quanto riguarda sia la *componente clinico-assistenziale* (attivazione di nuovi servizi clinici, misure di razionalizzazione nell’utilizzo delle risorse negli ospedali, incremento dell’accessibilità alle prestazioni assistenziali, integrazione tra ospedale e territorio e con il privato, informatizzazione diffusa, sviluppo delle competenze professionali), sia la *componente economico-organizzativa* (strutture e ammodernamento edilizio-impiantistico, tecnologie, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, strumenti, prassi operative, monitoraggio dell’organizzazione) – e di verificare le *iniziative di sviluppo realizzate e i più significativi risultati ottenuti* dall’APSS nei 5 processi chiave al fine di orientare la gestione dei servizi erogati alle istanze delle parti interessate (cittadini e comunità trentina, sistema dei decisori politici, persone che operano nell’Azienda sanitaria o per conto di essa).

5.1.1 LA GESTIONE DELLA LEADERSHIP

L’Azienda provinciale per i servizi sanitari utilizza il “Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009” per:

- ▶ esplicitare la *missione* dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari che “*quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia Autonoma di Trento, gestisce in modo coordinato i servizi e le attività sanitarie pubbliche per l’intero territorio provinciale secondo quanto previsto dalla legge, dal Piano sanitario provinciale e dalle direttive della Giunta provinciale*”;
- ▶ modulare la *visione* aziendale sul concetto di “rete” identificando l’APSS come “*rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi che soddisfa le parti interessate al più alto livello possibile*”: alle preziose *competenze professionali individuali* è necessario aggiungere anche la *capacità di stabilire relazioni*, di lavorare insieme, di condividere significati, di sentirsi parte dello stesso corpo sociale, di immaginare obiettivi comuni e di cooperare per assicurare l’efficace

^[5] Il PASS 2009, adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 299 del 9 marzo 2005, è intitolato “*Costruire la rete. Dalle competenze dei singoli alle azioni del gruppo*”: elaborato al termine di un esplicito e partecipato processo di riesame del PASS precedente, il PASS 2009 – in coerenza con gli obiettivi di sistema del Servizio sanitario provinciale, che sono prerogativa del livello politico e sono dettati dalla legislazione e dalla programmazione sanitaria provinciale, ed in continuità con la storia aziendale – delinea le principali strade da percorrere nell’operatività.

funzionamento e l'innovazione continua di servizi, prestazioni e processi; è centrale la relazione con i cittadini che devono sentire "proprio" il Servizio sanitario provinciale e, al di là degli esiti delle cure, devono sentire che il Servizio ha preso in carico il loro problema in forme soddisfacenti sotto gli aspetti della qualità e appropriatezza delle prestazioni e del rapporto umano; sono necessari nuovi rapporti e connessioni fra i diversi attori del sistema salute trentino (con sistematiche e strutturate modalità di revisione delle scelte organizzative, anche se talora storicamente consolidate, in un'ottica di trasformazione delle criticità in opportunità e di adeguamento continuo ai bisogni individuali e collettivi emergenti);

- ▶ identificare, come un punto di riferimento irrinunciabile per un'organizzazione sanitaria che aspira all'"eccellenza", le tre linee strategiche dell'agire: *promozione della salute, miglioramento della qualità e gestione dell'azienda*;
- ▶ condividere una serie di *valori fondamentali che devono ispirare l'operato quotidiano* di tutte le persone dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari:
 - competenza professionale/autonomia/responsabilità;
 - legalità/trasparenza/imparzialità/buona amministrazione;
 - lealtà/spirito di servizio/collaborazione/continua spinta al miglioramento;
- ▶ indicare *12 azioni guida* come *azioni di carattere generale* che devono guidare i professionisti nello sviluppo dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi (Fig. 5.2);
- ▶ orientare le *principali direttive aziendali e disposizioni organizzative* (la direttiva di budget del direttore generale e i piani settoriali).

FIG. 5.2 Le 12 azioni guida per lo sviluppo dei processi



L'APSS è una struttura complessa e la sua leadership non può che essere "diffusa" essendo centinaia, in ambito aziendale, le persone che, a vari livelli, svolgono attività di direzione, coordinamento o guida: per questo, in tutte le direttive di budget dal 2000 in poi, è stato adottato il meccanismo di responsabilizzazione – basato sulla sequenza "autonomia, competenza, responsabilità"^[6] – consente anche di monitorare in tempo reale l'approccio del coinvolgimento, in quanto la *Direttiva di budget* del direttore generale, le riunioni del Comitato Direttori, quelle del Nucleo di valutazione e quelle connesse al budget (che vede coinvolte nelle realtà operative oltre 400 persone) sono diventate, nei fatti, un'occasione di riesame (sull'intera attività aziendale) che sviluppa a livello di microprocessi aspetti dell'attività del riesame di alto livello dell'alta direzione sui principali processi aziendali.

Il *coinvolgimento del personale in tutte le fasi del sistema di gestione per la qualità* è condizione essenziale per raggiungere gli obiettivi di efficacia, efficienza e appropriatezza dell'APSS e una strategia aziendale sempre ribadita e perseguita con l'introduzione di nuovi approcci e strumenti (focus group per rilevare sistematicamente esigenze e aspettative del personale, bilancio sociale e del capitale intellettuale).

Lo *stile direzionale dell'alta dirigenza è stato improntato al maggiore coinvolgimento possibile*, nel rispetto delle reciproche competenze, al fine di "legare" tra di loro le esigenze gestionali con quelle professionali, i processi assistenziali e quelli tecnico-amministrativi.

Anche l'inserimento di specifici indicatori clinici nelle schede di budget di Unità operativa ha contribuito ad aumentare il coinvolgimento della *leadership clinica* con l'obiettivo finale di rendere esplicito che – in un quadro complessivo in cui il consumo delle risorse messe a disposizione dalla comunità e la capacità di produrre le singole prestazioni sono elementi essenziali – *la performance aziendale si gioca in prima battuta sulla capacità di affrontare la malattia e tutelare la salute*.

5.1.2 LA GESTIONE DI POLITICHE E STRATEGIE

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La finalità del processo consiste nella definizione dell'assetto organizzativo e delle regole di funzionamento dell'Azienda, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente, dalla programmazione provinciale e dalle scelte aziendali: i compiti e

^[6] L'autonomia decisionale – nel decentramento delle responsabilità amministrative, nelle scelte cliniche dei professionisti, nella diffusione di strumenti autovalutativi e di autocontrollo, nel funzionamento basato su meccanismi autoprodotti e non imposti dall'esterno – è subordinata alla presenza di adeguate competenze e ha come conseguenza la necessità di dover rispondere delle decisioni prese alle parti interessate.

le attività inerenti all'organizzazione aziendale sono legati a un quadro normativo e contrattuale predefinito – la legge provinciale 1 aprile 1995, n. 10 e successive modificazione e integrazioni, il regolamento di organizzazione e funzionamento; le deliberazioni e le direttive provinciali, i contratti collettivi di lavoro – che delimita il potere di auto-organizzazione ^[7] dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Il processo di “organizzazione aziendale” è deputato a:

- ▶ supportare lo svolgimento legittimo, regolare e corretto dell'attività dell'APSS;
- ▶ omogeneizzare i comportamenti aziendali;
- ▶ migliorare la gestione del rischio dei processi aziendali e la qualità degli stessi;
- ▶ valutare l'affidabilità del sistema di controllo interno e di individuare possibili azioni di miglioramento che permettano una maggiore efficienza, efficacia delle attività svolte e dell'organizzazione nel suo complesso

e nel suo ambito sono identificabili due sottoprocessi:

1. *macro organizzazione aziendale* – che attiene alla definizione degli assetti e delle funzioni delle articolazioni organizzative e strutture aziendali – e rispetto al quale nel 2009 sono state realizzate attività specifiche in merito a:
 - *Riesame processi*^[8]: in collaborazione con le strutture di Staff e con il Servizio controllo di gestione si è provveduto alla *revisione della mappa dei processi aziendali*^[9], alla individuazione degli obiettivi strategici di miglioramento per le quattro macro aree di processo e alla individuazione delle azioni attuative e relativi indicatori, al fine di consentire un collegamento strutturato del riesame dei processi con la programmazione aziendale. Il riesame 2009 è condotto al termine delle procedure di budget coinvolgendo i referenti raggruppati per ciascuna area di competenza; il riesame sull'area LEA è espletato in sede di Comitato dei direttori, per assicurare la massima diffusione dei risultati e delle misure correttive e migliorative individuate in sede di riesame;
 - *Sicurezza del lavoro*: si è provveduto, in collaborazione con il Servizio di prevenzione e protezione aziendale, a una complessiva ricognizione del sistema di competenze e responsabilità dei datori di lavoro in ambito aziendale adeguandolo alle disposizioni del decreto legislativo 81/2008 e riconfermando l'assetto in essere, basato sulla pluralità di datori di lavoro,

^[7] Il potere autoorganizzatorio aziendale rimane fortemente condizionato sia sotto questo aspetto, che costituisce un limite obiettivamente invalicabile sul piano della gerarchia delle fonti normative, sia dalla assenza di un indirizzo programmatico sul lungo periodo.

^[8] Gestione del riesame direzionale annuale sui processi aziendali in considerazione delle criticità rilevate nella esperienza applicativa e tenuto conto dei rilievi emersi in sede di valutazione EFQM.

^[9] Il riesame dei processi assume particolare importanza nell'ottica del miglioramento complessivo della gestione dei processi, rappresentando un'attività finalizzata esplicitamente all'individuazione delle aree di forza e di debolezza per la gestione dei vari processi aziendali che consente di verificare sistematicamente il rapporto fra approcci adottati e risultati conseguiti. Tale procedura di valutazione è applicata a tutti i processi aziendali oggetto del riesame e risulta essere un vero e proprio momento di autovalutazione aziendale complessiva.

ferma restando una regia organizzativa comune aziendale. Sono state anche individuate e sottoposte all'attenzione della Conferenza dei datori di lavoro alcune nuove problematiche di rilevanza pratica del lavoro in Azienda: disciplina per la applicazione della normativa sulla sicurezza ai lavoratori che prestano servizio a vario titolo nelle strutture aziendali al di fuori di un rapporto di lavoro subordinato (medici convenzionati – volontari delle associazioni convenzionate – tirocinanti per motivi di studio);

- *Monitoraggio sulle competenze della dirigenza*: si è realizzato il previsto monitoraggio e riesame sulle funzioni attribuite alla dirigenza aziendale^[10] decorsi sei mesi dall'entrata in funzione del nuovo assetto delle competenze tramite controllo a campione su una percentuale predefinita di atti, sul rispetto formale della sfera di attribuzioni dei dirigenti, nonché con controllo mirato qualitativo sull'esercizio delle competenze attribuite;
2. *supporto alle strutture aziendali nell'azione di miglioramento continuo* delle procedure e nel raggiungimento dei propri obiettivi tramite un approccio collaborativo, professionale e sistematico finalizzato alla valutazione, monitoraggio e miglioramento dei processi operativi e dei sistemi di controllo e di gestione dei rischi – rispetto al quale nel corso del 2009 sono state realizzate attività specifiche in merito a:
- *Autovalutazione del sistema di controllo interno aziendale*: il nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento riconosce all'attività di controllo interno la funzione di contribuire all'omogeneizzazione delle procedure e dei processi, nonché al miglioramento continuo della qualità dei processi tecnico-amministrativi escludendo poteri ispettivi, mantenuti solo per le attività di verifica di cui all'art. 1 della L. 662/96. In questo quadro, si è pianificato un "progetto di implementazione" del *processo di autovalutazione*^[11] attraverso l'utilizzo della metodologia e degli strumenti del *Control risk self assessment (CRSA)*. Il *Servizio di coordinamento e verifica sulle procedure amministrative*^[12] ha assistito l'organizzazione nell'iden-

^[10] Deliberazione del Direttore Generale APSS n.1678/2008.

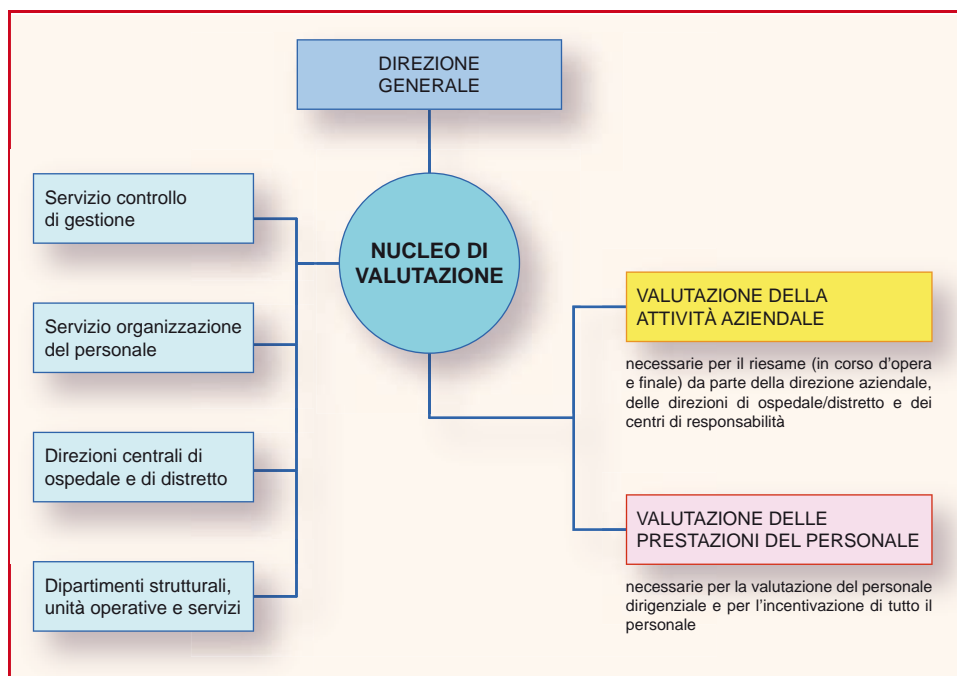
^[11] Per diffondere la cultura dell'autocontrollo da parte di tutto il personale e supportare i responsabili di linea nell'autovalutazione dei rischi e dei controlli all'interno dei propri processi, sottoprocessi ed attività aziendali.

^[12] Il Servizio di coordinamento e verifica sulle procedure amministrative esercita l'attività di controllo interno sui processi ed attività di tipo amministrativo con modalità di tipo collaborativo e di valutazione tra pari – con una procedura di verifica che segue una logica PCDA (Plan-Do-Check-Act) e secondo finalità di miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali attraverso: attività di risk Assessment, esecuzione di audit ordinari e straordinari, valutazione dell'efficacia/efficienza dei controlli e delle misure di risk management, supporto alle strutture/servizi nelle attività di autodiagnosi dei rischi e identificazione, implementazione e monitoraggio delle azioni correttive, identificazione dei flussi informativi idonei. Nell'adempiere alle proprie funzioni il Servizio osserva, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi di revisione asseverati dagli Ordini e Collegi professionali e svolto la propria attività in conformità agli IIA's International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing.

tificazione e nella valutazione delle maggiori esposizioni al rischio e nel mantenere la validità dei controlli attraverso la valutazione dinamica della loro efficacia ed efficienza, attraverso le seguenti azioni:

- progettazione e realizzazione del Corso di formazione “Processo di auto-valutazione dei rischi e dei controlli nell’ambito delle attività tecnico-amministrative APSS” tenutosi il 18 dicembre 2009;
- analisi dei *reclami per l’individuazione di azioni per il miglioramento di procedure e processi che hanno impatto sull’utenza*, azioni per il miglioramento del processo di gestione delle segnalazioni da parte dell’Ufficio Rapporti con il Pubblico, attività di consulenza e affiancamento nell’implementazione di alcuni suggerimenti e azioni migliorative;
- effettuazione della seconda fase della verifica della regolare gestione tecnica ed economica degli *interventi di manutenzione ordinaria* presso i distretti, programmata e gestita centralmente da parte del SIST);
- *Audit straordinari* che hanno riguardato:
 - la verifica delle modalità di applicazione della *normativa privacy* all’interno delle strutture aziendali e dei sistemi di controllo attivati, attività di consulenza e supporto nell’implementazioni delle azioni migliorative individuate;
 - l’analisi, il confronto e la verifica delle *indennità di pronta disponibilità* erogate al personale.

FIG. 5.3 Il sistema di controllo e valutazione



L'efficacia del processo e dell'attività di audit da parte del Servizio è individuata nei vantaggi, in termini di risparmi e recuperi di efficienza, derivanti dall'attuazione delle raccomandazioni e dei suggerimenti, nella soddisfazione da parte degli Organi interni e delle strutture auditate per i miglioramenti ottenuti, nel riconoscimento del ruolo innovativo dell'internal audit di APSS (all'interno del panorama della pubblica amministrazione) da parte di soggetti esterni ^[13].

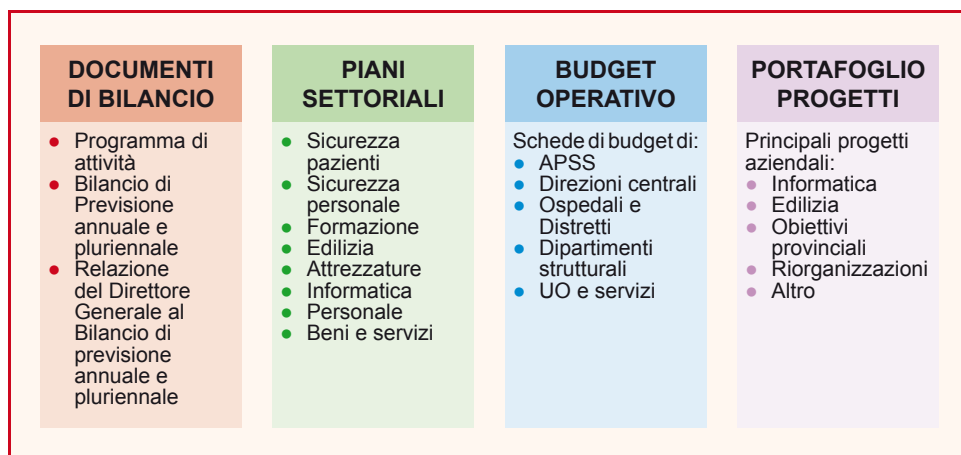
PIANIFICAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

La finalità del processo è quella di programmare e svolgere le attività assistenziali e tecnico-amministrative in modo pianificato per ottimizzare il rapporto tra attività svolte, risorse impiegate e risultati conseguiti.

Il sistema di pianificazione (Figura 5.4) e programmazione è strettamente connesso al sistema di controllo di gestione che ha lo scopo di guidare la gestione aziendale verso il conseguimento degli obiettivi pianificati, evidenziando gli scostamenti tra questi ultimi e i risultati ottenuti, mettendo così i responsabili in grado di decidere e attuare le opportune azioni correttive ^[14].

In generale, per l'anno 2009, le indicazioni operative per la predisposizione dei processi di pianificazione, programmazione e controllo hanno fatto riferimento

FIG. 5.4 Strumenti per la pianificazione annuale.



^[13] Il Collegio dei revisori dei conti, durante la consueta relazione annuale del 4 agosto 2009, ha riconosciuto l'efficacia del lavoro svolto dal Servizio verifica e la validità del processo adottato.

^[14] Il sistema dei controlli è finalizzato nel suo complesso a "rendere conto" alle parti interessate dell'andamento dei processi aziendali e dei loro risultati e, per corrispondere a questa esigenza, è stata via via perfezionata l'attività di interazione fra i meccanismi di controllo/valutazione, la precedente fase di pianificazione, gli altri processi aziendali (sistemi incentivanti del personale, attribuzione e valutazione degli incarichi dirigenziali, ecc.)

TAB. 5.1 Indicatori di sintesi dell'attività di pianificazione, controllo e valutazione.

INDICATORE	2006	2007	2008	2009
Numero Schede di budget	198	202	198	198
Numero Obiettivi totali	7.359	7.623	8.911	7.983
Numero Obiettivi pesati	2.469	2.756	2.431	3.003
Numero Obiettivi non pesati	4.890	4.867	6.480	4.980
Obiettivi per CDR (media)	37,17	37,73	45	40
CDR che hanno presentato richiesta di rinegoziazione	113	85	145	136
Obiettivi rinegoziati	182	124	253	288
% Obiettivi pesati raggiunti	93,76	94,30	92,64	93,61
% Obiettivi non pesati raggiunti	85,77	76,54	87,76	90,68

agli obiettivi pluriennali contenuti nel *Programma Strategico Aziendale 2005-2009*, sviluppando le iniziative relative alle azioni guida dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi al fine di assicurare continuità con quanto già realizzato in passato.

Le principali attività del processo sono:

- ▶ *pianificazione e programmazione* per assicurare, in modo integrato, la definizione dei programmi di attività e la ripartizione delle risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi (di budget) dell'APSS, delle direzioni centrali, degli ospedali, dei distretti, dei dipartimenti strutturali, delle unità operative e dei servizi.

Il processo di budget 2009 si è sviluppato in un periodo di circa sei mesi (novembre/aprile) realizzando le seguenti diverse fasi:

- predisposizione delle *Direttive di budget* del direttore generale e definizione degli obiettivi strategici (scheda di APSS);
- trasmissione dei documenti ai direttori di AOF, *analisi decentrata*, formulazione delle proposte, *predisposizione delle schede di Area*;
- negoziazione tra direttori di Area e UU.00./Servizi, sottoscrizione delle schede;
- verifica compatibilità e *congruenza delle schede con le Direttive e le risorse assegnate*;
- delibera di approvazione del Direttore generale.

Nel *processo di Budget 2009* – che ha viste coinvolte nella definizione degli obiettivi tutte le componenti professionali ^[15] – sono state predisposte 198

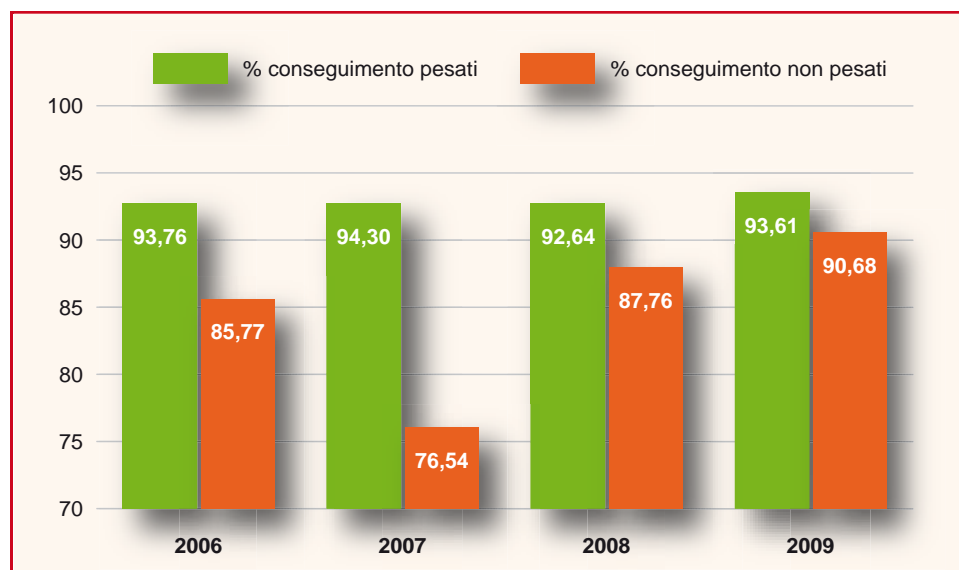
^[15] È indispensabile che il budget aziendale sia reso visibile evitando approcci frammentari che non favoriscono la creazione di connessioni tra le diverse componenti aziendali.

TAB. 5.2 Prospetto sintetico distribuzione PUNTI per AREA – Anno 2009.

AREA	OBIETTIVI PESATI	OBIETTIVI NON PESATI	TOTALE	% PESATI	% NON PESATI
Direzione generale	42	117	159	26,42	73,58
Direzione personale e sistemi informativi	69	82	151	45,70	54,30
Direzione amministrazione, Controllo e affari generali	44	88	132	33,33	66,67
Direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici	47	89	136	34,56	65,44
APPA	9	9	18	50,00	50,00
Direzione per la promozione e l'educazione alla salute	34	119	153	22,22	77,78
Direzione igiene e sanità pubblica	282	605	887	31,79	68,21
Direzione cura e riabilitazione	122	146	268	45,52	54,48
Ospedale di Trento	750	632	1.382	54,27	45,73
Ospedale di Rovereto	271	489	760	35,66	64,34
Distretto Fiemme e Fassa	139	247	386	36,01	63,99
Distretto Alta Valsugana, Bassa Valsugana e Primiero	135	237	372	36,29	63,71
Distretto Trento, Valle Dei Laghi, Rotaliana-Paganella	100	125	225	44,44	55,56
Distretto Valle di Non e Valle di Sole	163	363	526	30,99	69,01
Distretto Vallagarina	63	120	183	34,43	65,57
Distretto Alto Garda e Ledro	165	333	498	33,13	66,87
Distretto Giudicarie e Rendena	111	301	412	26,94	73,06
Dipartimento di radiologia	87	189	276	31,52	68,48
Dipartimento di laboratorio	267	544	811	32,92	67,08
Dipartimento di anestesia e rianimazione	103	145	248	41,53	58,47
TOTALE	3.003	4.980	7.983	37,62	62,38

schede di budget per un totale complessivo di 7.983 obiettivi negoziati, con una media di 40 obiettivi per scheda (nel 2008=8.911 obiettivi negoziati, con una media di 45 obiettivi per scheda). Gli obiettivi "pesati" – ai quali è stato associato un punteggio ai fini della retribuzione di risultato – sono stati 3.003 (nel 2008=2.431). Gli obiettivi "non pesati" – comunque necessari per la valutazione complessiva dei risultati raggiunti da ciascun centro di responsabilità – sono stati 4.980 (nel 2008=6.480). Complessivamente è stato raggiunto il 93,61% (nel 2008=92,64%) degli obiettivi "pesati" e il 90,68% (nel 2008=87,76%) degli obiettivi "non pesati".

GRAF. 5.1 Obiettivi incentivati e non incentivati: percentuali di raggiungimento – Anni 2006-2009



Particolare attenzione è stata, poi, posta alla fase della *revisione degli obiettivi concordati a inizio anno*, nel caso di importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto: nel 2009, dopo la verifica del 1° semestre, 136 CdR su 198 hanno presentato richieste di revisione per 288 obiettivi sul totale di 7.983 ^[16] che sono state tutte accolte (nel 2008=145 CdR su 198, per 261 obiettivi sul totale di 8.911; di queste 253 sono state accolte e 8 rifiutate). Nell'esame delle attività sono stati considerati, per ogni singola area, in particolare i processi di integrazione fra le varie componenti aziendali, la azioni intraprese per migliorare i rapporti tra i diversi interlocutori (parti interessate) e le modalità di sviluppo dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi. Complessivamente si è registrato un buon grado di conseguimento degli obiettivi definiti e tutte le Aree hanno contribuito efficacemente al raggiungimento dei positivi risultati ottenuti a livello aziendale.

Il Grafico 5.1 evidenzia la *differenza percentuale fra il grado di raggiungimento degli obiettivi incentivati (pesati) rispetto a quelli non incentivati (non pesati)*. Il divario marginale sembra indicare che la scheda di budget di esercizio è intesa sempre più quale piano delle attività e degli obiettivi del Servizio/Unità operativa (e, quindi,

^[16] Richieste di *revisione delle schede di budget* dopo il 1° semestre:

Anno	CdR	Obiettivi	Accolte	Rifiutate
2007	85 su 202	134 su 7.623	113	21
2008	145 su 198	261 su 8.911	253	8
2009	136 su 198	288 su 7.983	288	0

del singolo dirigente anche ai fini della valutazione individuale annuale complessiva) e sempre meno come “scheda di assegnazione della retribuzione di risultato”. Ogni dirigente è valutato, dal proprio responsabile gerarchico, al termine dell’esercizio sulla base del grado di conseguimento degli obiettivi affidati, dell’osservanza delle direttive e dell’impegno e disponibilità correlati all’articolazione dell’orario di lavoro (flessibilità operativa); al dirigente valutato è garantito il riesame da parte del Nucleo di valutazione nei casi, peraltro molto contenuti, di contestazioni delle valutazioni di prima istanza.

Coerentemente con gli obiettivi prestazionali 2009 affidati all’équipe dirigenziale, anche al personale non dirigente sono assegnati obiettivi, non a carattere individuale ma trasversali per l’intera Unità operativa/Servizio.

Nei primi mesi del 2010, con riferimento all’esercizio 2009, ogni dipendente (circa 6.000 unità) verrà valutato con un sistema di valutazione misto fra risultati e comportamenti attesi (scheda individuale).

- *monitoraggio, controllo e valutazione* per raccogliere informazioni sulle attività in corso e sulle risorse utilizzate, mettere a disposizione delle strutture coinvolte nel processo informazioni affidabili, tempestive e agevolmente utilizzabili, valutare i risultati ottenuti a livello di CdR, Area e APSS nel suo complesso, sviluppare attività di monitoraggio per la valutazione e il riesame del processo da parte della Direzione generale.

Il Servizio Controllo di Gestione – nell’ambito delle azioni di monitoraggio e controllo – ha proseguito lo sviluppo del Sistema Informativo Direzionale (SID) cercando di far fronte ad aspettative diverse in relazione all’utilizzo che i vari attori coinvolti devono fare delle informazioni.

Oltre alla produzione della consueta *reportistica*^[17] oramai strutturata, è a regime il *Cruscotto direzionale*^[18] che consente il monitoraggio degli aspetti ritenuti strategici dell’attività svolta in ambito aziendale attraverso specifici indicatori che fanno riferimento alle *risorse impiegate*^[19] e ai processi (LEA distrettuale e LEA ospedaliera)^[20].

^[17] Il Servizio Controllo di Gestione produce trimestralmente, per ogni centro di responsabilità (unità operativa/servizio), i report istituzionali. In essi vengono riportate le informazioni relative ai consumi di beni e servizi, al personale, alle attività erogate sia in regime di degenza che in regime di attività specialistica ambulatoriale (per esterni ed interni). I report definitivi dei 12 mesi vengono completati con maggiore ritardo in quanto c’è la necessità di attendere la chiusura annuale di tutti i processi che portano all’alimentazione delle informazioni (bilancio, magazzino, SDO, attività specialistiche).

^[19] L’analisi delle esigenze informative dei Responsabili di CdR e dell’Alta Direzione ha evidenziato che i primi hanno bisogno di dati puntuali, periodici e tempestivi relativi alla loro unità operativa, mentre l’Alta Direzione ha bisogno di strumenti sintetici ed efficaci che le permettano di monitorare l’andamento generale.

^[19] Consumi rapportati al budget, personale (unità equivalenti) rapportato al budget.

^[20] Rispetto ai LEA (distrettuale e ospedaliera): codici bianchi in P.S., prestazioni in regime istituzionale/libera professione, % DRG chirurgici nei reparti chirurgici, peso medio DRG, % DRG in day surgery sul totale interventi chirurgici, tassi di mobilità extra-provinciale attiva e passiva.

Nel 2009, su indicazione della Direzione strategica è stata introdotta la *Balanced Scorecard* (BSC), come strumento gestionale per la *valutazione della performance aziendale*, definendo una scheda BSC a livello aziendale, da utilizzare per meglio comprenderne il funzionamento e le potenzialità, prima della declinazione sui livelli organizzativi inferiori.

Il modello BSC della APSS prende spunto dagli obiettivi e azioni-guida espressi nel PASS 2005-2009, attraverso la loro traduzione in obiettivi strategici concreti e misurabili. Sono stati inseriti nella BSC *18 indicatori*: alcuni sono stati ripresi dalle schede di budget, altri sono nuovi (es. mobilità passiva ortopedica, n. utenti cure domiciliari, risparmio dall'erogazione diretta dei farmaci, DRG chirurgici sentinella, ...), altri ancora sono indicatori complessi derivanti da aggregazione, attraverso specifici algoritmi, di più indicatori semplici (es: screening, vaccinazioni, tempi di attesa, DRG chirurgici sentinella).

Particolarmente complessa è stata l'attività di definizione di algoritmi per calcolare la percentuale di raggiungimento degli obiettivi nei casi in cui gli indicatori rilevati fossero vicini all'obiettivo, senza tuttavia raggiungerlo. Gli obiettivi strategici e gli indicatori individuati sono stati in seguito "pesati" in base alla loro importanza e al contributo che offrono al perseguimento della missione aziendale, giungendo alla definizione della 1ª versione di *Balanced Scorecard* APSS senza stravolgere i meccanismi di programmazione e controllo aziendale presenti.

Mentre il processo di budget e la reportistica standard sono strumenti per la conduzione aziendale in assenza di fenomeni di turbolenza esterna, la BSC si afferma come strumento di controllo strategico più evoluto del budget, in quanto esplicita la relazione causa-effetto tra gli obiettivi strategici, attribuisce pesi alle prospettive e agli obiettivi del modello e assegna un punteggio ai singoli indicatori permettendo di effettuare analisi più sofisticate. La BSC aziendale è stata presentata a fine marzo alla direzione strategica e nel mese di giugno al Comitato direttori per l'approvazione.

L'attività di monitoraggio risulta fondamentale per le verifiche periodiche del *Nucleo di valutazione aziendale* andando a integrare l'istruttoria che viene effettuata dal Servizio acquisendo una parte degli elementi necessari direttamente presso i singoli Responsabili di CdR: il Nucleo di valutazione si avvale delle informazioni fornite dalle diverse strutture aziendali per supportare la direzione aziendale in due compiti fondamentali: a) valutare le attività; b) valutare le prestazioni del personale.

Nel 2009, è stata predisposta la relazione che il Nucleo di valutazione deve inviare al Direttore generale secondo quanto previsto dall'articolo 3 del regolamento approvato con delibera n. 1283 del 17/10/2002, evidenziando i risultati raggiunti nel 2008 a livello di area, analizzando le risultanze complessive circa il raggiungimento degli obiettivi negoziati, pesati e non

pesati e, sempre a livello globale, il grado di utilizzo delle risorse sia in termini di personale che di consumi ^[21].

GESTIONE DELLA INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E TECNOLOGICA

La finalità del processo consiste nella gestione coerente e integrata delle politiche, dei programmi e dei progetti – di ricerca, di innovazione e/o di miglioramento dei processi e dei sistemi – che l'Azienda realizza per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti.

Nel 2009 il cambiamento dei processi e dei sistemi in APSS è avvenuto in due ambiti principali:

- ▶ *l'area clinico-sanitaria*, dove è proseguita l'attività d'integrazione dei sistemi per l'assistenza distrettuale e ospedaliera attraverso l'estensione dei processi d'informatizzazione sia all'interno delle strutture di APSS sia verso i partner strategici (medicina primaria e strutture convenzionate) ed, in particolare, con:
 - la revisione della strategia di sviluppo dei sistemi clinico-sanitari, sulla base del piano originale di sviluppo del SIO definito nel 2004 e realizzato negli anni successivi, in modo da indirizzare le priorità di sviluppo dei sistemi nel biennio 2010-2011;
 - l'estensione funzionale e territoriale del sistema informativo ospedaliero (SIO), a partire dai nuovi moduli della specialistica ambulatoriale; la nuova "scheda ambulatoriale" informatizzata ha determinato una maggiore automazione dei processi di cura (gli utilizzatori del SIO sono passati da 3.073 del 2008 a 3.464 di fine 2009); la funzionalità più innovativa è stata la fruizione dei documenti sanitari digitali passati dai circa 3.500 die del 2008 ai quasi 10.000 die sui circa 5.200.000 referti digitali presenti a fine anno nel sistema;
 - la progressiva estensione del servizio "AMPERE", che collega ai sistemi aziendali circa 370 MMG/RSA, con uno scambio informativo nel 2009 di oltre 1.620.000 referti; una delle più importanti applicazioni di interscambio con la medicina primaria a livello nazionale;
 - l'estensione della piattaforma PACS (sistema per l'archiviazione e la comunicazione delle immagini radiologiche) anche alle strutture accreditate Eremo e Villa Bianca; complessivamente il PACS di APSS a fine anno conteneva oltre 51 milioni di immagini;

^[21] Nell'esame delle attività sono stati considerati, per ogni singola area, in particolare i processi di integrazione fra le varie componenti aziendali, la azioni intraprese per migliorare i rapporti tra i diversi interlocutori (parti interessate) e le modalità di sviluppo dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi. Complessivamente si è registrato un buon grado di conseguimento degli obiettivi definiti e tutte le Aree hanno contribuito efficacemente al raggiungimento dei positivi risultati registrati a livello aziendale.

- ▶ *l'area dei processi trasversali* (o di supporto) soprattutto con riferimento alla gestione del personale e dei relativi sistemi, per passare dall'attuale modello prevalentemente focalizzato sulle tematiche di gestione amministrativa e normativa del personale a un nuovo modello che tenga in maggiore considerazione le persone, il ruolo svolto dalle medesime e le rispettive competenze che possono essere sviluppate: il progetto di cambiamento della gestione delle risorse umane di APSS ha portato ai seguenti risultati principali:
 - introduzione dei nuovi processi e attività, in seguito al disegno sviluppato nel 2008;
 - descrizione completa del "modello professionale" di APSS: codifica di tutte le strutture, ruoli e posizioni, alle quali sono state assegnate tutte le persone di APSS;
 - applicazione del nuovo modello delle competenze di APSS, con la definizione dei profili di ruolo e delle competenze (del primario, caposala, capotecnico, responsabile tecnico-amministrativo), l'autovalutazione delle competenze e piani di sviluppo personalizzati (PSP) applicati da circa 70 primari e 150 caposala;
 - implementazione (in corso) di una soluzione aziendale di gestione delle risorse umane;
 - ottimizzazione del processo di acquisizione/selezione dei dipendenti;
 - definizione e applicazione di un nuovo sistema di valutazione e sviluppo delle prestazioni individuali (per la valutazione annuale e periodica dei dipendenti).

Per sostenere il cambiamento organizzativo, l'APSS – oltre a curare la *evoluzione continua dei processi* – adotta la strada cd. della *innovazione rapida*, approccio all'interno del quale il cambiamento viene realizzato attraverso iniziative gestibili nella forma di *progetti*^[22] e con riferimento, principalmente, ai seguenti ambiti:

- ▶ obiettivi specifici assegnati dalla Giunta provinciale ex art. 7, comma 5 della lp n. 19/1993;
- ▶ grandi innovazioni informatiche e tecnologiche;
- ▶ attivazioni di nuovi servizi.

Per migliorare la capacità di conduzione dei progetti, è stato avviato negli ultimi anni uno specifico programma di Project Management^[23] che ha compreso, tra l'altro, lo sviluppo di una metodologia semplificata di gestione progettuale basata su

^[22] Un progetto è un'attività che ha un inizio e una fine, svolta per raggiungere obiettivi prestabiliti rispettando vincoli di costo, tempo e qualità dati: è un impegno temporaneo volto a realizzare un prodotto/servizio "unico".

^[23] Il project management è un sistema gestionale orientato ai risultati. Esso consiste nell'applicazione delle conoscenze, abilità, strumenti e tecniche alle attività progettuali allo scopo di soddisfare i requisiti. Il project management è un sistema gestionale orientato ai risultati. Esso consiste nell'applicazione delle conoscenze, abilità, strumenti e tecniche alle attività progettuali allo scopo

TAB. 5.3 Andamento dei progetti APSS: stato di realizzazione – Anno 2009.

PROGETTO	DESCRIZIONE	STATO	DURATA in mesi
SIO Terapia Farmacologica	SIO Terapia Farmacologica Specificazione e sviluppo dei nuovi moduli per la terapia e la somministrazione farmacologica nel SIO aziendale.	In corso (25%)	13 <i>stimata</i>
SIO Ambulatoriale	SIO Ambulatoriale – fase d'implementazione dei sistemi. Estensione della scheda ambulatoriale a tutte le strutture aziendali. Applicazione del sistema di prenotazione dei ricoveri. Implementazione nuove funzioni di gestione del reparto (diario clinico, Minimum Data Set, ...)	Chiuso	11
CIPASS	Estensione funzionalità del Sistema di Sorveglianza Applicazione in tutte le strutture del sistema di rilevazione delle Infezioni Nosocomiali per la sorveglianza in tempo reale dell'insorgenza delle infezioni	Chiuso	8
RU – F2	Programma pluriennale di sviluppo delle Risorse Umane – Implementazione RUF2 – Realizzazione del cambiamento (dei sistemi e dei processi) – Fase di realizzazione del programma RU, per l'implementazione dei processi e dei sistemi, così come già specificati nel progetto di "disegno organizzativo".	In corso (80%)	24 <i>stimata</i>
SIMFR	Acquisizione e implementazione del Sistema Informativo di Gestione del servizio/U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa	In corso (45%)	16
CO	Carta Operatore – Realizzazione dell'infrastruttura tecnologica e integrazione dei servizi a scopo di accesso sicuro ai documenti digitali in ambito sanitario, a partire da alcune applicazioni diagnostiche e ospedaliere già individuate (SIO, Itaca, DnLab, RIS, Anatomia Patologica)	In corso (50%)	24+ <i>stimata</i>
TI	Implementazione sistema gestionale di Terapia Intensiva Acquisizione e implementazione del sistema gestionale di Terapia Intensiva per gli ospedali di Trento e Rovereto. Progetto ridefinito in seguito a una risoluzione del contratto con il fornitore.	Ripianificato	13 <i>stimata</i>
Accreditamento	Progettazione del percorso di accreditamento istituzionale di APSS Analisi e pianificazione degli strumenti e delle attività per l'accREDITamento delle strutture da svolgersi nel 2010. Formazione dei partecipanti alle attività	Chiuso	6

standard internazionali (International Project Management Association – IPMA) e l'attivazione di una funzione specifica per la gestione dell'innovazione, che svolge un ruolo d'integrazione tra i molti progetti svolti dall'Azienda (Project Management Office in staff alla Direzione generale).

Con riferimento ai diversi tipi di attività in cui si articola il processo di gestione dell'innovazione organizzativa e tecnologica, sono state realizzate le seguenti azioni:

- **Gestione del Portafoglio progetti APSS:** l'andamento sintetico dei progetti (stati avanzamento e altri strumenti omogenei di project management), è a disposizione in un'apposita sezione dell'Intranet^[24] e lo stato di realizzazione, alla fine del 2009, è descritto nella Tabella 5.3.

di soddisfare i requisiti di un progetto; il Project Management tratta della concezione, selezione, autorizzazione, della pianificazione e della realizzazione di iniziative chiamate "progetti".

^[24] <http://intranet.apss.tn.it/proj/portfolio/portfolioAPSS/PP2007>.

TAB. 5.4 Formazione del personale APSS nelle tecniche del project management – Anni 2003-2009.

Anno	N° PERSONE FORMATE	PER AREA		TIPOLOGIA CORSO			N° GIORNATE EROGATE
		Medica e Scientifica <i>medico, infermiere, farmacista, biologo</i>	Tecnica e Amministrativa	Introduzione al PM/ Seminari <i>1/2 gg.</i>	Project Management Controlling <i>3 gg.</i>	Project Management Base <i>4/5 gg.</i>	
2003	19		19		19	19	7
2004	35	23	12	35			6
2005	23	7	16			23	5
2006	55	27	28	22		33	11
2007	74	46	28	74			1
2008	58	39	19	17		44	8
2009	41	41		41			4
Totale	305	183	122	189	19	119	42

Specifica azione di coordinamento e monitoraggio trimestrale delle attività progettuali è stata rivolta agli obiettivi annuali specifici ^[25] assegnati all'Azienda sanitaria dalla Provincia autonoma di Trento: per il 2009, 13 progetti-obiettivo, talvolta di rilevante dimensione e complessità la cui realizzazione è stata facilitata dalla disponibilità di strumenti omogenei di pianificazione e controllo ^[26] delle attività, utilizzati anche per i confronti periodici con l'Assessorato;

- *Sviluppo competenze e metodi di gestione dei progetti e dei processi aziendale:* è proseguita, a supporto dei progetti di cambiamento realizzati o pianificati nel periodo, l'attività di sviluppo delle competenze individuali e organizzative di project management. La situazione, al 2009, del personale dell'APSS formato, a vario livello, nelle tecniche del project management è illustrata nella Tabella 5.4.

I numeri relativi alle persone formate a partire dal 2003 indicano la progressiva diffusione delle conoscenze e tecniche di project management in APSS che, inizialmente costituite dal personale tecnico dell'area dei sistemi informativi, sono state sempre più estese all'area medico-scientifica coerentemente con il principio adottato in azienda che l'innovazione e il cambiamento sono innanzitutto una responsabilità della "linea" e non solo dei servizi di supporto.

Le tematiche di project management hanno rappresentato una scelta significativa da parte dei direttori clinici e dei coordinatori infermieristici che nel 2008-2009 hanno realizzato dei piani di sviluppo personalizzati (PSP) per

^[25] Vedi *Obiettivi specifici annuali assegnati dalla Giunta provinciale*, pag. 387.

^[26] Tutta la documentazione di pianificazione e di controllo trimestrale degli obiettivi specifici PAT è disponibile in una sezione dell'Intranet: (<http://intranet.apss.tn.it/proj/portfolio/portfolioPAT>).

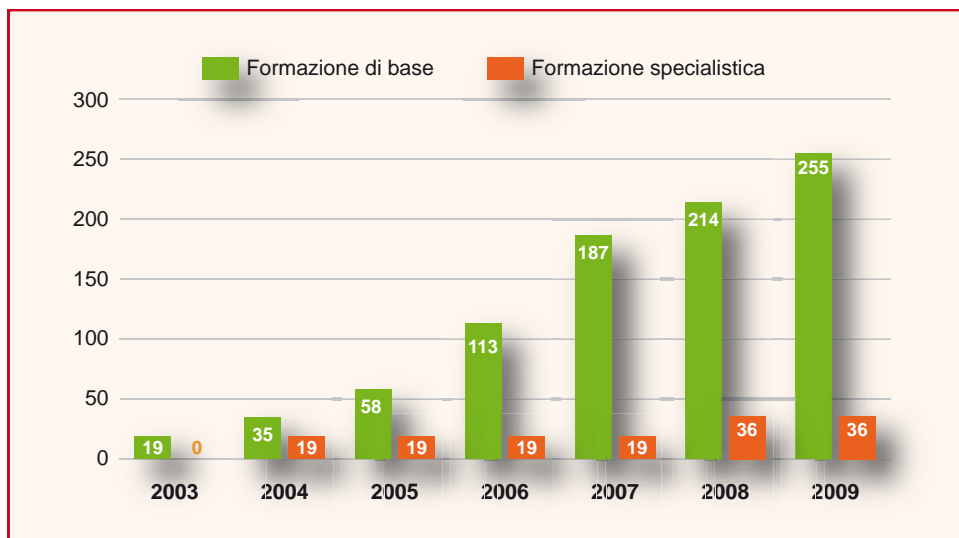
il rafforzamento delle proprie competenze gestionali. La crescita cumulativa delle conoscenze di project management nel corso degli anni, in base al numero progressivo dei partecipanti ai corsi, e la porzione di formazione specialistica (laboratori su tecniche avanzate/specifiche di project management) sul totale della formazione erogata, sono descritte nel Grafico 5.2.

È stata svolta la formazione di un primo specialista (a livello di staff) nell'ambito dei processi di gestione dell'informazione, sulla base dello standard internazionale ITIL ^[27].

La nuova strumentazione di gestione dei processi di APSS, per quanto adattata dall'esperienza già svolta, sarà oggetto di una specifica attività formativa nel corso del 2010, in modo da estenderne l'applicazione a un numero maggiore di professionisti;

- *Monitoraggio e valutazione del processo d'innovazione organizzativa e tecnologica:* per la gestione dell'innovazione e del cambiamento sono utilizzati degli strumenti standard (basati su linee guide internazionali, che forniscono un'impostazione comune alle fasi di ideazione, selezione, autorizzazione, pianificazione, realizzazione e monitoraggio delle iniziative progettuali) che facilitano la valutazione oggettiva e il confronto dei risultati progettuali. In tema di "competenze organizzative", la sezione del sito intranet relativa alla gestione dei progetti e dei processi è stata costantemente aggiornata con la rendicontazione dei principali progetti in corso. I nuovi metodi per l'analisi e

GRAF. 5.2 Persone formate nelle tecniche di project management – Anni 2003-2009



^[27] Tale standard, diffuso nelle pubbliche amministrazioni e nelle organizzazioni private a livello mondiale, prevede una certificazione professionale, che è stata conseguita dallo specialista formato.

la rappresentazione dei processi sono stati applicati anche nell'ambito degli obiettivi specifici assegnati dalla Provincia – obiettivo n. 13 “Interconnessione e interoperabilità: soluzioni di e-health centrate sul cittadino” (per la documentazione degli scenari clinici) e obiettivo n. 5 “Patologie croniche: modelli di gestione (clinico-organizzativa) innovativi” (per la creazione dello schema di pianificazione delle attività di attuazione dei percorsi integrati di cura PDTA) – nonché all'interno del programma di sviluppo delle risorse umane in aggiunta alle pianificazioni standard (cd. buone pratiche interne all'APSS);

► *Ricerca sanitaria*: è stato rivisto il processo di gestione dei progetti di ricerca sanitaria finalizzata (dalla fase di individuazione di un bando al momento della rendicontazione finale del progetto) definendo le possibili azioni per migliorare le modalità di gestione e di supporto dei progetti, a partire dalle necessità e aspettative dei responsabili scientifici dei progetti stessi (Tabella 5.5).

TAB. 5.5 Progetti di ricerca finalizzata, in corso di sviluppo nel 2009 – APSS

TITOLO	RESPONSABILE SCIENTIFICO
SCREENING MOLECOLARE PER LA SINDROME DI LYNCH	Barbareschi Mattia
RUOLO DELL'INTERFACCIA NEL FALLIMENTO DELLE ENDOPROTESI DELL'OSSO	Caciagli Patrizio
INTERGRAZIONI DI IMMAGINI MULTIMODALI IN CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA PER IL TRATTAMENTO CON ABLAZIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE PERMANENTE	DiSer.Tori Marcello
SVILUPPO DI SISTEMI, METODICHE E PROCEDURE PER L'OTTIMIZZAZIONE DI TECNICHE RADIOTERAPICHE DI ALTA PRECISIONE CON MODULAZIONE DI INTENSITÀ E IN PRESENZA DI MOVIMENTO D'ORGANO	Tomio Luigi
ONCOCURE – TECNOLOGIE INFORMATICHE PER LA CLINICAL GOVERNANCE	Galligioni Enzo
NUOVE TECNOLOGIE PER LO SCREENING DEL CERVICO CARCINOMA	Dalla Palma Paolo
PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE IN VITRO PER LA VALUTAZIONE DELLA COMPATIBILITÀ E DELLA STABILITÀ DEI FARMACI USATI IN POMPA SIRINGA PER INFUSIONE SOTTOCUTANEA IN CURE PALLIATIVE	Ottolini Luca
SICUREZZA, CULTURA E CLIMA ORGANIZZATIVO IN SALA OPERATORIA	Cristofolini Antonio
STUDIO REGISTER	Barbareschi Mattia
SVILUPPO OPERATIVO DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE SUGLI INCIDENTI STRADALI	Piffer Silvano
TRENTINO BIOBANK	Barbareschi Mattia
PROGETTO PER LE PERSONE MIGRANTI CHE HANNO SVILUPPATO DIPENDENZA DA ALCOL E SOSTANZE STUPEFACENTI	Lovaste Raffaele
PROGETTO DI PREVENZIONE SELETTIVA IN MATERIA DI NUOVE DROGHE	Lovaste Raffaele

TITOLO	RESPONSABILE SCIENTIFICO
STRATEGIE PER RIDURRE IL RISCHIO DI SUICIDIO, TENTATO SUICIDIO E DEPRESSIONE POST PARTUM	Reitano Francesco
VALUTAZIONE DEL RUOLO DELLE ALTERAZIONI MOLECOLARI DELLA VIA METABOLICA PI3K DIPENDENTE NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA COME POSSIBILI MARCATORI DI RESISTENZA ALLA TERAPIA CON HERCEPTIN E ALLA ORMONOTERAPIA.	Barbareschi Mattia
IL PROFILO DI RISCHIO DI MALATTIA CARDIOVASCOLARE E DI MICROANGIOPATIA DELLA POPOLAZIONE DIABETICA TRENINA	Inchiostro Sandro
PRODUZIONE DI VALUTAZIONI SECONDO METODOLOGIE DI HTA DELL'UTILIZZO DI SISTEMI INFORMATICI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Galligioni Enzo
STAGE DI TERZO LIVELLO PER MEDICI E INFERMIERI PRESSO STRUTTURA RESIDENZIALE HOSPICE (VIDAS)	Ottolini Luca
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E NEUROPSICOLOGIA: VALUTAZIONE, DIAGNOSI E FOLLOW-UP DEI PAZIENTI CHE AFFERISCONO PRESSO U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE N. 2 (PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, DISTRETTI VALLAGARINA, ALTO GARDA E LEDRO, GIUDICARIE-RENDENA)	Bazzoli Fabio
STUDIO DI INCIDENZA E MORTALITÀ PER CERVICOCARCINOMA IN ITALIA E DI PREVALENZA DI INFEZIONE DA HPV PER TIPO	Dalla Palma Paolo
PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO. UNA VALUTAZIONE DEI MODELLI IN USO NEI DSM NELL'INSERIMENTO LAVORATIVO DELL'UTENZA	De Stefani Renzo
VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLE DIVERSE MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NELLA PRODUZIONE DELLE EVIDENZE SULLA TRASFERIBILITÀ DELLE CONOSCENZE	Dalla Palma Paolo
RUOLO DEL BIOFILM MICROBICO E MIGLIORAMENTO DEI DISPOSITIVI PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE AL CATETERE VENOSO CENTRALE – RUBICAT	Caciagli Patrizio
DIFFUSIONE E VALUTAZIONE DI UNO STRUMENTO FINALIZZATO ALL'EMPOWERMENT DI PAZIENTI E FAMILIARI NELLA SALUTE MENTALE: I PERCORSI DI CURA CONDIVISI	De Stefani Renzo
PARAGANGLIOMA DELLA TESTA E DEL COLLO: EDIPEMIA DA RISCHIO GENETICO	Demattè Serena
VALUTAZIONE DEL RUOLO DELLE ALTERAZIONI MOLECOLARI NELLA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLE LESIONI MELANOCITARIE CUTANEE ATTRAVERSO UN APPROCCIO GENOMICO	Boi Sebastiana
EFFETTI A LUNGO TERMINE DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO: STUDIO DI COORTE DI ADULTI E BAMBINI RECLUTATI IN STUDI DI POPOLAZIONE	Piffer Silvano
LA RETE DEGLI HOSPICE IN QUEBEC	Ottolini Luca
PROGETTO PILOTA DI UTILIZZO DEL TEST PER IL DNA DI PAPILOMA VIRUS UMANO COME TEST PRIMARIO DI SCREENING PER PRECURSORI DEL CANCRO CERVICALE	Dalla Palma Paolo

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Il processo è finalizzato a verificare la capacità di soddisfare le legittime esigenze e aspettative di tutte le parti coinvolte: cittadini contribuenti, malati e familiari e loro associazioni, personale dipendente e convenzionato, strutture private accreditate, istituzioni, associazioni delle categorie produttive e del volontariato e altre parti interessate.

Le esigenze e le aspettative che un servizio sanitario moderno è chiamato a soddisfare, rispetto alle diverse parti interessate al suo funzionamento sono numerose, diversificate, talora complementari, ma anche contrastanti; a titolo esemplificativo si ricordano le seguenti: puntualità e tempestività dei trattamenti per i pazienti, accessibilità ed equità nell'erogazione del servizio, appropriatezza clinica e sicurezza delle cure erogate, efficacia delle prestazioni, gratuità del servizio, riservatezza, rispetto della dignità personale, efficienza organizzativa e il contenimento dei costi, motivazione e prospettive di carriera degli operatori, vincoli di bilancio, ...

La complessità e difficoltà di bilanciamento – al maggiore livello possibile – delle predette esigenze e aspettative risiede, in particolare:

- ▶ nella natura intersettoriale e multidimensionale dei bisogni di salute espressi (e non espressi) dai singoli e delle comunità;
- ▶ nella necessità di considerare, nella modulazione dell'offerta di prestazioni, molteplici fattori (tra i quali il territorio, le priorità, le soluzioni tecnico-sanitarie e organizzative praticabili, le risorse umane e finanziarie disponibili);
- ▶ nella variabilità biologica e psico-sociale dei pazienti;
- ▶ nel diverso comportamento dei professionisti nell'implementare i percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

La capacità di realizzare detto "bilanciamento" rappresenta la cornice entro la quale impostare la gestione complessiva dei livelli di assistenza per incrementare la capacità di ottenere gli esiti desiderati in termini di promozione, mantenimento e miglioramento della salute dei singoli individui e delle comunità.

Il *controllo delle attività (e la valutazione)* è l'elemento che chiude il cerchio della pianificazione e realizzazione e su di esso si basa gran parte della capacità di un'organizzazione di valutare e sviluppare i propri processi per puntare all'eccellenza clinica e organizzativa: il concetto di "controllo", in un'organizzazione come l'APSS, ha un duplice significato comprendendo le attività di ispezione e verifica su quanto viene svolto e, in maniera preponderante, attività che consentono di governare e guidare i processi stessi con lo scopo di assicurare che quanto "viene" fatto è conforme a quanto "doveva essere" fatto e di intervenire tempestivamente, se e quando necessario, con azioni correttive.

Il controllo in APSS non è lasciato solo al momento della misurazione finale dei risultati, ma è svolto in maniera dinamica investendo le attività e i momenti clinici

e organizzativi più significativi di ogni processo. In ordine ai diversi approcci e meccanismi di controllo ^[28] si distinguono:

- ▶ il *controllo interno* (dettagliato e costante, ma caratterizzato dal rischio dell'autoreferenzialità; più utile per governare i processi e meno per dare garanzie alle parti interessate);
- ▶ il *controllo esterno* (oggettivo ma saltuario, rischia di non cogliere aspetti importanti riconoscibili solo dall'interno dell'organizzazione; più utile per "rendere conto" alle parti interessate dell'attività svolta e meno per intervenire sui processi aziendali);
- ▶ il *controllo condiviso* con i cittadini (innovativo e partecipativo; già da alcuni anni applicato in APSS).

Come segnalato, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha assunto, quale riferimento per la gestione complessiva dell'organizzazione sanitaria ^[29], il "Modello EFQM per l'eccellenza" che si configura come *reticolo di autovalutazione, connessione logica e allineamento* tra le diverse iniziative e programmi (volontari o obbligatori) per il miglioramento continuo:

- ▶ nella gestione dei 5 processi chiave (leadership, politiche e strategie, personale, risorse e alleanze e processi "tipici" dell'azienda cioè i livelli di assistenza sanitaria);
- ▶ nel collegamento fra i *fattori di gestione* dei processi e la *misurazione dei risultati*.

^[28] Sistema dei controlli gestiti dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari a garanzia della qualità dei processi:

	interno	esterno	condiviso
obbligatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Regolarità amm.va e contabile (Collegio dei revisori dei Conti) • Controllo di gestione • Valutazione della dirigenza • Controllo strategico 	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi generali e specifici PAT • Autorizzazione e accreditamento PAT • Corte dei conti • Certificazione Ist.Superiore Sanità del Lab. di Igiene Pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> • Circolo virtuoso delle segnalazioni • Commissione Mista Conciliativa
volontario	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrollo operato dai professionisti • Audit amministrativo (Servizio di Coord. e Verifica proced. Amm.ve) • Audit clinico • Gestione progettuale • Indicatori clinici e di sanità pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificazioni (EFQM, ISO, bilancio di esercizio, OHSAS, ecc.) • Accreditamenti professionali (Joint Commission International, tra pari, ecc.) • Campagna "Ospedale Sicuro" di Cittadinanzattiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Audit civico con Cittadinanzattiva • Programma di audit civico aziendale (es. assist. domiciliare) • Profili di salute • Bilancio sociale

^[29] Per pianificare, realizzare, controllare e riesaminare processi e servizi nel breve nel medio e nel lungo periodo, coinvolgendo tutti gli attori nella definizione degli standard di qualità e rendendo sistematicamente conto alle parti interessate, l'APSS ha messo in campo un insieme coordinato e coerente di strutture, comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, strumenti, attrezzature, risorse e attività idonei a sostenere approcci di governo per l'eccellenza nella pianificazione e realizzazione delle attività.

La *valutazione esterna* effettuata dagli auditor di EFQM, in occasione della visita del gennaio 2009 di riconferma del 2° livello di riconoscimento EFQM, ha portato ad attribuire i punteggi ai vari *fattori* (e relativamente a ciascun sottocriterio) e *risultati* (di percezione e performance) previsti del modello (Tabella 5.6).

TAB. 5.6 Risultati della valutazione esterna degli auditor EFQM – Gennaio 2009

CRITERI E SOTTOCRITERI	PUNTI
1 – Leadership	45-55
1a – come i leader definiscono missione, visione e valori dell'organizzazione e agiscono come modello di riferimento per una cultura dell'Eccellenza	45-55
1b – come i leader promuovono lo sviluppo, l'attuazione e il miglioramento continuo del sistema di gestione	50-60
1c – come i leader interagiscono con le parti interessate e con i rappresentanti della società esterna	50-60
1d – come i leader rafforzano la cultura dell'eccellenza fra il personale	35-45
1e – come i leader assicurano flessibilità e promuovono il cambiamento	45-55
2 – Politiche e Strategie	50-60
2a come vengono basate su esigenze e aspettative presenti e future parti interessate	55-65
2b come vengono basate su misure performance, ricerche, apprendimento e esterno	50-60
2c come vengono sviluppate, riesaminate e aggiornate	50-60
2d come vengono comunicate, diffuse e monitorate	50-60
3 – Gestione del personale	35-45
3a – pianificazione e sviluppo	45-55
3b – sviluppo di conoscenze e competenze	45-55
3c – coinvolgimento e responsabilizzazione	30-40
3d – comunicazione efficace	25-35
3e – riconoscimenti e attenzione al personale	20-30
4 – Partnership e Risorse	50-60
4a – partnership esterne e fornitori	40-50
4b – risorse finanziarie	40-50
4c – immobili, Attrezzature e Materiali	50-60
4d – tecnologia	60-70
4e risorse informative e conoscenze	55-65
5 – Processi	50-60
5a – progettazione e gestione processi	55-65
5b – progettazione e sviluppo prodotti e servizi	45-55

CRITERI E SOTTOCRITERI	PUNTI
5c – promozione e commercializzazione di prodotti e servizi	50-60
5d – realizzazione ed erogazione prodotti e servizi	50-60
5e – gestione e miglioramento rapporti con i clienti	50-60
TOTALE “FATTORI”	225-275
6 – Risultati relativi ai Clienti	30-40
6a – misure della percezione	30-40
6b – indicatori di prestazione	25-35
7 – Risultati relativi al Personale	25-35
7a – misure della percezione	25-35
7b – indicatori di prestazione	25-35
8 – Risultati relativi alla Società	25-35
8a – misure della percezione	5-15
8b – indicatori di prestazione	30-40
9 – Risultati chiave di Performance	45-55
9a – risultati chiave	45-55
9b – indicatori chiave	45-55
TOTALE “RISULTATI”	150-200

Come *principali criticità* e conseguenti *ambiti di miglioramento*, a carattere trasversale, sono stati individuati i seguenti:

- ▶ per l’area dei “FATTORI/PROCESSI CHIAVE” (leadership, politiche e strategie, personale, risorse e alleanze e processi):
 - *assenza di chiara evidenza di un processo sistematico di misurazione* ^[30] e *riesame* e di come questo si traduce in apprendimento per l’intera organizzazione;
 - *molti approcci non sono ancora estesi a tutti i livelli organizzativi*;
 - *poche evidenze di attività di ricerca di benchmarking con altre organizzazioni* per migliorare gli approcci adottati ^[31];
 - *riscontro solo parziale di evidenze di benchmarking interno*, pur essendo state avviate iniziative di ricerca di best practices nei diversi settori aziendali;
- ▶ per l’area dei “RISULTATI” (relativi ai clienti, al personale, alla società e di performance):

^[30] Nonostante i molti dati disponibili, non è chiaramente evidente a tutti i livelli organizzativi un sistematico e strutturato utilizzo delle informazioni per il miglioramento.

^[31] Ad eccezione dell’introduzione di un approccio di HTA.

- *risultati relativi al personale e alla società ancora poco significativi*^[32];
- *non sono in genere definiti obiettivi per i risultati e anche per le performance gli obiettivi sono definiti solo ai fini del processo di budget;*
- *in generale, non è ancora del tutto consolidato l'uso dei valori degli indicatori per tenere sotto controllo il perseguimento degli obiettivi in corso d'opera e per l'analisi del valore degli indicatori nel tempo (sequenze) al fine di seguire l'evoluzione di fenomeni che esprimono la loro significatività su orizzonti temporali pluriennali.*

Va ancora segnalato che, in merito al percorso di *autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale*, il 2009 ha visto l'avvio delle prime visite di audit esterno da parte di un nucleo di valutatori della Provincia autonoma di Trento con l'obiettivo di raccogliere, attraverso una revisione documentale e riscontri ottenuti nel corso di visite sul campo, tutti gli elementi necessari (riguardanti i requisiti organizzativi, procedurali, tecnico strutturali, impiantistici) per permettere – alla competente struttura dell'Assessorato provinciale alla salute e alle politiche sociali e a fronte dell'esito positivo della verifica – l'emanazione in via definitiva del provvedimento di autorizzazione delle strutture valutate. Durante l'esercizio 2009 sono stati completati i procedimenti autorizzativi relativi a 7 strutture dell'APSS.

COMUNICAZIONE CON LE PARTI INTERESSATE^[33] AL FUNZIONAMENTO DELL'AZIENDA

La finalità del processo consiste nella gestione integrata di tutte le attività aziendali di ascolto delle esigenze e aspettative, di informazione, di misurazione dei livelli di soddisfazione e di rendicontazione sociale rivolte alle parti interessate.

Nel corso del 2009, rispetto alle molteplici attività in cui si articola questo processo – che si differenziano in funzione dei diversi stakeholders (parti interessate) – sono da sottolineare le seguenti azioni:

- ▶ *verso l'esterno*^[34] attraverso:
 - *la rilevazione dei Bisogni e delle Aspettative dei clienti:* le attività realizzate nel corso del 2009 sono illustrate e regolarmente riviste all'interno del documento aziendale di autovalutazione EFQM "Recognised for Excellence in Europe";

^[32] Nella maggior parte dei casi i risultati sono sporadici, senza disponibilità di andamenti nel tempo e confronti con altre realtà.

^[33] I cittadini sani e malati (utenti), le associazioni, il personale, la Provincia autonoma di Trento, i fornitori.

^[34] Comprende tutte le attività di comunicazione ed ascolto, gestite in maniera organica e strutturata dalla direzione aziendale, che vanno ad integrare l'insieme delle modalità con le quali APSS e i professionisti gestiscono le occasioni di contatto quotidiano con i cittadini ed i pazienti dato che il "front-office" aziendale è rappresentato non tanto e non solo dagli operatori di sportello, ma da tutti i professionisti sanitari.

- la *strutturazione dei rapporti con i cittadini* (e con le *associazioni*) allo scopo di aprire e mantenere canali di comunicazione non occasionali con i rappresentanti dei cittadini per attivare iniziative che affrontano in modo condiviso le problematiche inerenti a particolari categorie di cittadini nel loro rapporto con i servizi sanitari ^[35];
il Servizio rapporti con il pubblico ha risposto a circa 15.000 richieste di informazioni formulate dai cittadini (telefonicamente, via fax, via e-mail o personalmente) (nel 2008=9.000), ha effettuato 43 incontri con associazioni di volontariato e tutela e con gruppi più o meno vasti di associazioni e in stretta collaborazione con le direzioni interessate, (in particolare la Direzione generale e la Direzione cura e riabilitazione) ^[36];
le attività realizzate dall'Ufficio relazioni con il pubblico e dall'Ufficio stampa vanno a integrare l'insieme delle modalità con le quali APSS e i professionisti gestiscono le occasioni di contatto quotidiano con i cittadini e i pazienti: infatti, date le caratteristiche dei servizi erogati dall'APSS, il "front-office" aziendale è rappresentato, non tanto e non solo dagli operatori di sportello, ma da tutti i professionisti sanitari;
- il *circolo virtuoso delle segnalazioni* ^[37]: con il contributo del gruppo dei referenti URP-Carta dei servizi è stato definito un rapporto delle segnalazioni che, oltre a dare una panoramica statistica, fornisce elementi per capire come dalla segnalazione siano scaturite significative azioni di miglioramento.

Per la valutazione delle eventuali azioni di miglioramento viene coinvolto il Direttore di AOF, in quanto direttore con facoltà di spesa. Un rapporto in forma sintetica è stato comunicato ai cittadini sotto forma di pieghevole di facile lettura; nel 2009 il totale è di 945 segnalazioni di disservizio e 387 di encomio;

^[35] Carta dei servizi (organizzazione di incontri su specifici argomenti con le singole associazioni di tutela, sui temi dell'accesso ai servizi, dell'informazione, di particolari standard di servizio).

^[36] Un incontro plenario con tutte le associazioni; 20 incontri con associazioni singole su problematiche particolari; 1 incontro con il Tribunale per i diritti del malato; 16 incontri con gruppi di associazioni (in particolare per iniziative di sensibilizzazione sul territorio: donazione organi, sensibilizzazione alla malattia diabetica, immigrazione); 4 incontri per il controllo condiviso delle cure domiciliari; 1 incontro per l'aggiornamento della guida ai servizi – Carta dei servizi 2009/2010.

Il Servizio gestisce inoltre una Banca dati del volontariato socio-assistenziale e sanitario che viene aggiornata periodicamente.

^[37] Andamento segnalazioni scritte:

Segnalazioni scritte	Anno				
	2005	2006	2007	2008	2009
Disservizio	913	693	926	924	945
Encomio	202	357	354	373	387
Totale	1.115	1.050	1.280	1.297	1.332

- gli *sportelli aziendali*: il servizio è affidato alla cooperativa Consorzio lavoro e ambiente (CLA) e coordinato a livello locale dai direttori di distretto/ospedale e, a livello generale, dal Servizio rapporti col pubblico^[38];
- le iniziative di *audit civico*, finalizzate a incrementare la partecipazione attiva e propositiva del cittadino e, attraverso di essa, la qualità dei servizi, il controllo condiviso dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi^[39]; nel corso del 2009 sono state coinvolte e monitorate tutte le strutture dei distretti sanitari del Trentino e sono stati inviati a Roma presso la sede di Cittadinanzattiva i dati da elaborare: entro la primavera 2010 saranno documentati i rispettivi risultati;
- la *comunicazione LEA*: per le attività comprese nel Livello della “Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro” viene curata annualmente la comunicazione con i principali stakeholder (allevatori, consumatori, responsabili di attività di produzione e/o somministrazione alimenti, associazioni di categoria delle aziende alimentari, albergatori, ristoratori), sia per la presentazione e discussione dei programmi delle attività di controllo e vigilanza, che per la presentazione dei risultati conseguiti;

^[38] Ubicazione CAPIRR

ATTIVITÀ CONTINUATIVE	
Ospedale S. Chiara di Trento	Atrio principale Poliambulatorio Crosina Pronto soccorso
Distretto di Trento, Valle dei Laghi – Rotaliana, Paganella – Cembra	Centro servizi sanitari Poliambulatorio Mezzolombardo
Direzione Cura e Riabilitazione	Servizio donazione trapianti organi e tessuti
Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto	A sinistra dell'atrio principale
Distretto Vallagarina	Atrio via S. Giovanni Bosco
Distretto Giudicarie e Rendena	Atrio Ospedale di Tione
ATTIVITÀ STAGIONALI	
Distretto Giudicarie e Rendena	Ambulatorio traumatologico di Madonna di Campiglio
Distretto Fiemme e Fassa	Ambulatorio traumatologico di Pozza di Fassa

^[39] La équipe provinciale ha definito le strutture da coinvolgere a partire dall'agosto 2008 nella realizzazione delle attività di audit civico: le UU.OO. di degenza del Presidio Ospedaliero Santa Chiara di Trento; le UU.OO. di degenza del Presidio ospedaliero Santa Maria del Carmine di Rovereto. Per i servizi poliambulatoriali dei Centri di salute mentale, dei Ser.T e dei Consulitori, i seguenti distretti sanitari: Alto Garda e Ledro – Valli di Fiemme e Fassa – Alta Valsugana, Bassa Valsugana e Tesino – Primiero – Trento e Valle dei Laghi.

Successivamente, considerato l'interesse suscitato dall'iniziativa, l'équipe provinciale ha esteso le strutture da monitorare coinvolgendo tutti i distretti sanitari del Trentino. Ad oggi sono state coinvolte e monitorate tutte le strutture a parte il Distretto Vallagarina.

È proseguita nel 2009 l'attività del “controllo condiviso dei processi assistenziali e tecnico-amministrativi”: il gruppo di lavoro è stato convocato 4 volte sul tema della valutazione delle forme dell'associazionismo nella medicina generale e nella pediatria di libera scelta.

- l'attività per agevolare l'accesso ai servizi da parte della popolazione straniera immigrata: il Servizio rapporti col pubblico ha coordinato e organizzato il servizio di mediazione culturale ^[40] disponibile a chiamata per tutte le strutture aziendali (gli interventi sono aumentati del 44% sul 2008); lo stesso Servizio ha collaborato col Servizio formazione per la realizzazione degli interventi formativi rivolti al personale APSS sul tema dell'immigrazione in rapporto alla salute ed ha organizzato e realizzato 6 incontri di comunicazione con le reti (associazioni, gruppi, comitati) di stranieri sul tema della Carta dei servizi, dell'adesione agli screening oncologici femminili e della prevenzione delle dipendenze; è anche proseguita la traduzione multilingue di alcune pubblicazioni aziendali;
- la *Carta dei Servizi* relativamente alla quale sono state introdotte numerose modifiche e proposte di perfezionamento per la edizione 2009/2010 in seguito alle indicazioni provenienti dalle associazioni coinvolte;
- il *portale internet*: è stato costituito il gruppo di lavoro che nel corso del 2010 realizzerà il rinnovamento del sito internet aziendale; nel 2009 è stata inserita, sulla homepage del sito dell'APSS, una sezione specifica dedicata al virus dell'influenza pandemica A/N1H1 (con informazioni aggiornate sulla situazione internazionale, italiana e provinciale, suggerimenti, documenti utili e link per approfondimenti);
- l'attività dell'*Ufficio stampa*, che si muove su più fronti compreso quello delle pubbliche relazioni, si è articolata, nel 2009, sui seguenti fronti:
 - realizzazione, aggiornamento, diffusione delle *pubblicazioni aziendali rivolte all'esterno*: coordinamento di 105 pubblicazioni (+ 75% sul 2008) e coordinamento per la redazione dell'elenco telefonico APSS per le Pagine bianche Seat all'interno del quale è stata distribuita la nuova edizione della Carta dei servizi, rivista e aggiornata anche con il contributo delle associazioni di volontariato;
 - realizzazione di *campagne aziendali e altre modalità di informazione* sui servizi: vaccinazione antinfluenzale e pandemica, incontri specifici di sensibilizzazione sui seguenti temi: "Figli ieri, genitori oggi", "Testamento biologico: aspetti medici, giuridici, bioetica e corretta informazione", "Sostenere chi sostiene", "Briciole di pane";

[38]

Interventi di mediazione culturale	Anno	
	2008	2009
nei presidi ospedalieri	554	830
nei consultori	541	748
TOTALE	1.095	1.578

- *gestione dei rapporti con i media*: 136 comunicati stampa, 24 conferenze stampa, 66 trasmissioni radiofoniche con Radio Dolomiti e con con RTTR, 47 trasmissioni televisive, con TCA (quindicinali) e con RTTR (settimanali);
- *le indagini di rilevazione della soddisfazione dei cittadini*, per misurare i livelli di soddisfazione e valutare in modo sistematico e metodologicamente corretto atteggiamenti e opinioni di questi importanti portatori di interesse da coinvolgere nelle modalità di progettazione ed erogazione dei servizi: l'indagine (telefonica) su "Soddisfazione, orientamenti e atteggiamenti dei soggetti interessati al servizio sanitario provinciale" realizzata nel 2009 – su un campione rappresentativo di 1.500 persone – evidenzia un trend stabile o di miglioramento rispetto a tutti i principali aspetti di qualità espressione della percezione nei confronti dell'operato dei professionisti e delle strutture ^[41]:
 - in ordine agli *operatori sanitari*, rimangono stabili le performance di soddisfazione percepita (sia quelle basate sull'esperienza diretta sia quelle sul "sentito dire") dalla popolazione trentina nei confronti di medici di famiglia e pediatri di libera scelta e di medici e infermieri dei reparti di ricovero ospedaliero e aumenta l'indice sintetico di soddisfazione (CSI) nei confronti dei medici e degli infermieri degli ambulatori specialistici;

^[41] Alcuni elementi e misure utilizzati per la valutazione, che hanno contribuito alla costruzione degli indici complessivi di soddisfazione (%) dell'indagine telefonica, sono rappresentati nella tabella seguente:

Operatori sanitari	2002	2006	2007	2009
Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	89,1	92,2	93,4	93,8
Medici e infermieri dei reparti di ricovero ospedaliero	89,1	90,6	91,3	93,6
Medici e infermieri degli ambulatori specialistici	86,2	91,8	92,4	94,8
Assistenza specialistica ambulatoriale	2002	2006	2007	2009
Informazioni (assistenza specialistica ambulatoriale)	76,9	88,2	88,6	91
Qualità complessiva delle prestazioni sanitarie fornite dall'assistenza specialistica	—	94,8	95,7	96
Attesa per prestazioni ambulatoriali	30,6	40	43,1	57
Assistenza ospedaliera	2002	2006	2007	2009
Informazioni (assistenza ospedaliera)	76,9	93	90,2	94
Qualità complessiva delle prestazioni sanitarie fornite in ospedale	—	95,6	96,1	96
Attesa per ricoveri ospedalieri	30,6	68,9	73	77
Qualità del cibo in ospedale	83,7	84,5	84	—
Chiarezza e correttezza delle informazioni sulla cura	—	—	87,3	91
Coinvolgimento nelle decisioni riguardanti la cura della propria malattia	—	—	87,6	88

- cresce il CSI nei confronti delle *strutture che fanno visite specialistiche/analisi cliniche/esami diagnostici* passando da 77,4% del 2006 al 84,3% del 2009;
 - il CSI rispetto alle strutture di *ricovero ospedaliero* (89,3%) risulta stabile;
 - continua il miglioramento del fattore *tempo di attesa*, che però *rimane l'aspetto più deludente e, pertanto, area critica*: 43% di insoddisfatti con riferimento alle strutture che fanno visite specialistiche/analisi cliniche/esami diagnostici e 23% di insoddisfatti con riferimento alle strutture di ricovero ospedaliero; è importante rilevare che risulta crescente il giudizio di soddisfazione espresso dai cittadini rispetto al principio dell'attesa legata alle condizioni cliniche (modello RAO di prioritizzazione clinica) ^[42];
 - il *rapporto con i fornitori e i partners*: comprende tutte le attività svolte dalla Direzione aziendale per individuare bisogni e aspettative di tali interlocutori, attraverso: incontri sistematici con le componenti operative del Servizio sanitario provinciale (con gli strumenti formali previsti dai rispettivi accordi e convenzioni, con gruppi di lavoro, riunioni tematiche e colloqui individuali); incontri con gli altri fornitori di beni e servizi in modalità di co-makership ^[43]; incontri periodici con i soggetti non fornitori con i quali l'APSS stabilisce relazioni di partnership ^[44] per lo sviluppo in comune di progetti innovativi e di attività formative; incontri di ascolto e comunicazione con partner e fornitori realizzati dai dirigenti delle strutture aziendali per cogliere esigenze, punti di vista e livelli di soddisfazione.
- *verso l'interno*, attraverso le attività di *comunicazione e ascolto del personale dipendente e convenzionato*. L'Azienda ha potenziato e consolidato nel corso degli anni i canali e gli strumenti a supporto della comunicazione istituzionale, tra la direzione aziendale e il personale e tra le strutture aziendali, attraverso le seguenti iniziative:
- *rilevazione dei bisogni e delle aspettative del personale*: nel 2009 sono proseguite le attività, strutturate negli anni precedenti, per individuare bisogni e aspettative presenti e future delle persone (modalità di relazione orientate al coinvolgimento);

^[42] "Le liste di attesa dovrebbero rispettare non tanto l'ordine cronologico quanto la gravità della condizione clinica?"

Anno	2002	2006	2007	2009
Molto o abbastanza d'accordo	76,9%	88,2%	87%	95%

^[43] Ad esempio, servizio di ristorazione ai degenti e al personale, servizi informatici e/o applicativi software, distribuzione diretta di farmaci).

^[44] Ad esempio, Università di Verona, Università di Trento, Università di Padova, Istituto trentino di cultura, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri.

- *riunioni e incontri individuali e di gruppo ai diversi livelli gerarchici*: è stata svolta regolarmente l'attività del Comitato dei Direttori, dei Comitati di Dipartimento e di Distretto e le riunioni di budget e di servizio che hanno coinvolto direzioni, unità operative e servizi aziendali; particolarmente intensa è stata l'attività connessa al funzionamento degli oltre 100 tra comitati, commissioni e gruppi di lavoro costituiti in APSS;
- *intranet aziendale*: per promuovere la condivisione delle prassi e delle conoscenze tra operatori è stato ulteriormente potenziato, nel corso del 2009, l'utilizzo della rete intranet nella quale sono presenti apposite sezioni con i materiali prodotti dai principali gruppi di lavoro aziendali (CIPASS, informatica, privacy, portafoglio progetti). La comunicazione verticale e trasversale è supportata da una rete informatica di grande estensione potenziata anche durante il 2009;
- *realizzazione e diffusione delle pubblicazioni aziendali "internet"*: sono usciti, con cadenza trimestrale, *APSS Notizie* (rinnovato nella veste grafica, corredato di due nuove rubriche – "Cinema e salute" e "Spazio ai lettori" che contiene non solo lettere, ma anche uno spazio di confronto, di dialettica, di segnalazioni e perché no, anche di critica – e stampato su carta ecologica certificata forest stewardship council) e, con cadenza settimanale, *Fast News*, notiziario aziendale distribuito online a tutti i dipendenti che accedono al sistema informatico e in forma cartacea nei reparti e in prossimità dei rilevatori di presenza; è stato introdotto il messaggio telegrafico *APSS-post.it*, inviato tramite e-mail, che serve a ricordare eventi o scadenze di interesse generale; il 28 novembre 2009 il Servizio formazione e l'Ufficio stampa dell'APSS, con la collaborazione dell'Ordine dei medici e dell'Ordine dei giornalisti, ha organizzato una giornata dedicata alla "comunicazione in sanità" per valorizzare l'importanza della comunicazione in ambito sanitario;
- *Gruppo "medici under 45"*: il gruppo, attivo dal 2007, è stato consolidato nel corso del 2009 (età inferiore ai 45 anni e posizione non apicale) arrivando a coinvolgere oltre 60 persone provenienti prevalentemente dagli ospedali aziendali; la relazione con i medici e la costante raccolta di suggerimenti migliorativi – supportata dallo staff del Direttore generale, dall'Ufficio stampa e dal Servizio formazione – è stata articolata in una serie di riunioni e attività formative su tematiche rilevanti per la vita aziendale; nel 2009 l'attività del Gruppo è stata presentata nell'ambito di un Congresso nazionale (Società italiana medici manager) riscontrando specifico apprezzamento;
- *Indagini di soddisfazione rivolte al personale*: nel 2009 è stata realizzata l'ultima indagine quantitativa riguardante percezione, orientamenti e atteggiamenti del personale, a completamento di un ciclo di rilevazione triennale avviato nel 2006. La prima parte dell'indagine ha comportato la realizzazione di 260 interviste telefoniche a medici di medicina generale/

- pediatri di libera scelta, utilizzando un questionario strutturato. Le interviste sono state condotte telefonicamente con l'ausilio del sistema CATI nel maggio 2009. Il focus è sulla soddisfazione del personale dipendente è stato effettuato, nell'estate 2009, tramite la somministrazione di un questionario diretto a tutto il personale dell'APSS con la richiesta di riconsegnarlo auto-compilato e anonimo: sono stati raccolti complessivamente 2.538 questionari (tasso di risposta pari al 32% circa, in miglioramento rispetto al 2007); i risultati sono stati presentati al Comitato dei Direttori nell'autunno 2009; durante il 2010 saranno presentati alle organizzazioni sindacali e diffusi attraverso i canali aziendali;
- Riunioni per il *miglioramento del clima aziendale*, curate dall'Ufficio stampa, con direttori, primari, caposala, operatori sanitari nella logica di facilitare la comunicazione interna;
- Il *Bilancio sociale e del capitale intellettuale*: dal 2007 una descrizione complessiva dell'organizzazione e dei servizi erogati si trova anche sul "*Bilancio Sociale e del capitale intellettuale*" dell'APSS; il bilancio sociale valorizza la dimensione umana, organizzativa e relazionale della conoscenza. La definizione dei contenuti del documento viene realizzata con il *diretto coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini* e i temi del bilancio sociale sono oggetto di *confronto con organizzazioni sindacali, ordini e collegi professionali e con il Consiglio dei Sanitari*; il documento viene capillarmente diffuso a tutto il personale. La rendicontazione sociale si pone come un *meccanismo di confronto e verifica "partecipata" dell'attività aziendale complessiva e delle innovazioni messe in campo di anno in anno*.
- Il documento è giunto nel 2009 alla terza edizione, rivista e migliorata rispetto al 2008 – a partire proprio da una serie di indicazioni scaturite dal confronto con i cittadini e il personale dell'azienda – con l'introduzione di specifici approfondimenti riguardanti la gestione dei tempi di attesa, i servizi distrettuali, la gestione delle risorse umane e la verifica dei principali standard di qualità contenuti nella Carta dei Servizi.
- Il *Rapporto con l'Assessorato alla salute e politiche sociali* (Assessore, Dirigente generale e Dirigenti di servizio, funzionari) che anche nel corso del 2009 si è sviluppato sistematicamente – sia ad alto livello (Direttore generale) che a livelli intermedi tra i funzionari che collaborano su attività comuni e su base informatica^[45] – nei seguenti ambiti rilevanti di interazione: la garanzia della *rendicontazione trimestrale degli obiettivi specifici PAT*, la redazione annuale del piano di attività, la redazione della relazione annuale sulla gestione, la

^[45] Il sistema informativo aziendale è collegato a quello dell'Assessorato che può disporre autonomamente dei dati di struttura e attività.

continua *analisi delle direttive e degli altri documenti di indirizzo emanati dalla Giunta, gli incontri settimanali del Direttore generale dell'APSS con l'Assessore alla salute e politiche sociali e/o con il Dirigente generale e gli altri dirigenti dell'Assessorato e gli incontri sistematici su temi specifici tra rappresentanti aziendali e dirigenti e funzionari dell'Assessorato*. Lo stile adottato è da sempre di una piena e completa collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze di programmazione sanitaria dell'Assessorato e di gestione operativa dell'APSS e frequenza e intensità dei rapporti consentono di operare praticamente in tempo reale il riesame dell'approccio.

5.1.3 LA GESTIONE DEL PERSONALE

In ogni azienda di servizi le persone hanno un ruolo primario per il conseguimento degli obiettivi strategici presenti e futuri; questo è ancora più vero in una azienda di servizi sanitari dove le componenti livello di servizio e competenze/know how impattano in modo forte su un tema sociale di grande rilievo come la salute della collettività servita.

Per l'Azienda sanitaria trentina diviene strategica la necessità di un approccio integrato e complessivo al processo di gestione del personale.

Il PASS 2009 sottolinea il fatto che la gestione del personale risulta essere un'attività complessa, articolata in numerose fasi che coinvolgono molte strutture aziendali e diverse figure professionali e, per questo, prevede esplicitamente l'impostazione di un *approccio unitario e coerente* all'intero fattore chiave della "gestione del personale": detto approccio si realizza attraverso lo sviluppo "di assetti organizzativi, modalità operative, strumenti di gestione e comunicazione in grado di migliorare ulteriormente il collegamento tra tutte le fasi del processo e tra tutte le strutture che le seguono".

Negli ultimi anni l'Azienda sanitaria ha apportato notevoli miglioramenti alla gestione del personale e, nel corso del 2009, è proseguito il "*Programma di sviluppo delle risorse umane*" – cui concorrono la Direzione del personale, i coordinatori di risorse, i dipendenti – con l'obiettivo di impostare un *nuovo modello di gestione del capitale umano* con maggiore attenzione all'individuo, al ruolo ricoperto all'interno dell'organizzazione, alle sue competenze e aspettative.

I nuovi metodi e strumenti introdotti da detto Programma sono:

- ▶ il *modello professionale*, che definisce le principali entità che descrivono la struttura organizzativa aziendale e i ruoli e le posizioni in essa collocate: organigramma, ruoli e posizioni, persone che rivestono tali posizioni;
- ▶ il *modello delle competenze*, che è stato elaborato per figure professionali chiave: il Direttore di struttura complessa clinico-sanitario, il coordinatore

infermieristico, il coordinatore tecnico-sanitario, i responsabili della gestione tecnico-amministrativa;

- ▶ il *profilo di ruolo*, che individua i comportamenti concreti assunti e le competenze che il singolo deve avere per raggiungere l'obiettivo del ruolo stesso: standard profilo ideale rispetto al quale ciascuna persona deve auto-valutarsi;
- ▶ il *piano di sviluppo personalizzato*, che comprende le attività di sviluppo diversificate e costruite sui bisogni di ogni persona: formazione tradizionale, formazione ad hoc studiata sul profilo di ruolo, colloqui di counselling, momenti di confronto tra pari, incontri a tema con il proprio supervisore, partecipazione a progetti;
- ▶ l'*assegnazione degli obiettivi individuali*, che prende in considerazione le priorità di sviluppo professionale e di miglioramento delle prestazioni di ciascuno;
- ▶ il *processo di valutazione e sviluppo delle prestazioni*, che, pur non modificando i sistemi di valutazione e incentivazione esistenti, ha portato all'introduzione di schede differenziate a seconda della posizione e del livello organizzativo del valutato;
- ▶ il *nuovo sistema software per la gestione delle risorse umane*, che definisce l'organizzazione in base ai ruoli che sono svolti dalle persone e non solo in base all'inquadramento contrattuale, supportato il nuovo modello di gestione e sviluppo delle competenze e consentendo una maggiore automazione dei processi anche in una logica di "self-service" per il singolo dipendente.

Gli *eventi aziendali* (esterni al processo) che hanno maggiormente impattato la gestione del personale nel 2009 sono stati i seguenti:

- ▶ la realizzazione dei cambiamenti introdotti dal programma di "Sviluppo delle risorse umane" di APSS e, in particolare, il rilascio del *nuovo sistema aziendale per la gestione del personale* (PeopleSoft);
- ▶ la stipulazione di *contratti di lavoro con gli infermieri interinali*;
- ▶ l'insediamento dei *primi dirigenti infermieristici*;
- ▶ l'introduzione dell'*assistenza sanitaria nella casa circondariale*, che prevede l'assegnazione di personale infermieristico;
- ▶ la progettazione delle funzioni di *day surgery* presso il Presidio ospedaliero Villa Igea di Trento;
- ▶ il *potenziamento* delle attività di Urologia, Chirurgia vascolare, Nefrologia, Chirurgia maxillo facciale dell'*Ospedale di Rovereto*;
- ▶ l'istituzione e la *copertura della posizione di Direttore* delle UU.OO. di Ortopedia nei Distretti di Fiemme, Giudicarie, Val di Non e di Ginecologia-Ostetricia nel Distretto Giudicarie e Rendena;
- ▶ la *mappatura delle funzioni assegnate a ciascun professionista medico all'interno di ogni U.O. del Presidio ospedaliero S. Chiara*, al fine di svolgere la ricognizione delle credenziali e dei privilegi secondo le linee guida della Joint Commission International.

Anche in relazione a tali eventi le *esigenze specifiche o criticità* che contribuiscono a caratterizzare l'attuale contesto della gestione del personale sono le seguenti:

- ▶ la necessità di ricorrere ai *contratti di somministrazione di lavoro per l'acquisizione di personale infermieristico* (che deriva dalla difficoltà di reperire questa figura professionale attraverso i canali tradizionali);
- ▶ l'introduzione di un nuovo sistema integro di gestione del personale e la conseguente necessità di un *allineamento tempestivo tra dati contenuti nei diversi sottosistemi e l'organizzazione aziendale* (strutture, ruoli, posizioni e persone);
- ▶ la *gestione del cambiamento* nelle modifiche introdotte in alcuni processi di gestione delle risorse umane (avvio nel nuovo processo di sviluppo, sia per la parte riguardante la valutazione del personale che quella inerente il miglioramento delle competenze sulla base dei profili di ruolo);
- ▶ l'impegno di *adeguare l'organizzazione agli standard di riferimento* (accreditamento e linee guida JCI).

Il processo chiave "Gestione del personale" comprende i seguenti *sottoprocessi*:

PIANIFICAZIONE

È finalizzata a definire la pianificazione strategica a tre anni, la pianificazione organizzativa annuale stabilendo i fabbisogni di risorse in linea con gli obiettivi strategici, le eventuali esigenze di variazione della dotazione organica.

Si è provveduto, nel corso del 2009, alla:

- ▶ *descrizione univoca dell'organigramma aziendale all'interno del nuovo software per la gestione del personale PeopleSoft* (nell'ambito del "Programma di sviluppo delle Risorse Umane"): dal punto di vista della pianificazione organizzativa, il sistema introduce delle forti novità quali il disegno dell'organizzazione e la traccia di tutte le relazioni gerarchiche, mai registrate in precedenza: questo si è tradotto nell'attività di migrazione e controllo dei dati, nei test di funzionamento, nel disegno e sviluppo dei nuovi report per la pianificazione organizzativa ai vari livelli della gestione, in una consistente attività di formazione e coordinamento di tutti gli operatori degli uffici del personale. Per tutto l'anno è continuata l'attività di verifica dei dati e la diffusione della conoscenza del sistema presso tutti i coordinatori di risorse che si troveranno a doverlo utilizzare per importanti processi gestionali. Oltre all'anagrafica dei dipendenti nel sistema sono stati immessi tutti i dati relativi a dotazione organica, budget (per elaborare il piano assunzione) e incarichi dirigenziali.
- ▶ *formulazione del piano del personale*, anche rivolto alla successiva elaborazione di un documento presentato in estate all'Assessorato per l'adozione della nuova legge finanziaria.

ACQUISIZIONE DEL PERSONALE

È finalizzata a permettere che l'Azienda sanitaria acquisisca le risorse idonee, in accordo alle linee guida definite nel processo di pianificazione strategica delle risorse umane di breve e medio periodo.

Sono state realizzate, nel corso del 2009, le seguenti azioni:

- ▶ *nuovo regolamento concorsuale*: la legge provinciale 4/2009 ha previsto la possibilità di adozione di un nuovo regolamento concorsuale in collaborazione con l'Assessorato alla Salute; l'APSS ha presentato all'Assessorato competente, a fine 2009, la bozza di regolamento di cui si attende l'approvazione con Decreto del Presidente della giunta provinciale; il lavoro di studio e di elaborazione è stato notevole ed ha richiesto la mediazione tra la normativa di accesso prevista dal regolamento PAT (cui la legge citata rinvia) e la specificità delle professioni sanitarie;
- ▶ *nuovo sistema di gestione del personale*: è stato sviluppato il *secondo modulo relativo al processo di selezione*, con l'obiettivo di sostituire, nel corso del 2010, l'attuale applicativo SIGECO: il nuovo sistema comprende delle funzionalità particolarmente innovative per la pubblica amministrazione, quali la possibilità di ricevere candidature online (via Internet) per i concorsi e le selezioni pubbliche;
- ▶ *piano annuale del personale – assunzioni 2009*: nel pieno rispetto dei criteri definiti dalla Giunta provinciale, nell'anno 2009:
 - sono state effettuate 468 *assunzioni*, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, con un lieve decremento rispetto all'anno precedente (nel 2008=537, +17,2% sul 2007);
 - l'attività di *reclutamento/selezione* si è caratterizzata per un importante impegno sul versante del *personale amministrativo*: sono stati conclusi 2 concorsi e 2 selezioni per collaboratore amministrativo area giuridica (con 348 iscritti) e area economica (con 149 iscritti) ed è stata avviata tutta l'attività selettiva inerente l'applicazione dell'articolo 111 del CCPL del personale di comparto (corso concorso, riqualificazione Bs C); le fasi selettive si sono concluse nell'anno e restano da operare gli inquadramenti. Vanno ad aggiungersi 3 concorsi relativi al *personale sanitario*: infermieri (con 294 domande), ostetrica (con 492 domande, tecnico di radiologia (con 172 domande);
 - sono stati *nominati 11 direttori di struttura complessa* (Unità operativa):
 - Ospedale di Trento – Direzione medica di presidio, Medicina fisica e Riabilitazione, Chirurgia I del presidio S. Chiara;
 - Distretto di Fiemme – Ospedale di Cavalese – Ortopedia e Traumatologia;
 - Distretto Valli di Sole e Non – Ospedale di Cles – Ortopedia e Traumatologia;

- Distretto Giudicarie e Rendena – Ospedale di Tione – Ortopedia e Traumatologia; Ostetricia e Ginecologia;
- Distretto Vallagarina – Psicologia;
- Distretto Valli di Sole e Non – Assistenza Primaria;
- Distretto Alto Garda e Ledro – Ospedale Alto Garda e Ledro – Pneumologia;
- Distretto Alta e Bassa Valsugana – Ospedale San Lorenzo di Borgo Valsugana – Radiologia diagnostica;
- *Somministrazione di lavoro a tempo determinato*: il decreto legislativo 368/2003 estende alle pubbliche amministrazioni la possibilità di applicare il contratto di somministrazione di lavoro temporaneo; nel 2008 è stata completata l'attività con l'inserimento del personale nelle unità operative: gli infermieri interinali inseriti ammontano a 86 (su 128 colloqui effettuati);
- *Inserimento lavorativo*: è stato realizzato, per tutti i profili professionali, un percorso comune di inserimento lavorativo del neo assunto, sia a tempo determinato che indeterminato: la formazione generale viene erogata, a partire dal 2009, con un apposito percorso di formazione a distanza predisposto dal Servizio Formazione in collaborazione con il Servizio gestione risorse umane e con il Servizio didattica online dell'Università degli Studi di Trento e l'Ufficio formazione e sviluppo delle risorse umane della PAT.

TAB. 5.7 "Piano del personale" di APSS – Andamento anni 2006/2009

INDICATORI QUANTITATIVI	2006	2007	2008	2009
VARIAZIONI DELL'ORGANICO				
Assunzioni a tempo indeterminato dirigenti	31	39	56	28
Assunzioni a tempo indeterminato comparto	103	66	103	157
Assunzioni a tempo determinato dirigenti	51	66	69	42
Assunzioni a tempo determinato comparto	223	287	309	228
Proroghe di incarico a tempo determinato	107	127	232	188
Domande di mobilità interregionale	93	202	103	155
Assunzioni da mobilità interregionale	26	42	46	16
Mobilità verso l'esterno	42	36	35	33
Pensionamenti	93	122	102	66
Dimissioni	85	99	121	63
ATTIVITÀ DI SELEZIONE				
Concorsi espletati	22	26	34	26
Concorsi indetti	27	24	32	24
Ricorsi verso concorsi	2	0	0	0

INDICATORI QUANTITATIVI	2006	2007	2008	2009
Selezioni interne orizzontali, verticali e oblique	16	13	16	16
Selezioni indette	44	50	53	24
Selezioni espletate	40	46	46	33
Selezioni per direttore U.O. indette	3	21	9	7
Selezioni per direttore U.O. espletate	7	11	13	9
Borse di studio	8	15	17	15
Incarichi libero professionali	91	160	90	114
Co.co.co.	23	4	10	6

ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL PERSONALE

Domande di part time definitivo	153	156	85	163
Part time definitivi	50	65	51	66
Part time temporanei	184	179	194	206
Regime orario ridotto	0	31	33	31
Rientro full time	—	—	14	26
Avviati d'obbligo	6	2	4	4
Tirocini e frequenze volontarie	964	650	742	—
Provvedimenti disciplinari	18	18	13	34

ATTIVITÀ DI ASSEGNAZIONE INCARICHI

P. O.	11	4	4	0
Incarichi dirigenziali	129	82	228	558
Valutazione di fine incarico	315	195	450	—

RELAZIONI SINDACALI

Accordi sindacali aziendali sottoscritti	4	14	27	15
Atti sindacali a carattere ordinario	173	234	246	—

VALUTAZIONE E SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI

Progetti incentivati – area Non dirigenziale	92	204	166	164
Personale coinvolto – area Non dirigenziale	1.156	1.841	1.912	1.485
Progetti incentivati aree Dirigenziali	56	55	61	92
Personale coinvolto – aree Dirigenziali	330	320	335	500
Valutazione delle prestazioni – area Non dirigenziale comparto	6.965	7.028	n.d.	n.d.
Valutazione delle prestazioni – aree Dirigenziali	976	949	n.d.	n.d.
Schede di budget con obiettivi di équipe/individuali	198	202	198	n.d.
Obiettivi di budget incentivati	2.469	2.756	2.431	3.003
Obiettivi di budget non incentivati	4.890	4.867	6.480	4.980

GESTIONE DEL PERSONALE

È finalizzata a gestire l'evoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti dell'Azienda.

Nel corso del 2009, è stato:

- ▶ applicato il *nuovo Regolamento* e attribuita ai *dirigenti* l'attività di *adozione di atti amministrativi propri* (determinazioni del dirigente e direttore di AOF): tale evoluzione ha comportato una revisione degli atti e l'introduzione del programma informatico P3 con utilizzo della firma digitale; inoltre in alcuni settori (attività di tirocinio) si è attuata una delega alle AOF che ha richiesto un lavoro di indirizzo e nuova organizzazione delle attività;
- ▶ approvato il *nuovo accordo sul part-time* (con consultazione delle direzioni soprattutto infermieristiche) e un *nuovo regolamento del part time temporaneo* che sarà applicato nel 2010;
- ▶ riscritto completamente il *contratto decentrato sulla mobilità interna del personale* che non è tuttavia stato ancora adottato;
- ▶ aperto l'*Asilo nido aziendale* (unica nel panorama trentino): è stato predisposto il regolamento e sono state gestite le graduatorie per l'ammissione dei bambini; il primo gruppo (25) ha iniziato la frequenza a febbraio; attraverso la seconda graduatoria (con accesso a settembre) si è completato il numero di bambini che possono essere accolti nella struttura, (circa 40).

SVILUPPO DEL PERSONALE

È finalizzato a garantire la crescita professionale e lo sviluppo delle competenze per le risorse umane, definire l'assegnazione degli incarichi e degli obiettivi, applicare il sistema di incentivazione economica.

Nel corso del 2009, è stato:

- ▶ diffuso il *Piano di sviluppo personale*, sulla base del un nuovo modello di sviluppo individuale (basato sul profilo di ruolo e delle relative competenze) che era stato sperimentato nel corso del 2007 su due ruoli particolarmente critici in APSS (primario e caposala) e dal mese di aprile 2008 era stato esteso a tutti gli altri direttori clinici e sanitari interessati e ad altri ruoli di coordinamento (coordinatori infermieristico-ostetrici, coordinatori tecnici e responsabili tecnico-amministrativi): in particolare, è stato esteso il modello delle competenze – previa realizzazione di incontri di lavoro, di autovalutazione e "focus group" – con la stesura dei rispettivi profili di ruolo per altre figure di coordinamento (Coordinatore di Radiologia-Laboratorio, Coordinatore della riabilitazione, Direttore amministrativo, Responsabile amministrativo) e con la realizzazione delle attività formative (su tematiche organizzative ad hoc per il ruolo, secondo un percorso gestionale/organizzativo fortemente contestualizzato ed elementi di innovazione rispetto alla formazione tradizionale) scelte nei piani di sviluppo in relazione alle aree di attività da

potenziare risultate dall'autovalutazione personale delle competenze . A fine 2009 risultano redatti 175 piani di sviluppo personali;

► è stato rivisitato e consolidato il *processo di valutazione delle prestazioni e di incentivazione del personale*, volto a contribuire allo sviluppo del singolo professionista:

- ogni *dirigente* è valutato, dal proprio responsabile, sulla base del grado di conseguimento degli obiettivi affidati, dell'osservanza delle direttive e dell'impegno e disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro (flessibilità operativa); al dirigente valutato è garantito il riesame da parte del Nucleo di valutazione nei casi, peraltro molto contenuti, di contestazioni delle valutazioni di prima istanza;
- ogni *dipendente delle categorie C, D e Ds* è valutato dal proprio responsabile diretto, sulla base dei criteri generali previsti dal vigente contratto provinciale di lavoro e dei 4 gradienti contrattualmente previsti: 1 negativo e 3 positivi.

La sperimentazione, a Trento e Cavalese^[47], del *nuovo sistema di valutazione e sviluppo professionale* (prestazioni attese) ha evidenziato vantaggi rilevanti a sostegno della successiva estensione del nuovo modello al resto dell'APSS, tra i quali:

- l'aumento della comunicazione tra responsabile e collaboratore, grazie al colloquio bidirezionale e una maggiore comprensione della cornice organizzativa della propria attività;

^[46] Piano di sviluppo personale: attività formative 2009:

Titolo del corso costruito ad hoc sul profilo di ruolo	Destinatari	Edizioni 2009	Ed. previste per 2010
Condurre un gruppo di lavoro	Coordinatori infermieristici	2	-
Promuovere collaborazioni efficaci con i collaboratori	Coordinatori infermieristici	1	-
Prevenire e gestire i conflitti	Coordinatori infermieristici	2	2
Migliorare i processi e la qualità dell'assistenza	Coordinatori infermieristici	1	2
Sentirsi efficaci	Coordinatori infermieristici	2	-
Gestire il tempo e lo stress	Coordinatori infermieristici	-	2
Leadership e formazione di sé	Coordinatori infermieristici	1	-
Fare empowerment: gestire la crescita del personale	Coordinatori infermieristici	1	2
Realizzare strategie efficaci per l'UO/ Servizio	Direttori clinico – sanitari	1	1
Esercitare la leadership	Direttori clinico – sanitari	1	1
Gestire le persone per gestire il cambiamento	Direttori clinico – sanitari	1	-

^[47] Ha interessato circa 35 valutatori e 135 valutati tra direttori di struttura complessa, dirigenti, posizioni organizzative e coordinatori tecnico-sanitari. In tali strutture all'inizio dell'esercizio 2009 – per il personale delle categorie C, D e Ds – sono stati affidati, ad ogni dipendente, gli obiettivi individuali incentivati e non incentivati e le azioni di sviluppo e di formazione individuale. Sono state incentivate specifiche iniziative progettuali aventi natura di "priorità aziendale" o "per sopperire alle situazioni di urgenza/emergenza" a livello direzionale/aziendale. Allo scopo è stata messa a

- la possibilità di costruire dei “progetti” motivanti intorno alla persona, grazie all’ascolto delle aspettative, esigenze e proposte del dipendente;
- lo spostamento dell’enfasi su attività e comportamenti, piuttosto che sulle caratteristiche personali del valutato;
- la focalizzazione su pochi obiettivi rilevanti, sia organizzativi che individuali, assegnati ai singoli;
- la maggiore responsabilizzazione su attività specificatamente assegnate, quelle sulle quali il singolo può realmente incidere.

Il nuovo sistema di valutazione e sviluppo professionale prevede, per la prima volta, che la valutazione venga effettuata (nel corso dei primi mesi dell’esercizio 2010) in maniera dialettica nell’ambito di uno *specifico colloquio, durante il quale il dipendente e il rispettivo responsabile si confrontano* sia sull’andamento dei risultati dell’esercizio 2009 che sugli *obiettivi individuali e di sviluppo professionale* da programmare per l’esercizio 2010, rilevando anche le aspettative e gli orientamenti di sviluppo dei dipendenti in termini di attività formative e di sviluppo delle competenze da mettere in atto nel corso dell’anno; Per le *categorie A, B, Bs* la valutazione è semplificata e prevede un giudizio positivo o negativo: nel caso di giudizio negativo, ai dipendenti interessati è garantito il riesame da parte dell’organismo aziendale previsto dal CCPL 11.6.2007.

FORMAZIONE DI BASE

È finalizzata a gestire in modo integrato tutte le attività formative dell’area sanitaria, universitarie e non, che comportano il conseguimento di una laurea di primo livello, di un diploma di formazione complementare o specialistica (master) o di una qualifica professionale, in coerenza con la programmazione provinciale, i fabbisogni aziendali e l’evoluzione del mercato del lavoro.

Il Polo universitario delle professioni sanitarie – che si articola in 2 sedi formative, Trento e Rovereto/Ala^[48] – gestisce i seguenti principali processi:

- *Collaborazione nella definizione dei fabbisogni formativi quanti-qualitativi e delle linee di sviluppo della formazione di base e avanzata, nel proporre nuove*

disposizione della Direzione generale, in sede di contrattazione decentrata aziendale, una quota parte del fondo complessivo della Retribuzione di risultato per finanziare in particolare:

1. l’utilizzo flessibile degli specialisti medici su sedi diverse da quella di originaria assegnazione (mobilità in una logica di rete) al fine di affrontare le situazioni di urgenza/emergenza;
2. finanziare progetti che prevedano la resa di attività aggiuntiva (ulteriore rispetto all’orario contrattualmente dovuto per il raggiungimento degli obiettivi dell’unità operativa; per contenimento liste e tempi attesa);
3. finanziare i progetti specifici aventi natura prioritaria a livello aziendale negli ambiti dell’innovazione e della qualità.

^[48] Alla sede di Trento è affidata la formazione universitaria dell’area infermieristica e post-base (Master, Corsi di perfezionamento); alla sede di Rovereto/Ala la formazione universitaria dell’area tecnica, della riabilitazione e prevenzione. Entrambe le sedi gestiscono la formazione professionale.

esigenze formative e favorire il reclutamento^[49]: i fabbisogni quali-quantitativi relativi ai corsi di laurea e postlaurea (master) e alla formazione professionale (operatori socio sanitari – oss) sono previsti nel *Piano triennale delle attività di formazione del personale dei servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento* in collaborazione con le sedi formative e in considerazione delle esigenze dell'Azienda sanitaria e dei Servizi sociosanitari.

Da segnalare che negli ultimi anni si è notata una inversione di tendenza e di *maggior interesse verso le professioni sanitarie*: nei corsi di laurea sanitari (infermieristica, radiologia, prevenzione ambientale) *il numero di pre-iscrizioni (+30% sul 2008) supera il numero previsto di accesso programmato*. Rispetto alla formazione professionale (OSS) si rileva un calo di iscrizioni e un aumento degli abbandoni in itinere: il target è costituito da adulti (età media 35 anni), in cerca di occupazione, stranieri per il 30%; il principale motivo di abbandono del percorso formativo è la proposta lavorativa;

In coerenza con specifico obiettivo assegnato dalla Giunta provinciale (n. 4/2009) è stato attivato un corso per formare *professionisti della salute* con competenze specialistiche avanzate, aggiornate e basate sulle evidenze scientifiche, *nella gestione clinica, assistenziale e riabilitativa dei pazienti affetti da malattie cerebrovascolari*, con particolare riferimento all'ictus in coerenza agli obiettivi sanitari provinciali.

- ▶ *Gestione del Budget affidata alle rispettive sedi didattiche in coerenza alle direttive e regolamenti aziendali e al programma triennale della formazione degli operatori del SSP*: l'attività amministrativa del Polo universitario copre l'area universitaria (con attività di segreteria studenti e di front-office, di segreteria docenti e segreteria amministrativo-contabile) e l'area aziendale (con attività amministrative per il funzionamento della sede didattica, per la sicurezza, per la gestione di selezioni e bandi e la predisposizione di atti amministrativi per corsi professionali e per la gestione del personale interno). Si è provveduto a costruire, per i principali processi amministrativi a supporto dell'attività di formazione, un dossier con flow chart e procedure finalizzato a

^[49] Il Polo Universitario delle professioni sanitarie:

- elabora annualmente, in collaborazione con i responsabili di Servizi e dipartimenti, proposte di formazione di base e post-base attraverso l'analisi ed individuazione delle competenze richieste dai nuovi bisogni di salute dei cittadini e/o dalle esigenze dei servizi;
- collabora nella stima dell'evoluzione del mercato del lavoro e dei fabbisogni aziendali di personale;
- attiva strategie di informazione per aumentare il reclutamento di giovani ai corsi, attraverso la realizzazione e diffusione di opuscoli informativi, la realizzazione di iniziative e campagne di informazione nelle Scuole professionali e negli Istituti Superiori (Open day);
- contribuisce, nell'ambito dell'autonomia didattica dell'Università, all'elaborazione di piani di studio in base al contesto culturale, sociale e sanitario in cui i laureati saranno chiamati ad operare; elabora statistiche (entrata, posizione...) degli studenti per i vari corsi;
- diffonde i bandi di pre-iscrizione ai corsi gestiti;
- garantisce il servizio di front-office all'utenza per orientamento alle iscrizioni e ai servizi a favore dello studente.

creare omogeneità tra le sedi didattiche di Trento e Rovereto/Ala, per erogare una risposta efficiente all'utenza e facilitare l'inserimento del neo-assunti dell'area amministrativa.

- ▶ *Attivazione e gestione di iniziative formative pertinenti ai bisogni prioritari di salute nazionali e provinciali e agli obiettivi aziendali, promozione di attività di sperimentazione didattica, formazione pedagogica e tutoriale ai docenti, tutor clinici e Supervisor, definizione e gestione del percorso di inserimento e sviluppo professionale del personale* ^[50]: nel 2009, in particolare sono state realizzate le seguenti attività:
 - corsi di *formazione pedagogica al tutorato clinico* che ha coinvolto 500 professionisti delle professioni sanitarie (nel 2008=270) professionisti sanitari;
 - *tirocinio e tutorato* nei corsi delle professioni sanitarie – che prevede il riconoscimento ECM dell'attività di Supervisore e l'auto-etero valutazione dell'attività – con l'attribuzione di 5.000 crediti ECM agli infermieri che congiuntamente al loro servizio svolgevano funzioni di accompagnamento dello studente;
 - utilizzo del *portfolio personale*, con profilo di competenza del Tutor clinico, per l'esame di conferma del "ruolo di Tutor clinico" (timing di sviluppo a 1, 3 e 5 anni, autovalutazione, obiettivi di sviluppo e di miglioramento);
- ▶ *Cura e gestione della biblioteca infermieristica* (Polo di Trento): il sistema bibliotecario è composto da circa 4.500 testi catalogati secondo il sistema previsto dal "Catalogo Bibliografico Trentino", riviste cartacee, riviste online e banche dati (95 abbonamenti a riviste infermieristiche); nel 2009 si è garantito il servizio di consulenza per la ricerca di testi e di fonti online e sono stati realizzati – per tutti gli studenti dei corsi universitari – corsi

^[50] I *poli formativi* garantiscono il monitoraggio e la valutazione della qualità della programmazione delle attività teoriche, di laboratorio e di tirocinio con il corpo docente, i tutori, i coordinatori dei servizi e gli studenti e trasmettono i calendari dell'attività formativa; coordinano l'integrazione interdisciplinare e teorico-pratica; collaborano con il CTO per la determinazione delle competenze didattiche e per diffondere i bandi di docenza all'interno dell'Università di Trento e dell'Azienda sanitaria; promuovono, inoltre:

- interventi formativi e di ricerca-intervento per favorire l'acquisizione di competenze pedagogiche di base rivolte a professionisti dei servizi/unità operative, per migliorare la relazione educativa supervisore/studente, la qualità delle esperienze di apprendimento dei tirocinanti e le strategie tutoriali per l'acquisizione di competenze professionali;
- eventi formativi per formatori, tutor e docenti sulla valutazione dell'apprendimento e sull'acquisizione di competenze progettuali;
- attività formative per tutor e docenti di corsi universitari e di formazione continua alla ricerca e all'utilizzo degli strumenti dell'EBP per la didattica e il tutorato clinico e d'aula;
- scambi e confronti tra i poli didattici gestiti dall'Università degli studi di Verona,
- scambi Erasmus per studenti e docenti tra università delle professioni sanitarie europee (Malta, Finlandia, Spagna, Portogallo, Regno Unito) e con università straniere (Stati Uniti, Canada).

Il corpo docente è costituito in equa proporzione da docenti dipendenti dell'Università di Trento e Verona (50%) e docenti dipendenti del Servizio sanitario provinciale (50%) dell'area della dirigenza medica e non medica e dell'area infermieristica.

sull'utilizzo delle banche dati (pubmed, chinal, medline) e della biblioteca virtuale e di EBP al termine dei quali gli studenti dei CdL e Master hanno acquisito una competenza di base di "searching" e lettura di un articolo di ricerca;

- ▶ *Sviluppo attività di ricerca per la valutazione e il riesame dei processi formativi:* con l'anno accademico 2008/2009 sulla coorte di neo-immatricolati è stato attivato uno studio di triangolazione – follow up e fenomenologico – per misurare l'evoluzione e lo sviluppo della predisposizione all'auto apprendimento degli studenti infermieri, valutare lo sviluppo negli studenti della capacità di auto apprendimento nei tre anni di studio, identificare se la predisposizione all'auto apprendimento è associata con alcune importanti variabili del percorso formativo pre-universitario e universitario (modello di tutorato, successo/insuccesso, variabili socio-culturali): l'87% degli interessati assegna un punteggio 4-5 agli indicatori che caratterizzano un "buon ambiente di apprendimento" delle sedi di tirocinio dell'APSS (accoglienza, clima di relazioni, disponibilità alla relazione educativa, modelli assistenziali). Da segnalare anche la elaborazione, attraverso Consensus conference e Questionario, di un documento condiviso sugli "standard della programmazione, progettazione e conduzione del tirocinio per le professioni sanitarie".

FORMAZIONE CONTINUA

È finalizzata a sviluppare e aggiornare le conoscenze scientifiche/tecniche e le competenze manageriali/comportamentali del personale, attraverso la progettazione e realizzazione di interventi interni, la partecipazione dei dipendenti a interventi esterni e l'utilizzo del sistema bibliotecario aziendale.

La formazione del personale si articola in formazione interna e formazione esterna. Con riferimento alla *attività di formazione interna* e, quindi, al *Piano per la formazione continua 2008-2009* ^[51], va segnalato che nel processo di analisi dei fabbisogni formativi sono state apportate, rispetto agli anni precedenti, alcune modifiche sostanziali:

- ▶ i Dipartimenti sono stati identificati come pressoché gli unici portatori di richieste di *formazione di natura disciplinare* (attività finalizzate allo sviluppo di competenze e conoscenze in linea con il progresso scientifico e tecnologico e basate sulle prove di efficacia);
- ▶ le Direzioni di articolazione organizzativa fondamentale si sono fatte carico delle richieste di *formazione per l'organizzazione* (processi di gestione, comunicazione, lavoro in contesti multiculturali, metodologie di cura innovative/percorsi clinico-assistenziali);

^[51] Adottato dal Direttore generale con atto deliberativo n. 235 di data 20/02/2008, elenca le attività di formazione interna all'Azienda provinciale per i servizi sanitari per il biennio 2008-2009.

- ▶ il Piano 2008-2009 non contiene progetti di Formazione sul campo (FSC), ma solo indicazioni operative, poiché, a differenza della più tradizionale formazione residenziale che per sua natura richiede di essere programmata su tempi lunghi (indirizzo del PASS), la FSC risultando più difficile da pensare con largo anticipo può essere quindi presentata nel corso di tutto l'anno alla valutazione del Servizio formazione e del Comitato provider;
- ▶ rispetto alla Formazione a distanza (FAD), gli unici percorsi formativi a oggi accreditabili ECM sono quelli abbinati a momenti di Formazione residenziale (FR + FAD); nuove disposizioni della Commissione provinciale per la formazione continua consentiranno l'accREDITAMENTO di attività erogate esclusivamente in FAD ^[52].

Considerata la crescente richiesta di formazione, la necessità di garantire i crediti ECM (a partire dal 2008 i professionisti sanitari dovranno acquisire 150 crediti ECM in un triennio) e di rispondere a bisogni formativi emergenti al di fuori della pianificazione biennale, il *Servizio formazione* ha portato a termine le seguenti attività:

- ▶ possibilità per UU.00./Servizi di organizzare, al proprio interno, brevi attività formative rispondenti a specifici bisogni. A questo scopo, sono state introdotte 2 nuove tipologie di formazione sul campo: discussione di caso clinico e aggiornamento monotematico;
- ▶ consulenza e supporto alle UU.00./Servizi per la realizzazione dei progetti di formazione sul campo (FSC);
- ▶ divulgazione di calendari delle proposte formative previste dal Piano. La diffusione, per quanto sintetica, dei calendari dovrebbe permettere ai servizi di pianificare le proprie attività e potrà sostenere lo sviluppo di progetti aziendali;
- ▶ estensione alla maggior parte delle articolazioni organizzative fondamentali la responsabilità di diffusione delle informative sulle attività formative erogate;
- ▶ attivazione della modalità di iscrizione online per alcune attività formative;
- ▶ revisione e aggiornamento del sistema qualità interno in un'ottica di semplificazione attraverso la revisione dei processi e degli strumenti in uso;
- ▶ integrazione dei Piani formativi individuali e/o PSP e il Piano biennale per la formazione continua con le relative integrazioni annuali (Progetto Sviluppo RU);
- ▶ appalto a società esterne parte della formazione dedicata alla gestione dell'urgenza/emergenza (BLS e PBL) per liberare risorse interne per la progettazione ed erogazione di attività formative con maggiori necessità di contestualizzazione.

^[52] È in atto un percorso formativo specifico per formatori che si occuperanno di FAD ed e-learning, organizzato dal Servizio organizzazione e qualità delle attività sanitarie della PAT e in collaborazione con il Servizio didattica online della Università di Trento, a cui partecipano 3 operatori del Servizio formazione nell'ottica di ampliare le possibilità formative a distanza.

Nel corso del 2009, in tema di formazione continua sono state realizzate le seguenti particolari attività:

- ▶ elaborazione del *Piano per la formazione continua per gli anni 2010 e 2011*, sulla base dei fabbisogni formativi raccolti, elaborati e classificati dal Servizio Formazione e valutati dalla Commissione aziendale per la formazione (delibera 1143/2009);
- ▶ *revisione della modalità di raccolta dei fabbisogni formativi*: tale attività si è svolta all'interno di una riunione di AOF/Dipartimento appositamente dedicata, alla presenza dei direttori, coordinatori, dirigenti delle UU.OO./Servizi; ciò per favorire una maggior circolazione delle informazioni sui temi della formazione, per avere una lettura complessiva del processo organizzativo in cui nasce la richiesta di formazione e per migliorare la risposta ai fabbisogni formativi;
- ▶ *risposta ai crescenti bisogni formativi al di fuori della pianificazione originale*: sono state organizzate brevi attività formative rispondenti a specifici bisogni, all'interno delle UUO/Servizi; in particolare la modalità "aggiornamento monotematico" ha riscontrato un notevole successo: da 22 progetti valutati dal Servizio formazione e portati a termine nel 2008 si è passati ai 125 del 2009. In aggiunta a ciò, sono stati effettuati consulenza e supporto alle UU.OO./Servizi per la realizzazione di tutti i progetti di formazione sul campo;
- ▶ aggiornamento del *Sistema qualità interno* secondo quanto previsto dalla norma UNI EN ISO 9001:2008;
- ▶ collaborazione con il Servizio 118 Trentino Emergenza per ottemperare a quanto previsto dalle deliberazioni della Giunta provinciale n.1178/2005 e n.1661/2006 in tema di *formazione degli operatori del sistema emergenza-urgenza*: sono state istituite apposite commissioni d'esame e il registro degli operatori idonei, e sono stati individuati i referenti dipartimentali.

Nel 2009 l'attività di formazione ha coinvolto un grande numero di operatori secondo le seguenti modalità:

- ▶ partecipazione a *eventi formativi residenziali e a distanza (FAD)* organizzati dal Servizio formazione dell'APSS o da altri provider (corsi, convegni, seminari, congressi, corsi di formazione e seminari clinici) curati direttamente dal Servizio formazione dell'APSS o acquisiti da altri provider; il livello di erogazione della formazione continua nell'anno 2009 da parte del Servizio formazione (eventi "chiusi" nel sistema informativo provinciale ECM online al 31/12/2009 ^[53]) è corrisposto a 8.328 persone formate e 83.714 crediti conseguiti; (nel 2008=5.556 persone formate e 53.749);

^[53] Sistema ECM on-line – Eventi chiusi al 31 dicembre:

	2008	2009
Totale personale formato	5.556	8.328
Totale crediti conseguiti	53.749	83.714

Tali dati scontano in difetto una parte di attività di formazione sul campo che non sono ancora state "chiusure" a sistema ECM.

TAB. 5.8 Formazione interna APSS. Attività residenziali, seminariali, in FA o miste – Anni 2008-2009.

	ATTIVITÀ 2008			ATTIVITÀ 2009		
	PREVISTE	REALIZZATE		PREVISTE	REALIZZATE	
	n. titoli	n. attività	edizioni	n. titoli	n. attività	edizioni
Piano per la formazione continua 2008-2009	115	63	168	74 ^(§)	99 ^(§)	214
Non Previste	0	0	0	46	46	72
Totale	115	63	168	120	145	286
Erogazione attività rispetto al numero di titoli previsti a Piano	54,8%			104%		

^(§) Lo scarto fra numero di titoli e numero delle attività è dovuto al fatto che un singolo titolo ha dato origine a più attività.

- ▶ partecipazione a *eventi formativi sul campo* (FSC) ^[54] presso le strutture APSS: questa tipologia formativa offre importanti opportunità di apprendimento di competenze professionali e comportamenti organizzativi rappresentando un potente strumento per migliorare i processi assistenziali e il funzionamento dei servizi; sono stati presentati al Comitato tecnico-scientifico Provider 190 progetti di formazione sul campo, di cui 185 approvati, con un incremento, al 31/12/2009 del 103% rispetto al 2008 ^[55];
- ▶ partecipazione a stages clinici in Italia e all'estero ^[56]; sono stati autorizzate, al 31/12/2009, dalle Commissioni per la formazione continua (CFC) e Commissione Unica Aziendale per la formazione (CUA), 2.459 domande di formazione esterna all'APSS (nel 2008=2.469 – nel 2007=2.350);
- ▶ partecipazione a corsi organizzati dalla Provincia autonoma di Trento, tramite tsm-Trentino School of Management, per i ruoli amministrativi e tecnici: nel 2009 hanno aderito 181 dipendenti (nel 2008=26);
- ▶ partecipazione a iniziative formative organizzate all'interno delle unità operative;
- ▶ progettazione, sviluppo e partecipazione a progetti di ricerca;
- ▶ utilizzo delle ore studio previste dai contratti di lavoro.

^[54] La FSC si è rivelata uno strumento particolarmente efficace, snello e "su misura" per i diversi contesti operativi e, pertanto, al fine di favorirne l'ulteriore diffusione, è stata implementata la metodologia, nuova rispetto all'accreditamento ECM e comune in clinica, della discussione del caso clinico. Il Servizio formazione e una rete di professionisti appositamente formati sono a disposizione di quanti abbiano bisogno di supervisione o consulenza per la stesura di un progetto di FSC.

^[55] Formazione sul campo (FSC):

	2007	2008	2009
Progetti presentati	68	91	190
progetti approvati	58	81	185
progetti respinti	10	10	5

^[56] Le *Linee guida operative per la formazione continua*, di cui alla Deliberazione n. 963/2005, sono state rinnovate per quanto riguarda la parte sulla partecipazione ad attività formative esterne all'APSS con deliberazione n. 1474 di data 19/12/2007. Le richieste di autorizzazione alla partecipazione ad attività formative esterne all'APSS vengono presentate alle commissioni per la formazione continua (CFC) di riferimento o alla Commissione unica aziendale (CUA), secondo i criteri indicati nelle linee guida stesse.

AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

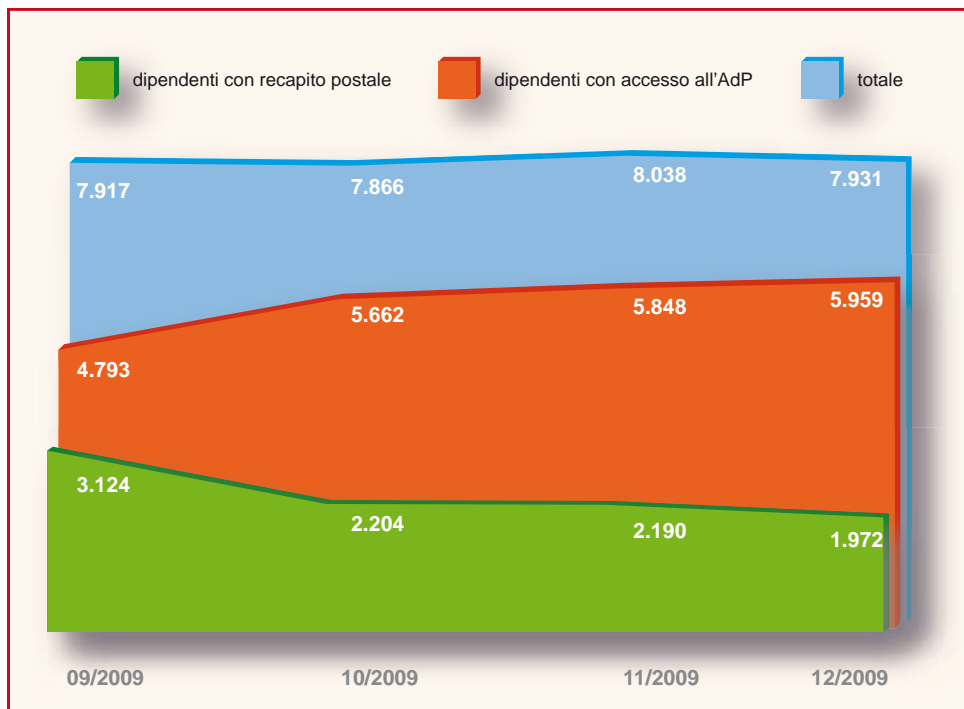
È finalizzata a assicurare una corretta applicazione delle normative e degli istituti contrattuali, contributivi, previdenziali, fiscali e assicurativi dei contratti individuali di lavoro e la corretta contabilizzazione e gestione delle spese per il personale dipendente, parasubordinato, somministrato e convenzionato.

Nel 2009 sono stati gestiti i trattamenti economici, contributivi, previdenziali, fiscali e assicurativi di oltre 7.866 dipendenti (+85 rispetto al 2008), 39 collaboratori coordinati e continuativi, 29 borsisti, 67 lavoratori somministrati, 400 medici di base, 83 pediatri di libera scelta, 166 medici di continuità assistenziale, 1 medico di emergenza territoriale, 1 medico di medicina dei servizi. Sono state gestite circa 13.000 modifiche per aggiornare la *banca dati* relativa all'amministrazione del personale, riguardanti le modifiche delle anagrafiche e dei profili/fasce economiche.

Inoltre, è stato creato il cd. "*Angolo del dipendente*" finalizzato alla visualizzazione online dei CUD, dei cartellini marcatempo, della richiesta di variazione orario e di ferie; gli utenti sono in crescita e diminuiscono quelli che ricevono ancora per posta la documentazione cartacea (Grafico 5.3).

È stata anche elaborata l'analisi di fattibilità per la modifica del modulo rilevazioni presenze con l'introduzione del nuovo istituto "*Banca delle Ore*".

GRAF. 5.3 Angolo del dipendente: confronto utenti e non utenti – settembre-dicembre 2009



I costi relativi al personale sono ammontati a circa 425 milioni di euro per i lavoratori dipendenti e somministrati e a oltre 65 milioni di euro per i medici convenzionati generici e specialisti. Conseguentemente, la quota di spesa di competenza della Direzione del personale e sistemi informativi è prossima alla metà dell'intero bilancio APSS.

Nel corso del 2009, oltre a svolgere le diverse attività in cui è articolato il sottoprocesso in esame^[57], sono state realizzate le seguenti particolari attività:

- ▶ *completamento della applicazione del contratto collettivo provinciale di lavoro 12 giugno 2007 del comparto non dirigenziale del servizio sanitario provinciale: adeguamento degli stipendi tabellari, attribuzione dell'indennità di cassa, nuova disciplina del lavoro straordinario e dell'indennità professionale specifica aggiuntiva provinciale per il personale sanitario;*
- ▶ *completamento della applicazione dei contratti collettivi provinciali di lavoro 25 settembre 2006 della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria non medica, professionale, tecnica e amministrativa con riferimento alle seguenti parti: modifica dello stipendio tabellare a far data dal 1.1.2009; variazione della retribuzione di posizione minima contrattuale unificata; attribuzione dell'indennità aggiuntiva per i dirigenti di tutti i ruoli con incarico di struttura complessa; attribuzione dell'indennità aggiuntiva per i dirigenti dei ruoli PTA non incaricati della direzione di struttura complessa;*
- ▶ *integrazione operativa dei processi amministrativi sia tra il centro e la periferia, sia con gli altri processi della gestione del personale e della gestione economico-finanziaria aziendale: tale integrazione è stata progressivamente migliorata sia grazie alle implementazioni del sistema informativo (interfaccia Impers per la gestione dei flussi dalla contabilità del personale, gestita dal S.I. Sigma, a quella economico-patrimoniale gestita dal S.I. Eusis contabilità) che grazie al consolidamento di meccanismi di sistematica revisione delle fasi più critiche dei processi favorite dalla certificazione del bilancio;*
- ▶ *avvio della fase di visualizzazione online relativa ai cedolini paga con l'eliminazione progressiva dell'invio cartaceo degli stessi;*
- ▶ *analisi, a livello di articolazione organizzativa fondamentale, di quantitativi di ore straordinarie maturati nell'ultimo triennio e elaborazione dei relativi budget di ore straordinarie per l'esercizio 2010, affinando i sistemi e gli strumenti di monitoraggio per i consumi in corso d'anno;*
- ▶ *controllo dei report per il monitoraggio mensile di processo (cedolini superiori a 10.000,00 euro netto a pagare; matricole cessate-arretrati percepiti; voci*

^[57] Gestione delle missioni del personale dipendente, autorizzazione svolgimento attività esterne all'APSS, erogazione delle competenze economiche al personale dipendente e al personale medico convenzionato, gestione degli istituti fiscali (in qualità di sostituto d'imposta) connessi agli emolumenti corrisposti, gestione delle ritenute previdenziali e dei rapporti con gli Enti previdenziali, gestione degli istituti assicurativi e dei rapporti con l'INAIL (autoliquidazione e denunce d'infortunio).

anomale per importo o utilizzo; variazioni anagrafiche su dipendenti cessati; conguaglio fiscale fine esercizio; cedolini negativi) e impostazione delle *nuove griglie di controllo* (missioni, aggiornamenti, variazione fascia-qualifica).

RELAZIONI SINDACALI

Sono finalizzate a gestire i rapporti con le organizzazioni sindacali rappresentative in merito alle materie inerenti alla regolamentazione in materia di rapporto di lavoro tra Azienda sanitaria e personale.

L'anno 2009 ha visto tutti i servizi della Direzione del personale e, in parte della Direzione cura e riabilitazione, particolarmente impegnati nel *proseguo delle trattative a livello integrativo aziendale per le tre aree del personale dipendente*, con i seguenti obiettivi, distintamente per ciascuna area contrattuale ^[58]:

- ▶ *area della dirigenza medico-veterinaria*: concludere la contrattazione aziendale con la sottoscrizione di un testo unico quale raccolta di tutte le preintese sottoscritte in applicazione del CCPL 25 settembre 2006 e le parti degli ancora vigenti Accordi decentrati aziendali 18 luglio 2003 non oggetto di revisione/modifica/integrazione;
- ▶ *area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa*: concludere la contrattazione aziendale con la sottoscrizione di un testo unico quale raccolta di tutte le preintese sottoscritte in applicazione del CCPL 25 settembre 2006 e le parti degli ancora vigenti accordi decentrati aziendali 18 luglio 2003 non oggetto di revisione/modifica/integrazione;
- ▶ *area del personale non dirigente del comparto*: concludere la negoziazione integrativa a livello aziendale con le organizzazioni sindacali e la RSU aziendale sui principali istituti giuridico-economici del CCPL 11 giugno 2007, per arrivare all'approvazione di un testo unico nei primi mesi del 2010.

Il percorso negoziale integrativo a livello aziendale è giunto a conclusione per l'area della dirigenza medica e veterinaria con la sottoscrizione, in data 15 dicembre 2009, di un TESTO UNICO che raccoglie i diversi verbali di preintesa siglati con le organizzazioni sindacali di categoria lungo il percorso di negoziazione sopra citato in applicazione del CCPL 25 settembre 2006 e le parti non modificate – tranne che nei riferimenti normativi e nelle norme a efficacia transitoria – degli ancora vigenti accordi decentrati aziendali 18 luglio 2003. Il documento è già stato sottoposto al Collegio dei revisori dei conti, per il controllo

^[58] Attività di negoziazione sui tre tavoli contrattuali – Anno 2009.

Tipologia attività	Area contrattuale	Dato quantitativo
Sedute sindacali	dirigenti	17
	non dirigenti	17 + 6 incontri tecnici
Accordi sottoscritti	dirigenti	6
	non dirigenti	9

di compatibilità dei costi con i vincoli di bilancio, ottenendo parere favorevole. Rimangono da convocare ora le sigle sindacali per la sottoscrizione definitiva.

Analogo percorso è stato seguito per l'area dirigenziale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

SICUREZZA DEI LAVORATORI

Attività di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza del personale dipendente dell'APSS in modo integrato con le attività di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza dei pazienti.

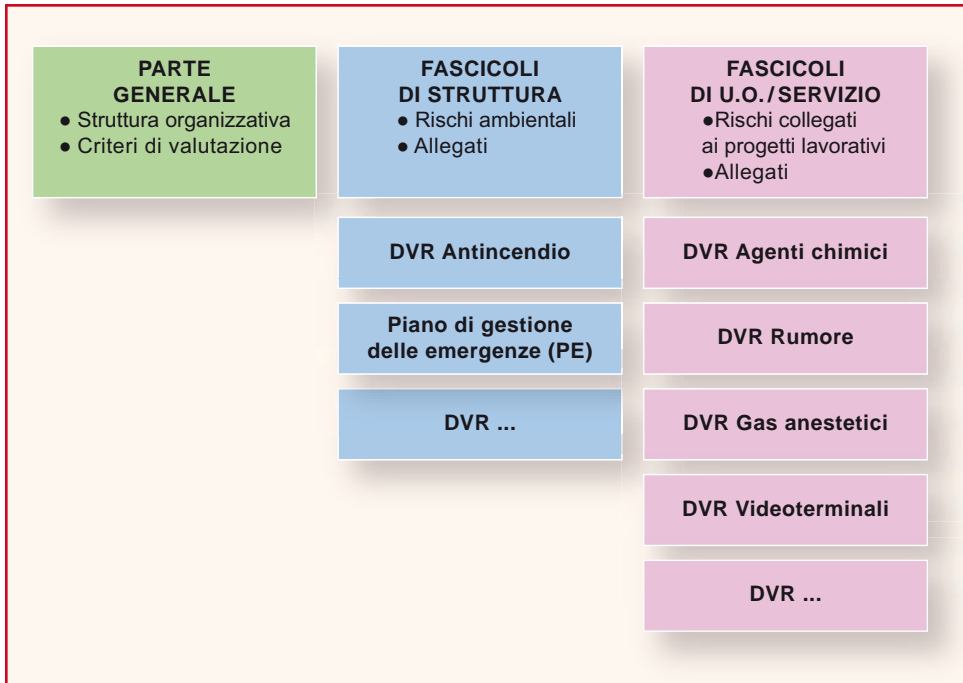
L'entrata in vigore del Dlgs 81/2008 (testo unico in materia di sicurezza sul lavoro) – che ha sostituito il Dlgs. 626/94 a far data dal 15/05/2008 – ha comportato l'aggiornamento della valutazione dei rischi entro il 31/12/2008 e la valutazione dei seguenti nuovi rischi: stress lavoro-correlato, rischi riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, rischi connessi alle differenze di genere e di età, alla provenienza da altri Paesi.

Con il Dlgs. 106/2009, di modifica del citato Dlgs. 81/2008, la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato è sospesa fino all'agosto 2010.

Nel corso del 2009 sono state svolte le seguenti azioni:

- ▶ *raccolta delle informazioni sui processi lavorativi aziendali e su tutto quanto serve per la successiva valutazione dei rischi:* è avvenuta tramite l'analisi del contenuto dei 384 fascicoli di U.O./Servizio del DVR (Figura 5.4), aggiornati dalle UU.OO. e dai servizi tra settembre e dicembre 2008, i sopralluoghi programmati dai medici competenti agli ambienti di lavoro (ex art. 25, D.Lgs. 81/2008), i sopralluoghi programmati dal Servizio di prevenzione e protezione (SPP) per la valutazione di rischi specifici (es. incendio), l'analisi della casistica degli infortuni del 2008, l'attività dei gruppi multidisciplinari sui rischi specifici, le segnalazioni di rischio da parte dei dirigenti, preposti, lavoratori e RLS, gli audit interni ed esterni eseguiti nell'ambito del processo di certificazione OHSAS 18001;
- ▶ *valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori e individuazione delle misure di prevenzione e di protezione più idonee per poterli gestire:* sono stati aggiornati i 384 fascicoli di U.O./Servizio del DVR; redatti o aggiornati 56 fascicoli di struttura, redatti o aggiornati 49 DVR incendio (dei quali, 20 comprensivi di DVR sulle atmosfere esplosive), aggiornati 3 piani di emergenza, elaborati i DVR sul rischio chimico di 12 realtà aziendali, elaborati 38 DVR sui rischi da interferenze DUVRI (da allegare obbligatoriamente ai contratti di appalto di servizi);
- ▶ *pianificazione e realizzazione degli interventi di adeguamento normativo e di miglioramento dei livelli di sicurezza dei contesti lavorativi, con riferimento ai rischi specifici in ambito sanitario:* è stato elaborato da parte del SPP il PASSL 2009, contenente l'individuazione degli acquisti e dei lavori (esclusi quelli

FIG. 5.4 Documento di valutazione dei rischi (DVR)



necessari per l'adeguamento antincendio) per migliorare i livelli di sicurezza all'interno degli ambienti di lavoro aziendali: *i lavori indicati con priorità P1 sono stati finanziati attraverso il Piano anticrisi della PAT con uno stanziamento di 13.500.000,00 euro per l'APSS*; il PASSL viene aggiornato annualmente e si compone di un consuntivo (acquisti e lavori fatti nel corso dell'anno) e di un preventivo (acquisti e lavori previsti per l'anno successivo); gli adeguamenti alla normativa antincendio delle strutture aziendali trovano riscontro nei piani elaborati annualmente dal SIST; le iniziative formative in materia di sicurezza sono programmate dal Servizio formazione. Per quanto riguarda *l'attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori* si segnala che APSS ha sottoposto a visita nel corso dell'esercizio 2009 – considerando complessivamente le diverse tipologie di lavoratori (dipendenti, tirocinanti, corsisti, liberi professionisti, interinali) e le diverse aree/sedi di lavoro – 3.814 persone (età media 42 anni), delle quali 458 con limitazioni (età media 46 anni), effettuando 3.991 visite (delle quali 522 a persone con limitazioni);

- *certificazione del sistema aziendale per la sicurezza dei lavoratori secondo la norma BS OHSAS 18001:2007 (Occupational Health and Safety Assessment Series): nel 2009, il percorso di certificazione – che ha previsto 12 incontri informativi nel mese di maggio (per 551 partecipanti), 2 momenti formativi tra fine settembre e inizio ottobre (per 128 partecipanti), 60 audit interni e*

60 audit (esterni) da parte dell'ente certificatore Bureau Veritas – si è concluso con esito positivo; l'APSS è l'unica azienda sanitaria italiana ad aver raggiunto questo risultato;

► *attività di riduzione dell'esposizione ai rischi specifici in ambito sanitario*: attività principali dei gruppi tecnici multidisciplinari:

- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da agenti chimici*: nell'ambito del "progetto di valutazione e gestione del rischio chimico" in APSS, il gruppo ha elaborato i DVR di tutte le radiologie del Dipartimento di radiodiagnostica (12), il DVR dei disinfestatori, il DVR relativo all'uso dell'ortoftalaldeide presso i Poliambulatori di Arco;
- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da gas e vapori anestetici*: sono stati effettuati con buoni risultati i monitoraggi ambientale e biologico dei vapori alogenati nelle sale operatorie. Prosegue il progetto di ricerca: "Sicurezza, cultura e clima organizzativo in sala operatoria". È stata eseguita la sperimentazione del sistema "doppia maschera" in sala pediatrica e locale RM presso il presidio S. Chiara;
- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da agenti biologici*: il gruppo, in collaborazione con il Servizio Formazione, ha progettato il corso di formazione "Aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali" del quale sono state effettuate 6 edizioni; è stata predisposta la modifica al protocollo aziendale per la gestione degli incidenti a rischio biologico per il Dipartimento di anestesia e rianimazione; è in corso la stesura del protocollo per la gestione del rischio biologico per il 118; è proseguito il programma di inserimento dei dispositivi medici con sistemi di sicurezza per la prevenzione delle ferite da taglio o puntura d'ago;
- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da movimentazione dei carichi*: è stato completato il corso di formazione sul campo "Prevenzione del rischio da sovraccarico della colonna vertebrale: ergonomia della movimentazione dei pazienti e utilizzo degli ausili" presso le UU.OO. di geriatria e emodialisi del P.O. di Cles; è in preparazione un corso analogo per il 118;
- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da chemioterapici antitumorali*: il gruppo ha collaborato alla stesura del "capitolato per l'affidamento del servizio di sanificazione ambientale nei locali con impiego di farmaci chemioterapici";
- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da radiazioni*: il gruppo ha collaborato alla progettazione del corso "La sicurezza in Risonanza Magnetica"; ha elaborato il documento sul rischio nell'uso dei telefoni cellulari e dei cordless;
- *Gruppo tecnico aziendale DPI*: il gruppo ha lavorato all'elaborazione delle linee guida per le attività operative di anestesia e rianimazione, blocchi operatori, chirurgia generale; ha collaborato con la commissione di gara per l'acquisto dei DPI;
- *Gruppo tecnico aziendale – Rischio da agenti fisici*: il gruppo, istituito con deliberazione del Direttore generale n. 1469 di data 26/11/2008, il grup-

- po ha approfondito gli aspetti dei rischi rumore, ultrasuoni, infrasuoni, vibrazioni meccaniche, microclima, atmosfere iperbariche;
- *Radiazioni ionizzanti*: per quanto riguarda l'ottimizzazione del loro impiego, le attività principali svolte dall'esperto qualificato sono state le seguenti:
 - *per i lavoratori esposti*: valutazione rischi e classificazione lavoratori, raccolta ed elaborazione dati sui carichi di lavoro radiologico, gestione dosimetri personali e ambientali, gestione DPI (camici, copri tiroide, barriere), gestione schede dosimetriche personali, gestione archivio dosimetrico (2523 anagrafiche);
 - *per le strutture fisiche (ambienti/locali)*: progetti di radioprotezione per nuove installazioni radiologiche o di sorgenti radioattive, classificazione zone e apposizione di relativa segnaletica, misure ambientali in tutti gli ambienti con impiego di radiazioni ionizzanti, gestione di tutta la documentazione relativa alle autorizzazioni;
 - *per le apparecchiature radiologiche*: partecipazione alle gare di acquisto di nuove apparecchiature, organizzazione e gestione del programma di garanzia di qualità delle apparecchiature, gestione archivio apparecchiature, gestione delle comunicazioni interne ed esterne in riferimento alle apparecchiature;
 - *Risonanza magnetica*: nel periodo aprile-giugno 2009, il Dipartimento di radiodiagnostica, in collaborazione con il Servizio formazione e il Servizio di fisica sanitaria, ha programmato e attuato il corso "La sicurezza in risonanza magnetica", destinato a medici radiologi e TSRM del Dipartimento di radiodiagnostica, fisici del Servizio di fisica sanitaria e Direzione igiene e sanità pubblica, per fornire aggiornamenti e sviluppare competenze specifiche in risonanza magnetica a garanzia della sicurezza del paziente e dell'operatore nel rispetto della normativa vigente;
 - *Servizi di supporto ai datori di lavoro all'interno del SIST*: è proseguita l'attività del comitato interno dei preposti (tecnici e manutentori), con particolare riferimento a:
 - *macchine e attrezzature* del SIST (programma di sostituzione/adequamento normativo);
 - *linee guida* aziendali per gli operatori del SIST (acquisito il parere del NOMC, le linee guida sono divenute parte integrante del DVR): "Istruzioni in caso di infortunio nelle officine", "Manovra di emergenza ascensore", "Trasporto di gas su veicoli non dedicati" (Assogastecnici), "Posizionamento, utilizzo e manutenzione di stampanti e fotocopiatori";
 - *linee guida* aziendali per l'applicazione in APSS del Titolo IV (Cantieri temporanei e mobili) del Dlgs. 81/2008);
 - consegna e controllo dei *DPI individuali* (registrazione delle consegne);
 - nuove *procedure per la redazione del DUVRI*, approvate nella conferenza dei datori di lavoro;

- informazioni in merito ai *prodotti per lavorare in sicurezza sui tetti*;
- *check list di sorveglianza e monitoraggio*: è stata evidenziata la specificità del SIST e la check list originale, pensata per unità operative e personale sanitario, è stata rivista e adattata alle esigenze del Servizio tecnico;
- ▶ *gestione delle emergenze*: è proseguita l'attività di progettazione e svolgimento di esercitazioni specifiche presso edifici e reparti; i bisogni espressi dai datori di lavoro sono stati soddisfatti attraverso il supporto all'organizzazione delle simulazioni antincendio;
- ▶ *controllo degli esiti degli interventi*: l'attività di controllo è stata esplicitata essenzialmente attraverso le seguenti attività:
 - visite agli ambienti di lavoro ex art. 25, DLgs. 81/2008;
 - sopralluoghi in riferimento alle segnalazioni di rischio;
 - sopralluoghi per l'aggiornamento della valutazione dei rischi;
 - attività preliminare alla predisposizione del PASSL 2010;
 - audit interni ed esterni per la certificazione OHSAS 18001:2007;
 Gli esiti di queste attività sono confluiti nel consuntivo del PASS 2019;
- ▶ *riesame periodico dell'intero processo*: il controllo sull'intero processo viene garantito dal SPP (NOPP, NOMC) e dai verificatori esterni nell'ambito della certificazione OHSAS 18001:2007; Il riesame del sistema è stato svolto in sede di conferenza dei direttori (nella seduta straordinaria del 2 novembre 2009) e nelle riunioni ex art. 35, DLgs. 81/2008, svoltesi il 18 febbraio 2010;
- ▶ *attività di formazione dei lavoratori in materia di sicurezza*: l'attività realizzata nel 2009 è evidenziata in Tabella 5.9.

TAB. 5.9 Attività di formazione dei lavoratori in materia di sicurezza – Anno 2009.

corso – titolo attività formativa	Personale formato	N° edizioni	Accreditamento	Valutazioni positive
aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali	29	1	SI	29
aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali	30	2	SI	27
aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali	26	3	SI	26
corso di formazione per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato	42	1	SI	38
corso di formazione per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato	39	2	SI	36
corso di formazione per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato	34	3	SI	34
corso di formazione per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato	36	4	SI	32
corso di formazione per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato	37	5	SI	32

corso – titolo attività formativa	Personale formato	N° edizioni	Accreditamento	Valutazioni positive
la sicurezza in risonanza magnetica	30	1	SI	30
la sicurezza in risonanza magnetica	32	2	SI	32
la sicurezza in risonanza magnetica	30	3	SI	29
aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali	28	4	SI	25
aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali	32	5	SI	31
aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali	28	6	SI	27
la certificazione OHSAS 18001:2007 del sistema di gestione per la salute e la sicurezza dei lavoratori dell'APSS	67	1	SI	61
la certificazione OHSAS 18001:2007 del sistema di gestione per la salute e la sicurezza dei lavoratori dell'apss	61	2	SI	58
la sicurezza dei trasporti su strada	10	1	SI	10
la sicurezza dei trasporti su strada	15	2	SI	15
ruolo e responsabilità dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza – RLS: aspetti giuridico-normativi e organizzativi	33	1	SI	33
ruolo e responsabilità dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza – RLS: aspetti legati alla comunicazione e alla relazione	32	1	SI	32
ruolo e responsabilità dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza – RLS: individuazione e valutazione dei rischi	14	1	SI	14
corso di formazione per la gestione delle emergenze maggiori	30	1	SI	30
corso di formazione per la gestione delle emergenze maggiori	29	2	SI	29
sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico	22	1	SI	22
sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico	31	2	SI	31
rischi legati all'impiego della risonanza magnetica, delle apparecchiature elettromedicali e delle indagini medico-nucleari. indicazioni comportamentali ai fini della sicurezza del paziente e dell'operatore.	29	1	SI	29
processo di auto-valutazione dei rischi e dei controlli nell'ambito delle attività tecnico amministrative APSS	67	1	SI	11
valutazione dei rischi derivanti dall'utilizzo di gas e di sostanze contenute in impianti o in contenitori in pressione	22	1	NO	21

corso – titolo attività formativa	Personale formato	N° edizioni	Accreditamento	Valutazioni positive
valutazione dei rischi derivanti dall'utilizzo di gas e di sostanze contenute in impianti o in contenitori in pressione	24	2	NO	22
valutazione dei rischi derivanti dall'utilizzo di gas e di sostanze contenute in impianti o in contenitori in pressione	24	3	NO	24
TOTALE	963	65	—	870

Continua il trend di riduzione, sia pur lento, della percentuale degli infortuni occupazionali: dal 2002 al 2009 la percentuale è passata da 7,54% a 5,78%.

TAB. 5.10 Infortuni occupazionali. Andamento anni 2002-2009.

ANNO	Numero dipendenti	Numero infortuni	%
2002	6.606	498	7,54
2003	6.739	452	6,71
2004	6.744	456	6,76
2005	6.795	422	6,21
2006	6.933	417	6,01
2007	7.045	408	5,79
2008	7.228	415	5,74
2009	7.228	423	5,78

TAB. 5.11 Infortuni occupazionali, per tipologia e sede – Anno 2009.

	Alto Garda	Giudicarie Rend.	Valli Sole e Non	Primiero	Bassa v alsugana	Fiemme	Trento	Vallagarina	Alta valsugana	Direzione Cura	Dir Approvig	Dir.ne Generale	Dir.ne Personale	Dir.ne Igiene	Ospedale Trento	Ospedale Rovereto	Laboratorio	Radiodiagnostica	Anestesia	TOTALE
RISCHIO BIOLOGICO (esposizione a materiale biologico potenzialmente infetto)	17	12	11	2	10	12	2	3	1	2	0	0	9	1	46	47	1	1	15	192
Conseguenti a INCIDENTE STRADALE o infortuni in itinere	5	3	1	0	1	1	1	0	2	4	1	0	1	1	35	4	0	5	7	72
TRAUMATISMI di varia natura, di cui:	17	4	8	0	2	5	5	3	8	10	1	0	2	3	28	24	2	5	4	131
<i>lesioni da sforzo per movimentazione carichi inanimati</i>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	2	3	5	0	2	0	18
<i>cadute e scivolamenti</i>	1	2	1	0	0	1	1	1	4	1	1	0	1	0	8	8	1	2	0	33
<i>distorsioni</i>	0	1	3	0	0	1	3	0	2	0	0	0	0	0	10	2	0	1	0	23
<i>schiacciamento</i>	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	11
<i>altro</i>	13	1	4	0	2	3	1	1	2	3	0	0	1	1	0	9	1	0	4	46
Ferite da taglio e da punta	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	9
Altro o non specificato	2	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	10
Aggressione (da agito aggressivo)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	1	3	0	0	0	9
TOTALE	42	20	21	2	14	20	8	6	17	19	2	0	12	6	110	83	4	11	26	423

TAB. 5.12 Infortuni denunciati in APSS, per tipologia e per distretto – Anni 2002-2009.

INFORTUNI DENUNCIATI	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PER TIPOLOGIA								
rischio biologico (esposizione a materiale biologico potenzialmente infetto)	290	262	253	206	167	234	205	192
conseguenti a incidente stradale o infortuni in itinere	43	42	39	63	69	56	57	72
traumatismi di varia natura (cadute, distorsioni, lesioni da sforzo per movimentazione carichi, ecc.)	94	81	138	120	140	94	129	131
ferite da taglio e da punta	12	22	14	23	26	9	15	9
altro o non specificato (ustioni, ecc.)	59	45	12	10	15	7	0	10
aggressione (da agito aggressivo)						8	9	9
Totale	498	452	456	422	417	408	415	423
PER DISTRETTO								
Distretto Giudicarie e Rendena	24	19	23	20	10	10	15	20
Distretto di Trento	16	17	21	16	17	17	23	8
Distretti valli di Non e Sole	14	21	23	20	37	16	18	21
Direzioni Centrali	6	11	29	24	25	21	19	39
Distretti Fiemme e Fassa	26	30	25	23	24	13	20	20
Ospedale di Trento	228	182	174	169	151	155	113	110
Ospedale di Rovereto	69	91	56	71	70	83	99	83
Distretto Vallagarina	7	3	14	2	4	6	5	6
Distretto Alto Garda e Ledro	48	34	37	41	35	38	38	42
Distretto Alta valsugana	14	12	23	15	19	12	17	17
Distretto Bassa Valsugana, Tesino e Primiero	37	24	24	14	21	12	13	16
Dipartimento Medicina di Laboratorio	9	6	7	5	4	9	7	4
Dipartimento Radiodiagnostica	0	2	0	2	0	4	0	11
Dipartimento di Anestesia e Rianimazione					0	12	28	26
Totale	498	452	456	422	417	408	415	423

TAB. 5.13 Progetti e attività APSS trasversali ai sottoprocessi della gestione del personale – Anno 2009.

PROGRAMMA DI SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE
<p>Progetto di miglioramento e sviluppo dei sistemi e metodi di gestione delle risorse umane dell'APSS, sulla base di una definizione di un modello dei ruoli e delle relative competenze.</p> <p>Il progetto comprende la selezione e implementazione di un sistema informativo aziendale integrato di gestione delle risorse umane, per una maggiore automazione dei processi, anche in una logica di "self-service".</p> <p>Nel 2009 ha richiesto un costante lavoro di supporto agli operatori aziendali coinvolti nelle prime fasi di utilizzo del nuovo sistema, a livello dei servizi di supporto (oltre 150 utenti), dei responsabili di risorse (oltre 500), di tutti i dipendenti.</p> <p>Nel corso del 2010 è previsto di:</p> <ul style="list-style-type: none">- rilasciare il nuovo software integrato di gestione del personale (Peoplesoft);- applicare il nuovo modello professionale: definizione dell'organigramma nel nuovo software con precisazione dei ruoli e delle posizioni; utilizzo dei nuovi profili di ruolo nei processi di acquisizione, sviluppo, formazione, ecc. estendere il modello delle competenze a figure professionali non di coordinamento, quali l'infermiere;- realizzare i Piani di Sviluppo Personali dei Coordinatori tecnici di laboratorio/radiologia e quelli dell'area riabilitativa;- diffondere i piani di sviluppo e formativi individuali: saranno compilati direttamente a sistema i piani di sviluppo e quelli di formazione individuali, condivisi in sede di colloquio annuale tra responsabile e collaboratore. che alimenteranno il processo formativo. La disponibilità immediata delle informazioni necessarie ad alimentare il processo formativo consentirà di consolidare le esigenze formative e di sviluppo, con un potenziale aumento dell'efficienza complessiva del processo evidenziando il legame tra il contenuto dei corsi e le competenze che i singoli intendono rafforzare attraverso la formazione e misurando l'efficacia delle iniziative formative.
PROGETTO PERLA
<p>Progetto sperimentale di flessibilità dell'orario di lavoro e di telelavoro, presentato al Ministero del Lavoro ai sensi dell'art. 9 della legge n.53 del 2001, che ha come finalità quella di permettere la conciliazione tra vita lavorativa e vita personale dei dipendenti.</p> <p>Nel corso del 2010, sarà estesa la sperimentazione alle Direzioni Centrali e al Distretto Valle di Non.</p>
OBIETTIVI SPECIFICI ASSEGNATI DALLA GIUNTA PROVINCIALE PER IL 2010
<p>obiettivo 5 – dipartimentalizzazione area amministrativa: sarà necessario riflettere sulle possibilità di accentramento/decentramento delle attività, rafforzando un modello di gestione del personale organizzato per processi;</p> <p>obiettivo 6 – reclutamento e mobilità del personale: richiede l'analisi dei principali fenomeni e criticità relative alla capacità di APSS di attrarre, reclutare e trattenere le competenze richieste per assicurare il miglior servizio ai propri assistiti, allo scopo di mettere in atto gli strumenti di gestione del personale idonei al miglioramento continuo.</p>

La Tabella 5.13 descrive i progetti e le attività di livello aziendale, in corso nel 2009, che hanno la caratteristica di trasversalità rispetto ai descritti sottoprocessi che costituiscono il processo di gestione del personale.

5.1.4 LA GESTIONE DELLE RISORSE E DELLE ALLEANZE

GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

La finalità del processo è quella di garantire all'Azienda sanitaria una corretta ed equilibrata gestione delle risorse.

La "gestione finanziaria" all'interno di un'azienda si riferisce – nel significato tecnico – alla gestione del cash flow e quindi al governo del solo processo di finanza inteso come equilibrio tra le entrate e le uscite monetarie.

La gestione delle risorse finanziarie va intesa, con riferimento all'APSS, come gestione complessiva dei "mezzi" a disposizione e, quindi, anche delle risorse patrimoniali ed economiche.

Il *mantenimento dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale* costituisce per l'Azienda sanitaria un vincolo derivante dalla normativa nazionale^[59] di riforma sanitaria che pone la fattispecie del "grave disavanzo" fra le cause di risoluzione del contratto del Direttore generale: in ragione delle responsabilità che pone direttamente in capo alla Direzione generale, il processo è ben presidiato a tutti i livelli attraverso i diversi meccanismi di controllo di seguito descritti e analizzati:

- ▶ *le risorse del fondo sanitario provinciale di parte corrente ed equilibrio economico*: la maggior parte delle risorse finanziarie è garantita dal fondo sanitario provinciale (FSP) che distingue i finanziamenti "di parte corrente" da quelli per le "spese d'investimento". Il FSP di parte corrente rappresenta la quasi totalità delle risorse a disposizione dell'Azienda, circa il 94% del totale; tale dimensione è storicamente consolidata in quanto negli anni le variazioni sono contenute in frazioni di unità percentuale. Ciò conferma che *l'Azienda sanitaria è un "ente a finanza tipicamente derivata" la cui fonte è originata dalla fiscalità generale.*

L'attribuzione della quota del FSP è effettuata – ai sensi dell'art. 7 della legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 – dalla Giunta provinciale in coerenza con le risorse disponibili nell'ambito del bilancio annuale e pluriennale della Provincia autonoma di Trento.

Il provvedimento di assegnazione è particolarmente dettagliato nella definizione dei costi e dei ricavi previsionali che hanno determinato l'assegnazione: è evidente, pertanto, che *il raggiungimento di un risultato di equilibrio dipende in gran parte dalla congruità delle risorse stanziare su detto FSP*, tenuto conto della relativa modesta rilevanza, in termini relativi, dei ricavi propri.

Inoltre, sul fronte dei costi, si è soliti distinguere la *spesa "amministrata"* – che ricomprende tutte quelle voci che l'Azienda amministra senza possibilità di incidere, essendo le relative dinamiche decise all'esterno (contratti di lavoro, convenzioni, tariffe delle cliniche accreditate, imposte, ecc.) – dalla *spesa "gestita"*, che riguarda la componente di spesa sulla quale vi è un'effettiva possibilità di gestione (in particolare la spesa per i beni e servizi, le variazioni nel numero e nella composizione del personale).

La capacità di raggiungere l'equilibrio economico è però garantita anche dal fatto che all'interno dell'Azienda sono stati sviluppati diversi *strumenti gestionali* di fondamentale importanza per tale scopo fra i quali, in particolare, le periodiche *elaborazioni* (a inizio anno trimestrali, a fine esercizio mensili) del Servizio bilancio e contabilità sulle *proiezioni a finire dei costi e ricavi*: dette

^[59] È vietato per le aziende sanitarie ricorrere a forme di indebitamento, fatto salvo il ricorso ad anticipazioni di cassa per temporanee deficienze di liquidità.

proiezioni sono elaborate anche attraverso l'utilizzo dei c.d. "budget trasversali", che incrociano i report di costo per centro di responsabilità, elaborati nell'ambito del processo di pianificazione e controllo, con quelli dei programmi di spesa, diretti a monitorare l'andamento, anziché per utilizzatore, per ordinatore di spesa. Tali elaborazioni consentono di *intraprendere tempestivamente azioni correttive nel caso di previsione di importanti incrementi di costi.*

Anche nell'anno 2009 è stato elaborato il "bilancio semestrale"^[60] – come ulteriore strumento di verifica e controllo sull'equilibrio economico – che viene redatto con gli stessi criteri con cui viene elaborato il bilancio d'esercizio e, quindi, con il calcolo delle c.d. poste di assestamento, rettifica e integrazione anche se il tutto avviene, ovviamente, in ambito extracontabile;

- ▶ *la gestione del bilancio:* il processo di gestione del bilancio risulta puntualmente normato in quanto la legge provinciale n. 10/93 ne individua le diverse fasi. In sintesi, entro fine anno l'Azienda sanitaria deve adottare il *bilancio di previsione* per l'anno successivo e il *bilancio pluriennale*; tale documento deve essere formulato in equilibrio. Eventuali successive assegnazioni di fondi dalla Provincia sono recepite con provvedimenti di variazione. È importante rilevare che negli ultimi anni *la Provincia ha eliminato la c.d. fase di "assestamento del bilancio"* per responsabilizzare fin dall'inizio tutte le strutture e tutti gli enti funzionali sulla definitività delle risorse stanziare: in linea generale non vi è più la possibilità di avanzare richiesta di risorse aggiuntive a ripiano di spese ulteriori^[61]. Anche nel caso dell'APSS le ulteriori assegnazioni riguardano generalmente l'attribuzione di quote di fondi derivanti da finanziamenti statali (es. farmacovigilanza, procreazione assistita, progetti di ricerca, ecc.), ovvero lo *storno di quote all'interno del fondo sanitario provinciale dalle spese dirette della PAT a quelle dell'Azienda sanitaria.*

L'anno 2009, essendo l'anno di avvio della XIV legislatura, ha registrato, in sede di determinazione iniziale del fondo sanitario provinciale, lo stanziamento "tecnico" di 925,5 milioni di euro, successivamente integrato per l'importo di 108,5 milioni di euro, passando a uno stanziamento definitivo di 1.034 milioni di euro. *La quota di finanziamento riservata all'Azienda è stata pari a 1.023 milioni di euro*, ai quali sono da aggiungere i finanziamenti per i rimborsi agli assistiti per prestazioni in strutture extraprovinciali ai sensi della L.P. 33/88, per 0,7 milioni di euro.

Le diverse fasi di gestione del bilancio sono strutturalmente definite e presidiate dagli organi di vigilanza: le variazioni di bilancio sono adottate con deliberazione del Direttore generale; i provvedimenti di adozione del bilancio

[60] Introdotta con l'esercizio 2006.

[61] A tale impostazione fa eccezione l'anno di avvio della legislatura, per il quale le assegnazioni iniziali sono di ordine tecnico per assicurare la continuità della gestione finanziaria dei primi mesi dell'esercizio, in attesa che il nuovo esecutivo imponesse la manovra di bilancio secondo le linee programmatiche definite dalla Giunta neo eletta.

TAB. 5.14 Erogazioni provinciali di cassa – Anni 2002-2009. In milioni di euro.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
720,8	848,8	834,0	840,3	908,3	955,7	1.030	1.092

preventivo e del bilancio d'esercizio (consuntivo) sono corredati del parere di regolarità tecnico-contabile del Collegio dei revisori dei conti (che redige la propria relazione sulla base delle linee guida predisposte dalla Corte dei conti) e sottoposti alla approvazione da parte della Giunta provinciale;

- ▶ *la gestione delle risorse finanziarie*: particolarmente importante, per la corretta gestione aziendale, è l'equilibrato andamento dei flussi finanziari. Posto che, come detto, la gran parte delle risorse a disposizione derivano dalle quote di finanziamento del FSP, l'equilibrio finanziario è in prevalenza determinato dalla regolarità con cui vengono trasferite le erogazioni provinciali. Trimestralmente l'Azienda provvede a formulare alla Provincia il *fabbisogno di cassa* sulla base del provvedimento di assegnazione disposto dalla Giunta provinciale: il trasferimento avviene in acconto nella misura del 90% del finanziamento, fatta eccezione per il livello assistenziale territoriale e per quello dei livelli sanitari aggiuntivi erogati nella misura del 100%. Il saldo è trasferito nell'anno successivo sulla base delle rendicontazioni per l'attività ospedaliera, per l'attività specialistica e per le strutture accreditate. Anche i finanziamenti per i progetti specifici è disposta a seguito di presentazione delle rendicontazione degli oneri sostenuti. L'erogazione avviene all'interno del sistema di *tesoreria provinciale* mediante prelevamento giornaliero del servizio bancario aziendale sulla base dell'effettivo sbilancio di giornata. A partire dal 2008, al fine di limitare al minimo le giacenze sul sottoconto di tesoreria provinciale, l'erogazione mensile da parte della Provincia avviene per decadi in concomitanza con le principali scadenze di pagamento. Nel corso del 2009 il servizio bancario ha prelevato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di 1.298,7 milioni di euro, tenendo conto che 207 milioni sono stati trasferiti a fine anno sul conto aziendale per consentire la regolarità dei pagamenti anche con riguardo alla manovra anticrisi. Al netto di tale giacenza l'incremento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente è stato pari al 6,02%.

Particolarmente attenta è la gestione e la promozione delle entrate proprie aziendali.

Mensilmente i servizi aziendali procedono a verificare la consistenza dei crediti e a monitorare l'indice di dilazione che nel 2009 è stato mediamente pari a 130 giorni (nel 2008=158 giorni).

Il puntuale monitoraggio dell'equilibrio finanziario ha consentito anche nel 2009 di pagare puntualmente i fornitori, senza alcun addebito di interessi moratori per ritardato pagamento. *L'Azienda sanitaria trentina risulta ai vertici della classifica nazionale nella puntualità di pagamento ai fornitori.* L'indice di

dilazione risulta nel 2009 pari a 49 giorni (molto inferiore a quello del 2008, pari a 66 giorni): la riduzione dell'indice deriva dall'applicazione della *direttiva provinciale anticrisi* che ha previsto il pagamento dei fornitori nel termine di 30 giorni, fatti salvi i contratti già in essere con termine di pagamento superiore;

► *le risorse del fondo sanitario provinciale di parte capitale*: le iniziative di investimento sono in generale finanziate dal FSP di parte capitale e, in via residuale, da risorse per progetti di sperimentazione/ricerca.

I finanziamenti sono articolati e distinti per le *attrezzature sanitarie*, per le *attrezzature tecnico economali*, per i *presidi* e per i *lavori*.

Il provvedimento di finanziamento per le spese di investimento approvato dalla Giunta provinciale identifica dettagliatamente le tipologie di immobilizzazioni e di lavori finanziati, fatta eccezione per alcuni importi residuali destinati alle spese indistinte. L'erogazione dei fondi avviene a consuntivo mediante rendicontazione delle spese sostenute nell'ambito di ciascun intervento finanziato con evidenza – attraverso apposita modulistica approvata dalla stessa Giunta provinciale – del fornitore, degli identificativi della fattura, dell'importo e del mandato di pagamento.

Soltanto per i lavori è possibile richiedere il versamento di una anticipazione nella misura massima dell'80% della spesa finanziata. La rendicontazione degli investimenti eseguiti risulta particolarmente onerosa sotto il profilo degli adempimenti amministrativi anche perché richiede l'intervento di diversi Servizi aziendali competenti a gestire il processo (Servizio immobili, Servizio approvvigionamenti, Servizio bilancio, Servizio finanza). L'entità dei finanziamenti in conto capitale (in milioni di euro) disposti dalla PAT è riportata nella Tabella 5.15.

La legge provinciale n. 11/2006 (Finanziaria 2007) ha previsto un modello innovativo di finanziamento degli investimenti – attraverso la nuova società denominata "Cassa del Trentino S.p.A." – che eroga i finanziamenti per conto della Provincia a fronte di contributi in conto capitale o in annualità: a partire dall'esercizio 2007, detto modello è stato utilizzato anche per il finanziamento

TAB. 5.15 Finanziamenti in conto capitale – Anni 2002-2009. In milioni di euro.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Attrezzature sanitarie	7,9	10,5	20,2	13,0	7,0	9,6	10,2	13,1
Attrezzature economali	6,4	5,4	7,7	6,0	8,7	5,0	6,2	6,0
Presidi protesici	2,2	3,1	4,0	3,0	3,5	3,0	3,0	3,0
Lavori	44,2	40,9	16,6	10,7	14,2	44,2	22,5	20,0
Totale APSS	60,7	59,9	48,5	32,7	33,4	61,8	41,9	42,1
Spese P.A.T	26,4	13,2	20,5	7,8	8,5	24,5	21,7	16,5
Totale generale	87,1	73,1	69,0	40,5	41,9	86,3	63,6	58,6

di parte degli interventi di edilizia sanitaria da realizzare a cura dell'APSS. Per questi finanziamenti l'Azienda sanitaria formula richiesta di fabbisogni trimestrali a Cassa del Trentino S.p.A. fino a un massimo del 90% del contributo concesso. Nell'esercizio 2009 la PAT ha versato all'APSS, a fine anno, le assegnazioni in conto capitale fino a tutto il 2009;

- ▶ *le risorse da autofinanziamento*: le risorse da autofinanziamento rappresentano soltanto il 5-6% del totale anche se costituiscono, in termini assoluti, un importo di tutto rilievo (pari, per il 2009, a 37 milioni di euro). Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i servizi vari a imprese ed enti (le tre voci costituiscono oltre il 77% del totale). Dal punto di vista tariffario la competenza dell'Azienda riguarda unicamente la gestione della libera professione in quanto tutte le altre voci (prestazioni della specialistica ambulatoriale, igiene e sanità pubblica, degenza ospedaliera a favore di stranieri) sono tariffate da nomenclatori approvati dalla Giunta provinciale. Nel corso del 2009, la Giunta provinciale ha modificato il *tariffario della specialistica ambulatoriale* limitatamente all'inserimento di talune prestazioni della branca di nefrologia.

Sul fronte delle entrate proprie, quindi, *la possibilità dell'Azienda di incidere sull'entità complessiva del gettito è pertanto notevolmente ridotta per effetto della competenza provinciale in materia tariffaria*. Ciò nonostante le azioni dirette a performare ed efficientare i processi di riscossione posti in essere nel corso del 2009 sono state comunque significative: i *controlli sulle esenzioni per patologia* hanno consentito un recupero di ticket pari a 887.800 euro; la possibilità di intercettare le posizioni creditorie in tutti gli sportelli aziendali ha portato alla *riscossione di crediti "a incaglio"* per un importo pari a 44.300 euro (il doppio del valore del 2008) ^[62]. Relativamente al monitoraggio degli andamenti sui ricavi propri si precisa che mensilmente viene prodotto specifico report con tutti gli andamenti e le proiezioni a finire;

- ▶ *le risorse per progetti finanziati da terzi*: ogni anno l'APSS partecipa attivamente a progetti di ricerca finanziati da Enti esterni con indubbi vantaggi in termini di conoscenze acquisite dal personale dedicato, ma anche in termini di motivazione e valorizzazione delle risorse interne a iniziative di valenza anche nazionale se non addirittura internazionale. Sotto il profilo della gestione delle risorse vi è un consistente impegno amministrativo in quanto i finanziamenti vengono erogati a consuntivazione delle attività svolte mediante presentazione delle relative pezze di appoggio. Nel corso degli ultimi anni è stata sviluppata, nell'ambito del sistema contabile, la gestione c.d. per "commessa" al fine di consentire una migliore individuazione dei costi riferibili a una certa iniziativa al fine di ottimizzare le procedure di rendicontazione

^[62] Va evidenziato, relativamente a tale ultimo aspetto, che oltre all'introito del credito, vi è un notevole risparmio in termini di attività amministrativa per le attività di recupero coattivo delle entrate.

TAB. 5.16 Finanziamenti per contributi finalizzati e progetti di ricerca – Anni 2006-2009.

	2006	2007	2008	2009
CONTRIBUTI FINALIZZATI PAT	370	605	369	821
PROGETTI FINALIZZATI ALTRI ENTI	1.248	1.054	1.189	523

dei progetti finalizzati. Nel corso dell'esercizio è stata affiancata la borsista incardinata presso la Direzione cura e riabilitazione per la gestione delle diverse attività connesse al processo di monitoraggio dei progetti di ricerca. Le funzioni saranno completamente trasferite in coerenza con la stabilizzazione del personale presso tale direzione.

Nella Tabella 5.16 sono riportati i finanziamenti per contributi finalizzati e progetti di ricerca erogati negli anni 2006-2009.

► *la gestione dei rischi finanziari:* all'interno dell'Azienda la gestione dei rischi finanziari è fondata su tre pilastri principali ^[63]:

- *il sistema di Tesoreria provinciale:* realizza un complesso integrato di gestione di tutta la finanza locale provinciale che consente al servizio bancario dell'Azienda di prelevare giornalmente il fabbisogno finanziario sulla scorta delle effettive necessità. La Provincia, quale ente sovraordinato, evita inoltre di ricorrere ad anticipazioni di cassa per finanziare a inizio periodo gli enti funzionali in momenti in cui non vi è reale necessità. Tale sistema ha garantito fin dalla costituzione dell'Azienda (ma anche in precedenza all'epoca delle USL) la regolarità nella erogazione dei flussi finanziari; nel 2009 non vi è stata alcuna necessità di ricorrere all'anticipazione del Servizio Bancario;
- *il sistema di assicurazione per i rischi RCT:* per le aziende sanitarie la tematica della copertura assicurativa per i rischi da responsabilità civile costituisce una problematica di sempre maggiore criticità in quanto gli incrementi dei sinistri e delle richieste di risarcimento hanno determinato negli ultimi anni una esplosione degli oneri per i premi richiesti dalle compagnie. In talune realtà, addirittura, vi è la difficoltà a trovare la compagnia disposta a fornire la copertura assicurativa. In APSS il "progetto assicurativo" è riferito a 3 aree di rischio: a) la responsabilità civile verso terzi; b) le assicurazioni dei dipendenti/collaboratori; c) le responsabilità per danni ai beni. Per le responsabilità civili i massimali per singolo sinistro e persona sono pari 11 milioni di euro (assicurazione di primo e secondo rischio). Già a partire dal secondo trimestre 2007 è stata prevista una polizza RC patrimoniale per danni non materiali subiti da terzi. Per i dipendenti e collaboratori sono attive le

^[63] Il rischio finanziario appare all'interno dell'Azienda adeguatamente coperto e come tale non necessita di interventi correttivi, anche se l'equilibrio complessivo è fondamentalmente condizionato dalla congruità delle risorse rese disponibili dalla Provincia Autonoma di Trento.

polizze infortuni, oltre alla polizza INAIL obbligatoria, in funzione di particolari rischi connessi all'attività svolta da talune categorie di lavoratori. Nella polizza per il danno ai beni sono assicurati tutti i beni mobili e immobili di proprietà o in uso all'Azienda, ove esista un interesse all'assicurazione;

- *l'accantonamento annuale ai fondi rischi per eventuali eventi non coperti da assicurazione*: annualmente l'APSS procede a effettuare degli *specifici accantonamenti* all'apposito fondo^[64] rischi per l'eventuale copertura delle c.d. "passività potenziali", ossia per eventi che potrebbero determinare a carico dell'Ente esborsi monetari futuri. A fine anno 2009 l'ammontare di tale fondo è pari a 5,7 milioni di euro.

Con tali presupposti il rischio finanziario appare all'interno dell'Azienda adeguatamente coperto e come tale non necessita di interventi correttivi, anche se l'equilibrio complessivo è fondamentalmente condizionato dalla congruità delle risorse rese disponibili dalla Provincia autonoma di Trento. Si evidenzia, inoltre, che *non vi sono operazioni fuori bilancio e operazioni in derivati, nemmeno a copertura.*

GESTIONE DEGLI IMMOBILI (INTERVENTI SULLE STRUTTURE)

La finalità del processo è quella di garantire la disponibilità e la funzionalità degli immobili necessari all'APSS per lo svolgimento della sua attività presente e futura.

La gestione patrimoniale riguarda sostanzialmente le seguenti attività:

- contatti con i distretti al fine di dare soluzione a problemi di reperimento di spazi esterni;
- rapporti con soggetti terzi per la definizione dei contratti di locazione;
- predisposizione dei relativi contratti di locazione / comodato / convenzioni;
- redazione di perizie di stima;
- raccolta dei dati relativi all'immobile (abitabilità, visure catastali, ecc.);
- analisi dei costi parametrici dei presidi ospedalieri;
- gestione dei pagamenti inerenti i contratti: affitti, rimborsi spese condominiali, rimborsi spese varie;
- registrazione dei contratti e successiva gestione;
- verifica scadenze e gestione rinnovi contrattuali;
- gestione delle utenze: attivazione, disdetta, pagamento (utenze Energia, gas, acqua al 31 dicembre 2008 n. 268 contratti);
- predisposizione per il pagamento delle fatture inerenti alle utenze e ai contratti;

^[64] Per le aziende sanitarie la tematica della copertura assicurativa per i rischi da responsabilità civile costituisce una problematica di sempre maggiore criticità in quanto gli incrementi dei sinistri e delle richieste di risarcimento hanno determinato negli ultimi anni un'esplosione degli oneri per i premi richiesti dalle compagnie. In talune realtà, addirittura, vi è la difficoltà a trovare la compagnia disposta a fornire la copertura assicurativa.

- gestione contratti (acquisto, vendita, convenzioni) beni di proprietà;
- predisposizione fine anno della documentazione di bilancio inerente ai beni di proprietà, agli impianti, e ai beni di terzi;
- raccolta e trasmissione di dati amministrativi o contabili richiesti al Servizio immobili e Servizi tecnici;
- gestione in formato pdf dei documenti principali inerenti ai beni di proprietà e di tutti i documenti inerenti ai beni di terzi;
- rapporti con l'economia sanitaria per quanto riguarda il patrimonio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli immobili a destinazione sanitaria di enti terzi;
- raccolta dati per il bilancio sociale;
- predisposizione delle delibere relative alle attività sopra indicate.

La gestione informatizzata permette inoltre di inviare annualmente i conteggi necessari per la registrazione di bilancio di fine esercizio.

Nel corso del 2008 sono state implementate le seguenti azioni e attività:

- ▶ *raccolta e valutazione dei fabbisogni connessi agli immobili relativi a esigenze funzionali, di sicurezza, di manutenzione e di adeguamento*: il procedimento ha riguardato la raccolta dei fabbisogni, l'analisi e la classificazione, la valutazione e scelta degli investimenti e interventi realizzabili, la trasmissione alla PAT della bozza di piano e infine l'approvazione formale a seguito del finanziamento PAT. Da tutte le direzioni di distretto, ospedale, dipartimento e direzioni centrali e dal N.O. prevenzione e protezione sono state raccolte le esigenze di edilizia per il 2009 indicando in particolare, oltre alla descrizione dell'intervento le motivazioni dello stesso, la priorità e il costo presunto. Analogamente, dai responsabili di zona e di settore e dai dirigenti del SIST, sono state acquisite le esigenze relative alle grandi opere e alle necessità proprie del Servizio (messa a norma, manutenzione,...). Per il 2009 sono stati quindi individuati e classificati fabbisogni per complessivi € 51.685.000 (nel 2008=€ 56.745.091). La Provincia ha posto, come vincolo di bilancio per il 2009, il finanziamento di opere in conto capitale per € 20.000.000 (nel 2008=€22.525.000). Come risulta dalla delibera del DG n. 1130 del 2.12.2009, è stato quindi approvato il documento "*Pianificazione pluriennale opere di edilizia sanitaria IV legislatura – area di priorità*", previa discussione nel comitato dei direttori, compatibile con il finanziamento assegnato. Il piano edilizia sanitaria prevede, in particolare, per il 2009: € 6.500.000 a copertura di opere che si riferiscono a impegni in corso ed € 13.000.000 a copertura di nuove opere minori oggetto di *piano anticrisi*; complessivamente il piano edilizia prevede *opere per un valore totale pari a € 170.487.342*, escluse le opere già oggetto di altri piani e completamente finanziate (nel 2008=€ 175.919.230);
- ▶ *scelta tra le diverse modalità di realizzazione e acquisizione degli immobili*: le scelte in oggetto sono determinate dalla programmazione sanitaria provinciale che finanzia le opere che dovranno essere realizzate;

- *gestione in proprio e in interfaccia con la PAT della realizzazione delle opere* (costruzione ex novo, ristrutturazione, altro): la programmazione, attuata secondo le direttive aziendali, delle opere finanziate in conto capitale determina i piani edilizi da realizzare; le macrofasi del processo di attuazione di ogni singola opera sono le seguenti: analisi delle esigenze, progettazione (fattibilità, preliminare, definitiva, esecutiva), validazione e approvazione del progetto, gara e affidamento dei lavori, realizzazione, collaudo dell'opera. Ogni fase coinvolge una pluralità di soggetti (interni ed esterni all'Azienda) con il coordinamento generale del responsabile di procedimento (project manager) mediante la propria struttura organizzativa. A seguito dell'approvazione del piano edilizia il responsabile del SIST provvede a nominare i responsabili di procedimento delle opere. Nella fase di realizzazione può inserirsi un processo analogo (fasi 1-6) per varianti in corso d'opera con significativa influenza sul processo globale. Il coordinamento sulla singola opera avviene principalmente tramite riunioni verbalizzate tra le parti interessate in cui vengono decise le azioni da svolgere, gli attori e i tempi. Il monitoraggio complessivo avviene mediante la suddivisione dei lavori in commesse e registrazione dei dati economici e amministrativi di ogni commessa. Le opere di maggior rilievo sono oggetto di apposita reportistica inviata semestralmente alla PAT. Nel corso del 2009 è stato dato inoltre l'avvio a un nuovo sistema di "pianificazione e monitoraggio interventi

GRAF. 5.4 Importo liquidato delle realizzazioni in conto capitale – Andamento 2002-2009



edilizi” mediante la compilazione di *scheda di sintesi riportante l’elenco delle opere rilevanti di interesse per le direzioni*. Alla fine del 2009 è inoltre stato trasmesso al competente assessorato il *“cronoprogramma delle opere di cui al piano degli investimenti per l’edilizia sanitaria per la XIV legislatura”* riportante la temporizzazione delle attività di cui ai procedimenti per ogni singola opera del piano suddetto. Come previsto dalla legislazione sui lavori pubblici vi è l’obbligo di invio dei dati all’Autorità per la vigilanza dei lavori pubblici presso l’Ufficio osservatorio e prezzario dei lavori pubblici della PAT. In tale ambito un indicatore utilizzato è l’importo liquidato delle realizzazioni in conto capitale. L’andamento negli anni è rappresentato nel Grafico 5.4.

Dai dati registrati presso l’Autorità di Vigilanza è possibile desumere ulteriori indicatori rappresentativi dell’attività svolta, elencati nella Tabella 5.17.

Oltre alla reportistica di cui sopra semestralmente tramite il Nucleo contratti e amministrazione viene acquisita una tabella riportante gli indicatori di sintesi dell’attività amministrativa;

TAB. 5.17 Opere registrate all’Autorità di vigilanza dei lavori pubblici – Anni 2007-2009.

ANNO 2007						
Opere	Importo a base di gara tra € 20.000 e € 150.000		Importo a base d’asta > di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d’asta €	n°	base d’asta €	n°	base d’asta €
In corso	111	5.672.670,39	32	66.649.736,28	143	72.322.406,67
di cui iniziate nell’anno	62	3.003.963,61	8	20.956.602,92	70	23.960.566,53
di cui concluse nell’anno	61	2.637.425,85	6	8.207.261,30	67	10.844.687,15

ANNO 2008						
Opere	Importo a base di gara tra € 20.000 e € 150.000		Importo a base d’asta > di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d’asta €	n°	base d’asta €	n°	base d’asta €
In corso	103	6.011.154,07	40	70.686.456,36	143	76.697.610,43
di cui iniziate nell’anno	55	3.018.402,67	14	12.243.981,38	69	15.262.384,05
di cui concluse nell’anno	45	2.263.777,18	9	7.187.083,80	54	9.450.860,98

ANNO 2009						
Opere	Importo a base di gara tra € 20.000 e € 150.000		Importo a base d’asta > di € 150.000		TOTALE	
	n°	base d’asta €	n°	base d’asta €	n°	base d’asta €
In corso	143	6.200.946,81	30	66.190.816,23	182	72.391.763,04
di cui iniziate nell’anno	45	2.134.208,23	7	2.404.770,23	52	4.539.078,46
di cui concluse nell’anno	47	2.591.502,37	6	2.008.889,47	53	4.600.391,84

TAB. 5.18 Gestione degli immobili – Anni 2007-2009.

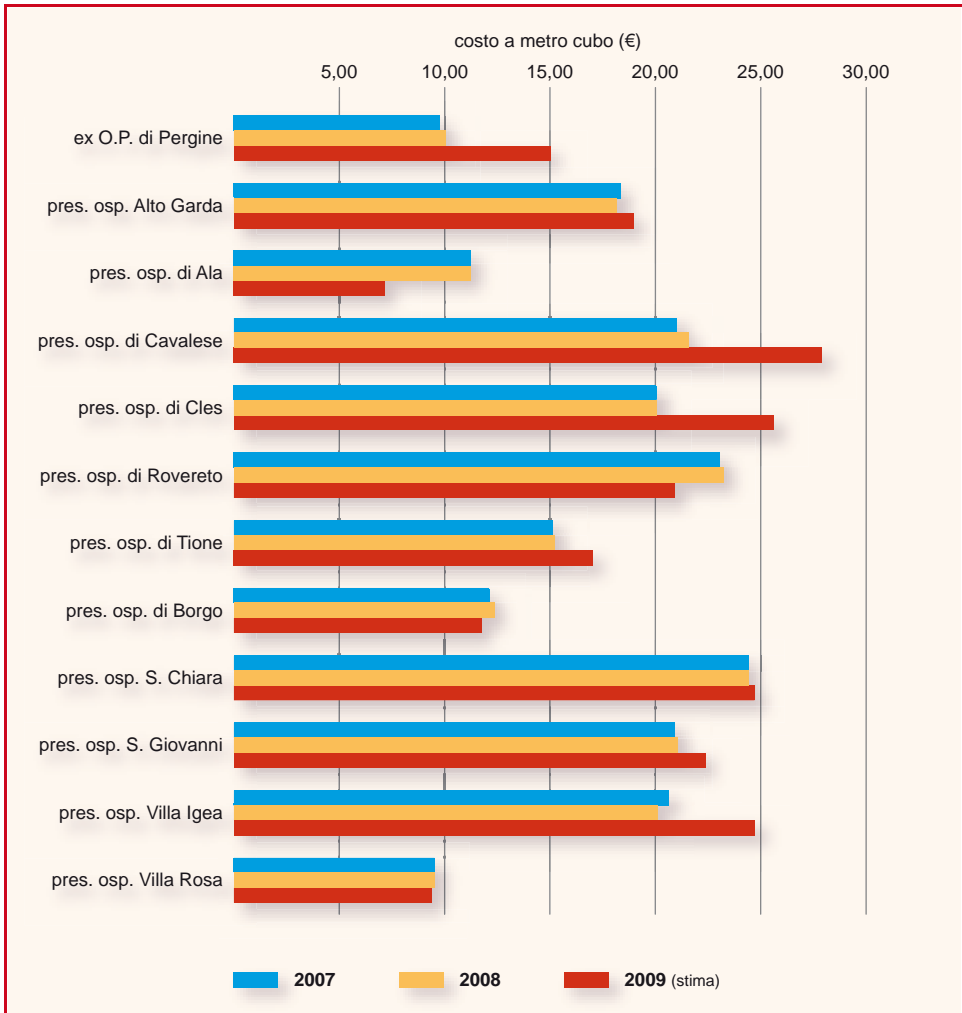
	2007	2008	2009
IN PROPRIETÀ			
Numero fabbricati	44	52	52
volume complessivo	1.336.161,00 m ³	1.340.815,00 m ³	1.350.035,00 m ³
valore contabile 31/12	450.436.391,27 euro		
IMMOBILI IN USO			
Numero fabbricati	2	2	2
Ubicazione	Casa del Sole – Ospedale di Tione	Casa del Sole – Ospedale di Tione	Casa del Sole – Ospedale di Tione
Volume complessivo	70.649,95 m ³	70.649,95 m ³	70.649,95 m ³
DI TERZI			
	N. Superficie m ² Spesa annua euro	N. Superficie m ² Spesa annua euro	N. Superficie m ² Spesa annua euro
Totale contratti	135 53.187,56 2.127.457,70	130 51.581,95 2.108.804,12	129 53.212,59 2.133.129,64
di cui attivati nell'anno	9 3.670,00 119.162,00	12 1.115,00 11.595,00	5 1.403,00 51.214,00
di cui chiusi nell'anno	3 594,61 25.797,00	10 2.720,61 30.248,58	6 1.335,00 26.888,48
Costo medio mensile/mq		3,33	3,41

- ▶ *attivazione e dismissione di immobili secondo le diverse tipologie contrattuali* (acquisto, locazione, comodato d'uso): l'attività viene svolta su richiesta delle direzioni interessate o per necessità determinate dai progetti di sviluppo e ampliamento delle strutture aziendali. Questo comporta una fase di valutazione della congruità del prezzo, un'analisi degli aspetti normativi e fiscali, e la predisposizione e/o verifica dei relativi contratti.
Nella Tabella 5.18 sono riportati alcuni dati e indicatori relativi all'attività svolta. Per fabbricati è da intendersi la porzione di edificio, il singolo edificio o il complesso di edifici (come nel caso dell'ospedale di Pergine e di Borgo Valsugana);
- ▶ *copertura assicurativa degli immobili in uso*: il Servizio affari generali provvede alla stipula delle coperture assicurative. Il SIST comunica i dati del patrimonio e dei cantieri necessari. Al fine di tutelare il proprio patrimonio l'APSS ha contratto con Assitalia S.p.A. una polizza danni ai beni c.d. "all risk". Tale copertura comprende tutti i danni materiali e diretti causati da qualsiasi evento, qualunque ne sia la causa, salvo quanto esplicitamente escluso, ai beni, anche di proprietà di terzi, mobili e immobili, costituenti le sedi, i depositi, gli ambulatori, gli uffici nei quali si svolgono le attività istituzionali dell'APSS. Nel 2009, sulla polizza all risk non sono stati denunciati sinistri relativamente agli immobili aziendali. Per quanto riguarda l'attività di *property risk management*, allo scopo di individuare e valutare i possibili rischi connessi alle attività e agli insediamenti e formulare, se del caso, specifici suggerimenti circa le azioni da intraprendere per migliorare il grado

di protezione aziendale, gli interventi effettuati nel 2009 hanno riguardato le seguenti sedi di attività:

- l'analisi dei rischi relativamente al presidio ospedaliero S. Chiara di Trento, con aggiornamento dei rapporti esistenti e analisi delle raccomandazioni in essi contenuti;
 - l'analisi dei rischi relativamente al P.O. Santa Maria del Carmine di Rovereto, con aggiornamento dei rapporti esistenti e analisi delle raccomandazioni in essi contenuti;
 - l'analisi dei rischi relativamente al Centro per i servizi sanitari di Trento (Big Center) oggetto di prima visita e redazione di rapporti secondo lo stesso formato dei precedenti;
 - l'analisi dei rischi relativamente ai poliambulatori edificio ex Crosina Sartori di Trento oggetto di prima visita e redazione di rapporti secondo lo stesso formato dei precedenti;
 - preparazione delle schede sintetiche COPE, specializzate per l'attività sanitaria/ospedaliera, per gli edifici di ambulatori e uffici (a esclusione del Big Center e Edificio Ex Crosina Sartori già oggetto di rapporti completi) senza sopralluogo nei singoli edifici;
 - preparazione di rapporti sintetici COPE, specializzati per l'attività Sanitaria/Ospedaliera, per tutti gli altri presidi visitati negli scorsi anni, sulla base delle informazioni già disponibili nei precedenti rapporti eventualmente integrati con ulteriori informazioni;
- ▶ *gestione degli impianti degli immobili in uso:* attività necessaria a garantire il mantenimento e il funzionamento degli impianti degli immobili dell'Azienda secondo gli usuali criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Nel corso del 2008 è stata indetta la gara per il nuovo appalto "multiservice", elaborato secondo criteri moderni e innovativi, prevedendo la implementazione dei seguenti sistemi: Piano di manutenzione PM, call center, centrale operativa, telecontrolli, sistema informativo con registrazione attività e reporting, contabilizzazione. Il contratto, per motivi giuridici legati a ricorsi, è potuto partire solo il 1 gennaio 2010 e gli indicatori di risultato in tale ambito saranno disponibili nei prossimi anni. Attualmente l'indicatore utilizzato è il costo a metro cubo ottenuto incrociando i dati del SIST con quelli forniti dal Servizio controllo di gestione;
- ▶ *gestione della manutenzione ordinaria e di pronto intervento degli immobili in uso:* dal 2007 è stata adottata la nuova procedura per la manutenzione ordinaria facendo chiarezza, in merito al processo di gestione delle manutenzioni (richiesta, validazione, ordine di lavoro, consuntivazione dell'intervento). La gestione ordinaria degli immobili corrisponde alle seguenti voci contabili:
- materiali per manutenzioni e riparazioni e altro materiale di consumo (materiali per elettricisti, idraulici);
 - manutenzioni in appalto degli immobili e pertinenze (manutenzione edifici, segnaletica);

GRAF. 5.5 Immobili in uso: manutenzione e gestione ordinaria – Anni 2007-2009



- manutenzione in appalto degli impianti e macchinari (centrale termica, ascensori, impianti speciali);
- manutenzioni attrezzature (macchine stampa, sistemi antincendio);
- altre manutenzioni (aree verdi, vasche);
- appalto centrale termica e riscaldamento (gestione calore);
- altri servizi appaltati (sgombero neve, italspurgo);
- utenze energia elettrica e forza motrice, acqua, gas;
- spese per combustibili;
- spese per personale operatore tecnico.

L'attività viene svolta in parte in amministrazione diretta tramite il personale operatore tecnico del SIST (elettricisti, idraulici, caldaisti, falegnami) ammon-

TAB. 5.19 Costi di gestione: valore medio della spesa complessiva sostenuta presso i presidi ospedalieri – Anni 2006-2009.

PRESIDIO	2006	2007	2008	2009
Ex O.P. di Pergine Valsugana	19,04	9,78	10,04	15,03
Presidio ospedaliero Alto Garda	15,71	18,33	18,16	18,95
Presidio ospedaliero Di Ala	10,23	11,24	11,24	7,17
Presidio ospedaliero di Cavalese	14,78	21,01	21,56	27,90
Presidio ospedaliero di Cles	17,75	20,03	20,06	25,60
Presidio ospedaliero di Rovereto	22,32	23,06	23,22	20,90
Presidio ospedaliero di Tione	11,42	15,12	15,21	17,04
Presidio ospedaliero di Borgo Valsugana	8,53	12,11	12,35	11,74
Presidio ospedaliero S. Chiara	22,34	24,41	24,40	24,70
Presidio ospedaliero S. Giovanni	16,28	20,91	21,05	22,37
Presidio ospedaliero Villa Igea	24,14	20,63	20,11	24,72
Presidio ospedaliero Villa Rosa	6,85	9,52	9,52	9,36

tante a 109 operai e in parte tramite ordinativi e contratti con ditte esterne. Annualmente viene redatto, a cura del Nucleo patrimonio e attraverso l'incrocio dei dati del SIST con quelli forniti dal Servizio controllo di gestione, un riepilogo inerente ai costi di gestione aggregati secondo varie modalità. La spesa complessiva nel 2007 sostenuta presso i presidi ospedalieri è risultata pari ad € 16.964.739,29, corrispondente a un valore medio di € 15,46 €/m³; la spesa complessiva sostenuta nel 2008 è risultata pari ad € 22.071.203,63, corrispondente a un valore medio di € 19,39/m³; nel 2009 la spesa stimata al 31 dicembre risulta pari ad € 23.357.695,58, corrispondente a un valore medio di 20,36 €/m³.

La stima del costo 2009 è stata effettuata secondo due modalità:

- la stima dei valori, a esclusione delle utenze di energia elettrica e forza motrice, acqua e gas, è stata effettuata calcolando un valore medio mensile in base al valore registrato in contabilità analitica fino al 31 ottobre 2009;
- per quanto riguarda le utenze, sono stati considerati i valori registrati dal Nucleo patrimonio come risultanti dalle bollette giunte sino al 30 marzo 2010 con opportuni aggiustamenti dei valori in base agli andamenti osservati negli ultimi cinque anni.

Nella Tabella 5.19 si evidenziano i costi e le loro variazioni di pertinenza del Servizio immobili e servizi tecnici nel triennio 2006-2009 (i valori del presidio di Pergine Valsugana sono condizionati dall'aumento di volume del nuovo Villa Rosa);

- ▶ *verifiche periodiche di funzionamento/sicurezza degli immobili in uso*: per legge è necessario effettuare e registrare alcune verifiche tecniche (estin-

tori, idranti e naspi, porte antincendio, armadi antincendio, rilevatori di fumo, segnaletica di sicurezza, evacuazione gas medicali, gruppi elettrogeni, gruppi di continuità, lampade di emergenza, impianti di terra, impianti protezione scariche atmosferiche, trasformatori di isolamento, ispezioni aviosuperfici, ...).

L'entrata in vigore del DPR 462/01 obbliga l'affidamento delle verifiche elettriche a un ente terzo certificato con ispezioni periodiche sull'attività di manutenzione svolta. Per questioni di carattere legale è necessario registrare ed effettuare anche altri tipi di verifiche tecniche (percorsi, parti appese, vetri, parapetti). L'attività viene svolta dalle competenti unità organizzative del SIST sotto il coordinamento del nucleo gestione immobili, in parte tramite il personale operatore tecnico del SIST e in parte tramite ordinativi o contratti con ditte esterne;

- ▶ *messa a disposizione di terzi degli immobili aziendali* (per esempio, gli ambulatori ai MMG e PLS): l'attività è stata regolarmente assicurata dal nucleo patrimonio del SIST in collaborazione con i servizi amministrativi dei distretti;
- ▶ *promuovere la sostenibilità ambientale nella progettazione, costruzione e gestione degli immobili APSS*: le centrali termiche di tutte le strutture sanitarie dell'APSS funzionano a metano già da anni. Alcune strutture aziendali sono già collegate agli impianti di teleriscaldamento funzionanti in provincia (Cavalese e Rovereto). Già a partire dal 2005 tutte le progettazioni e i lavori avvengono secondo le indicazioni provinciali relative agli edifici a basso consumo e a basso impatto ambientale. In particolare, si evidenzia che:
 - l'ospedale di Pergine Valsugana è ora alimentato da un impianto di trigenerazione: il passaggio alla trigenerazione ha ridotto le emissioni prodotte da APSS della quantità derivante dalla combustione di 666.000 m³ di metano/anno corrispondente a 1.278,72 tonnellate di CO₂ ogni anno;
 - sono state avviate attività di sostituzione degli impianti più vecchi con nuovi impianti a più elevato rendimento, in grado di ridurre sensibilmente le emissioni in atmosfera attraverso investimenti caratterizzati da tempi di ritorno contenuti in virtù delle economie conseguibili nei consumi: nella sede del Distretto Alto Garda e Ledro è in completamento la sostituzione delle caldaie con nuove caldaie a condensazione (risparmio stimato 116.4 MWh/a), presso l'ospedale di Tione è in attesa di parere dei VVF il progetto di sostituzione/integrazione delle caldaie con due nuove caldaie a condensazione (risparmio stimato 348.9 MWh/a), presso il poliambulatorio di Pozza di Fassa è in corso di progettazione la sostituzione delle caldaie con nuove caldaie a condensazione.

Gli *interventi edilizi sulle strutture* sono riferiti a quattro grandi tipologie: 1. interventi edilizi – opere maggiori; 2. interventi edilizi – opere minori e interventi per la sicurezza; 3. interventi edilizi per l'adeguamento alle norme antincendio; 4. interventi edilizi per l'adeguamento ai requisiti minimi per l'autorizzazione.

Nel 2009 si registrano le seguenti realizzazioni riferite alle singole sedi.

► OSPEDALE DI TRENTO:

- nel *presidio ospedaliero S. Chiara*: sono proseguiti gli interventi di ristrutturazione e ampliamento dell'edificio ospedaliero ^[65] e, in particolare:
 - completamento dei lavori del corpo D ovest (per la farmacia: locale distribuzione farmaci, area laboratori, area direzionale, spogliatoi; area spogliatoi generali; per la cardiologia: area ambulatoriale; pronto soccorso pediatrico: area dedicata; anestesia: area direzionale);
 - completamento della progettazione esecutiva del piano rialzato zona ovest del corpo degenze per la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare (26 posti letto ordinari, 6 p.l. di terapia intensiva, 4 p.l. di terapia semintensiva, una sala operatoria) ed espletamento delle procedure di appalto e avvio dei lavori;
 - prosieguo lavori dei laboratori di patologia clinica e del centro trasfusionale (2° piano del corpo stellare).

Sono stati realizzati i seguenti *ulteriori lavori interni*, gestiti dall'APSS e connessi all'attivazione di nuove funzioni, potenziamento di altre, completamento di opere in corso, acquisizione di nuova tecnologia, razionalizzazione/miglioramento dei servizi:

- esecuzione dei lavori di completamento dei lavori gestiti dalla Provincia;
 - completamento osservazione breve del pronto soccorso e area direzionale di anestesia nel corpo D est;
 - esecuzione dei lavori per la nuova broncoscopia al 5° piano del corpo degenze;
 - completamento dei lavori della sezione malattie infettive al 4°-5° piano del corpo infettivi (corpo V) ;
 - completamento dei lavori della struttura di ematologia al 3° piano del corpo Infettivi (corpo V);
 - progettazione ed esecuzione di una parte dei lavori per la biobanca al piano terra del corpo degenze;
 - proseguo della progettazione dei lavori di ristrutturazione dei laboratori di anatomia patologica;
 - progettazione degli interventi di ristrutturazione degli spazi della farmacia per realizzare un'area da destinarsi al DH pediatrico.
- Nel *presidio ospedaliero Villa Igea* sono stati avviati lavori di adeguamento della cabina elettrica, realizzata la progettazione esecutiva dei lavori delle degenze per il day surgery (al 2° piano) ed eseguiti i lavori per la

[65] La ristrutturazione dell'ospedale, iniziata nel 2001, è gestita direttamente dalla Provincia Autonoma di Trento (procedura di somma urgenza) in stretta collaborazione con l'APSS; trattasi di un intervento molto complesso, anche perché realizzato a "ospedale aperto", in cui le esigenze di natura tecnica devono contemperarsi con le esigenze organizzative di funzionamento.

collocazione del “Centro provinciale di coordinamento per l’accesso alla rete interregionale delle malattie rare”.

- Nel *presidio ospedaliero S. Giovanni* di Mezzolombardo sono stati conclusi i lavori del centro per servizi sanitari e assistenziali.

► OSPEDALE DI ROVERETO:

nel *presidio ospedaliero S. Maria del Carmine* sono stati realizzati i seguenti interventi:

- progettazione del completamento della sterilizzazione centrale;
- avvio delle procedure di affidamento della progettazione esecutiva e della realizzazione del parcheggio multipiano;
- progettazione preliminare, definitiva ed esecutiva dei lavori di ristrutturazione dell’ex radiologia al primo piano del corpo poliambulatori per ospitarvi l’U.O. di endoscopia digestiva;
- blocco operatorio: progettazione per la riqualificazione delle sale operatorie di oculistica, emergenze, chirurgia 1;
- blocco operatorio: ristrutturazione attuale area lavaggio, progettazione per il posizionamento di impianto “passa malati” per l’accesso al blocco, con contestuale sistemazione alla normativa antincendio;
- Farmacia: progettazione esecutiva di adeguamento strutturale e antincendio dei magazzini e per la ristrutturazione area uffici e laboratorio;
- Fisioterapia: riqualificazione centrale di condizionamento;
- Laboratorio analisi: progettazione per l’adeguamento ai requisiti minimi strutturali antincendio e impiantistico, primo lotto comprendente l’ampliamento della sala attesa del centro prelievi e dello spostamento del deposito quale stoccaggio dei reflui liquidi del laboratorio chimico;
- Medicina sez. infettivi: progettazione per adeguamento impianto condizionamento;
- Radiologia: sostituzione apparecchiatura TAC, con contestuali lavori di adattamento strutturale e impiantistico dei locali;
- Dermatologia: ristrutturazione di alcuni locali ex rianimazione per destinarli alla Unità operativa di dermatologia.
- Cardiologia: completamento dei lavori per la realizzazione di una nuova sala di elettrofisiologia, sala urgenze, medico di guardia e nuovo locale caposala.
- Servizio mortuario: progettazione esecutiva per ristrutturazione camera mortuaria;
- Cucina centrale: progettazione e affidamento dei lavori per la realizzazione di nuovo spogliatoi per addetti alla cucina centrale;
- “Ex casa di Riposo”: sostituzione dell’attuale montaletti con prolungamento della corsa fino al sottotetto onde servire i nuovi locali del servizio di neuropsichiatria infantile;
- Nuovo bar: progetto esecutivo per la realizzazione;

- Edificio “ex casa di riposo”: progettazione esecutiva adeguamento antincendio;
- Gruppi elettrogeni: proseguono i lavori per la realizzazione del nuovo sito gruppi elettrogeni con accorpamento dei medesimi;
- Eliporto: sono stati ultimati i lavori di adeguamento attuale piazzola eliporto e locali tecnici di supporto;
- Parcheggio nord : incarico per la progettazione di un nuovo parcheggio “fuori terra” a servizio del complesso ospedaliero
- prove e verifiche per valutazione resistenza antisismica sulle strutture ospedaliere.

► DISTRETTO ALTA VALSUGANA

Nel Distretto Alta Valsugana gli interventi più significativi eseguiti sono stati i seguenti:

- *Area ex Ospedale psichiatrico:*
 - raggiungimento di una fase avanzata di completamento dei lavori per il riadattamento dei tre ex reparti psichiatrici del padiglione “Perusini” a sede provvisoria delle “Case Famiglia” e della residenza sanitaria assistenziale psichiatrica per trasferimento, da Susà, degli ospiti dell’ex Ospedale psichiatrico;
 - prosieguo del completamento degli allacciamenti alla centrale di cogenerazione e di recupero energetico STET degli edifici area ex Ospedale psichiatrico (teleraffrescamento e continuità elettrica) e progettazione impianto di climatizzazione e di raffrescamento edificio ex Neuro ed ex Osservazione;
 - attivazione delle nuove utenze acquedotto e antincendio per i vari edifici dell’area ex Ospedale psichiatrico;
 - continua graduale riorganizzazione delle sedi dei servizi sanitari di distretto negli edifici di proprietà dell’APSS: edificio ex Osservazione – ex Neuro, con interventi da eseguire per stralci funzionali e in sequenza alla progressiva attivazione del nuovo ospedale Villa Rosa;
 - installazione piattaforma elevatrice edificio Maso Tre Castagni;
- *Nuovo Ospedale Villa Rosa:*
 - studi di verifica per il completamento degli impianti speciali “degenze” per l’adattamento degli impianti elettrici e idraulici alle nuove apparecchiature, macchine e arredi: radiologia, cure fisiche, appartamento domotico, rete telefonica, LAN, controllo accessi e video sorveglianza;
 - studio di completamento con il gruppo di lavoro l’esecuzione dei lavori di costruzione degli impianti speciali);
 - prosecuzione dei lavori per il completamento e adattamento impianti tecnologici per installazione macchine e attrezzature delle nuove sedi della lavanderia e guardaroba da trasferire dagli altri edifici di Distretto.

- *Presidio Ospedaliero "Villa Rosa" – Ospedale di Trento*: interventi minori di straordinaria manutenzione per assicurare la funzionalità della struttura fino al suo trasferimento.
- *Ambulatori comunali*: ultimazione della ristrutturazione dell'ambulatorio di Lavarone.

▶ DISTRETTO BASSA VALSUGANA E TESINO

Nel Distretto Bassa Valsugana e Tesino gli interventi più significativi sono stati:

- *Presidio ospedaliero S. Lorenzo*:
 - inizio lavori per messa in sicurezza versante sovrastante il presidio ospedaliero con realizzazione di una barriera paramassi di tipo elastico di lunghezza di 150,00 m circa e di altezza di 2,00 m;
 - progettazione esecutiva volume garage ambulanze e sede 118 dell'Ospedale e ampliamento e riorganizzazione zona cucina;
 - progressivo risanamento piani di degenza: intervento di minima per ammodernamento dei reparti e relativi servizi igienici;
 - realizzazione delle coperture sugli accessi e rampe dei garage piani interrati per sanatorio ed nuovo edificio;
 - progettazione esecutiva di percorsi esterni, di collegamento parcheggio multipiano ingresso edificio principale, edificio nuovo e accessi area ospedaliera;
 - progettazione esecutiva per la realizzazione di nuovi bagni esterni a servizio delle due unità di degenza di chirurgia e medicina;
 - installazione di barriere automatiche per regolamentare gli accessi veicolari all'interno dell'area dell'ospedale;
 - completamento dei lavori per la realizzazione degli ambulatori centro per la cura del piede diabetico;
- *Ambulatori comunali*: adeguamento alla normativa antincendio dell'ambulatorio di Strigno.

▶ DISTRETTO DEL PRIMIERO

Nel Distretto del Primiero gli interventi hanno riguardato lo studio e la definizione di una sede nel poliambulatorio di Tonadico per l'attivazione di un centro ambulatoriale di medici di medicina generale associati mediante la riorganizzazione degli spazi afferenti al centro di salute mentale.

▶ DISTRETTO ALTO GARDA E LEDRO

Nel Distretto Alto Garda e Ledro sono stati realizzati i seguenti interventi:

- a cura della Provincia (Progetto speciale grandi opere civili della PAT) l'avvio dei lavori propedeutici per consentire il trasferimento dei servizi presenti nel padiglione "A" (officina manutenzione e camera mortuaria);
- completamento dei lavori di adeguamento statico e dimensionale della piazzola dell'eliperficie dell'ospedale di Arco;

- rifacimento della pavimentazione in porfido nella zona di accesso alla camera calda del pronto soccorso dell'ospedale di Arco;
- acquisto e installazione prefabbricato per deposito contenitori puliti rifiuti sanitari presso l'ospedale di Arco;
- sostituzione impianto servo scala presso l'edificio di Villa Tappainer;
- ampliamento rete dati e adeguamento impianto elettrico presso l'edificio "Le Palme" – Servizio infermieristico;
- trasferimento degli Centro salute mentale dal padiglione "B" all'edificio "Le Palme";
- installazione prefabbricato per rifiuti sanitari presso il Centro servizi sanitari di via Rosmini a Riva del Garda;
- manutenzione straordinaria sull'impianto di equipotenzializzazione degli ambulatori specialistici del Centro servizi sanitari di via Rosmini a Riva del Garda;
- manutenzione straordinaria per la realizzazione di alcune varianti interne e sistemazione locali presso il Centro servizi sanitari di via Rosmini a Riva del Garda finalizzati al miglioramento dei livelli di sicurezza;
- realizzazione di un impianto anti-intrusione presso il Ser.T di Riva del Garda;
- completamento dei lavori di ristrutturazione del Centro servizi sanitari Valle di Ledro a Bezzecca;
- realizzazione di altri interventi di manutenzione straordinaria e sistemazione locali anche in relazione all'adeguamento alle normative sulla sicurezza.

► DISTRETTI DI FIEMME E FASSA

Nei Distretti di Fiemme e Fassa sono stati realizzati i seguenti interventi:

- prosieguo della progettazione dell'ampliamento sud del presidio ospedaliero di Cavalese;
- conclusione della riprogettazione dell'ampliamento sud del presidio ospedaliero di Cavalese e avvio delle procedure per l'individuazione dell'impresa esecutrice;
- conclusione della progettazione esecutiva della nuova elisuperficie del presidio ospedaliero di Cavalese, gara di appalto, avvio dei lavori;
- avvio della progettazione di alcuni interventi per l'adeguamento antincendio e l'adeguamento ai requisiti minimi del presidio di Cavalese;
- Casa per la salute di Predazzo: avvio procedura di gara per l'affidamento del progetto;
- Installazione nuova diagnostica radiologica DR presso l'ospedale di Cavalese.

► DISTRETTO GIUDICARIE E RENDENA

Nel Distretto Giudicarie e Rendena sono stati realizzati i seguenti interventi:

- presso *l'ospedale di Tione* proseguono i lavori di potenziamento dell'elisuperficie e i lavori di ristrutturazione con la realizzazione del parcheggio

gio a monte del complesso ospedaliero e con le opere propedeutiche nelle aree esterne ospedaliere; sono state completate le opere relative all'installazione di una nuova diagnostica digitale; sono stati effettuati i lavori relativi all'adeguamento normativo dell'impianto elettrico

- è stata completata la ristrutturazione del *Centro servizi sanitari di Condino*;
- è stato completato l'impianto di rilevazione fumi *Centro salute mentale di Tione di Trento*;

► DISTRETTI TRENTO VALLE DEI LAGHI, CEMBRA, ROTALIANA-PAGANELLA

Nei Distretti Trento Valle dei Laghi, Cembra, Rotaliana-Paganella sono stati realizzati i seguenti interventi:

- lavori di manutenzione straordinaria e adeguamento funzionale della sede del *Distretto di Trento e Valle dei Laghi*: realizzazione secondo sportello CUP al CSS, modifica locale D3/22 al CSS, lavori di miglioramento delle condizioni microclimatiche al CSS, lavori di coibentazione acustica interna presso il CSS;
- lavori minori per *acquisizione tecnologie sanitarie* (mammografo Sectra; mammografo Amulet);
- *sede APSS Trento*: risanamento servizi igienici e ristrutturazione uffici 27, 28, 37; progettazione definitiva lavori di adeguamento locali ex mensa,
- progettazione definitiva lavori di ampliamento della *sede del Servizio anagrafe* presso il Centro per i servizi sanitari di Trento;
- Progettazione definitiva lavori di messa a norma antincendio *comunità terapeutica di Camparta di Meano*.

► DISTRETTO VALLAGARINA

Nel Distretto Vallagarina sono stati realizzati – oltre agli interventi di manutenzione straordinaria e sistemazione locali finalizzati all'adeguamento alle normative sulla sicurezza secondo le indicazioni del PIP – i seguenti interventi edilizi:

- *Ex convitto Silvio Pellico in Ala*: approvazione del progetto esecutivo ed esperimento delle procure per l'affidamento dei lavori per la nuova sede del Polo Universitario delle professioni sanitarie;
- *"Area ex Bimac" Terzo polo*: inizio dei lavori per la realizzazione della nuova sede del Servizio igiene e sanità pubblica da parte dell'ITEA, su delega;
- *Edificio "ex cassa malati" – poliambulatorio specialistico*: adeguamento vano scala, riqualificazione di parte di serramenti esterni e sanificazione di alcune porzione dei paramenti in calcestruzzo a vista del camino della ex centrale termica; completamento "linea vita" terrazzi di copertura; affidamento dei lavori per impermeabilizzazione della copertura a terrazzo dell'edificio; ristrutturazione e riorganizzazione uffici accettazione; realizzazione di due nuovi studi per igienisti dentali;
- *Struttura sanitaria di Ala*: progettazione esecutiva per l'adeguamento ai requisiti minimi delle strutture sanitarie del presidio;

- *Casa della salute di Brentonico*: completamento della stesura del progetto esecutivo e avvio lavori.
- ▶ DISTRETTO VALLE DI SOLE E VALLE DI NON
Nel Distretto Valle di Sole e Valle di Non sono stati realizzati i seguenti interventi:
 - *Presidio ospedaliero di Cles*:
 - ampliamento dell'edificio proseguimento e completamento dei lavori (4° lotto) dell'ampliamento del presidio (magazzino farmacia, guardaroba, magazzino derrate alimentari, magazzino economale, mensa, dialisi, laboratorio, sale operatorie, sterilizzazione centrale);
 - interventi di adeguamento nella U.O. di Chirurgia;
 - progettazione di alcuni interventi per l'adeguamento antincendio e l'adeguamento ai requisiti minimi;
 - rifacimento tetto ospedale;
 - adattamento strutturale di alcuni locali della radiologia per l'installazione della nuova TAC e della nuova diagnostica radiologica;
 - *Casa della salute di Fondo*: completamento.

Nell'ambito degli immobili di competenza APSS nel corso del 2009, inoltre:

- ▶ si è proseguito nell'installazione della *rete wireless aziendale* nelle varie sedi ospedaliere;
- ▶ è stata completato il programma di implementazione del *sistema radio dedicato all'emergenza sanitaria* nella zona del Distretto Giudicarie e Rendena;
- ▶ è stato esteso il *cablaggio* strutturato negli edifici aziendali in previsione dell'installazione della fonia VoIP, in particolare presso l'edificio di Villa Igea.

GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

La finalità del processo consiste nel fornire all'organizzazione aziendale le informazioni necessarie per raggiungere i propri obiettivi, assolvendo ai requisiti e alle direttive per la qualità e la sicurezza dell'informazione^[66].

Lo sviluppo dei sistemi informativi dell'APSS è rivolto a integrare e semplificare un ambiente applicativo e tecnologico particolarmente complesso e diversificato.

Il primo ambito di applicazione di tale strategia è quello dei sistemi di *gestione dei dati clinico-sanitari*, al cui riguardo è stato seguito un *approccio incrementale di sanità elettronica* basato sulle seguenti linee guida generali:

- ▶ allineare i bisogni e la strategia attraverso l'identificazione dei servizi da digitalizzare e la definizione di un piano d'azione condiviso con i referenti clinico-sanitari, la Direzione aziendale e i sistemi informativi;

^[66] Gestione integrata di tutte le attività che consentono di produrre, elaborare, scambiare e conservare le informazioni aziendali.

- ▶ assicurare un'implementazione corretta attraverso la gestione di progetti maggiormente allineati con i bisogni e la strategia aziendale (con sistemi di project e project portfolio management);
- ▶ partire dai dati, in modo da ottenere la piena integrazione delle informazioni relative ai cittadini/assistiti, univocamente identificati; l'integrazione delle informazioni dei pazienti, univocamente riconosciuti a livello provinciale, è una condizione per la riduzione dei silos informativi e organizzativi, per la digitalizzazione dei referti e delle altre informazioni cliniche e per l'alimentazione di un unico archivio aziendale dei referti e dell'immagini in formato digitale;
- ▶ estendere i servizi collegando i partner strategici del territorio quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; quest'ultimi sono soggetti che hanno bisogni più facilmente categorizzabili, interazioni più regolari con l'Azienda, aggregano una grande quantità di cittadini (ogni medico circa 1500 assistiti).

Seguendo tali linee guida, i progetti d'implementazione già realizzati hanno consentito, tra l'altro, la piena integrazione dei dati dei cittadini/pazienti e l'accesso da parte dei professionisti clinici e sanitari ai referti e alle immagini diagnostiche dei propri pazienti.

Per quanto attiene ai processi di supporto (dell'area amministrativa e tecnica) negli ultimi anni è stato ulteriormente migliorato il livello di automazione dei sistemi, attraverso l'evoluzione delle funzionalità esistenti e la collegata digitalizzazione (o de-materializzazione) dei documenti. Tale obiettivo è stato realizzato prevalentemente attraverso la manutenzione evolutiva dei sistemi già in uso. Un'area di nuovo sviluppo è la gestione del personale, essendo in corso un vasto progetto di cambiamento dei processi e dei sistemi che li supportano, attualmente basati su un numero elevato di applicazioni disconnesse. Coerentemente con tale strategia di consolidamento applicativo, è stata intrapresa un'attività di consolidamento delle infrastrutture di rete e dei server, in modo da facilitare una gestione centralizzata e sicura di un maggiore numero di servizi, rivolti a un numero crescente di utenti interni ed esterni all'Azienda, assicurando la più elevata continuità del servizio.

Su tale impostazione generale, le principali attività realizzate nel 2009, nell'ambito del processo di gestione delle informazioni, sono di seguito distinte per i vari sottoprocessi:

- ▶ *Pianificazione e organizzazione della gestione delle informazioni:* sono stati prodotti e/o aggiornati i documenti di specifica dei flussi gestiti dal servizio sistemi informativi (SSI) – “Codifiche standard aziendali 2009-2012” e “Standard tecnologici aziendali 2009/2013”; è stata riconsiderata, insieme all'alta direzione dell'APSS, la strategia di sviluppo dei sistemi informativi clinico-sanitari, a partire dai risultati ottenuti negli ultimi anni, attraverso l'analisi delle aree funzionali e tecnologiche ancora da realizzare e la definizione delle priorità per l'esecuzione dei progetti a completamento;

- ▶ *Acquisizione soluzioni e tecnologie:* è stato definito, nell'ambito del progetto nazionale del Ministero dell'innovazione "*carta operatore sanitario*", il piano di distribuzione e di implementazione di 3.120 smart card per operatori di APSS per le funzioni di firma digitale e di autenticazione forte per l'accesso sicuro ai principali applicativi aziendali; è stato prorogato il sistema CUP fino a metà 2011, per allineare tutti i servizi di front-office con la scadenza dei servizi di sportello (CAPIRR); è stato attivato il sistema di comunicazioni (via SMS) di memento della prenotazione di esami complessi a 3 giorni dall'effettuazione prevista; sono proseguite le attività di server consolidation e di virtualizzazione degli ambienti server sulla piattaforma VMWARE con il potenziamento dell'architettura hardware di tipo blade e cluster aziendali; sono state completate, sotto il coordinamento dell'istituto di ricerca Fondazione Bruno Kessler (FBK), le procedure per l'assegnazione, tramite trattativa privata, delle attività di sviluppo dell'interfaccia utente e del portale TreC (cartella clinica del cittadino).
- ▶ *Implementazione soluzioni e tecnologie:*
 - aumentata l'applicazione della soluzione "*PACS*" che, con l'estensione delle funzionalità anche alle strutture ospedaliere private accreditate Eremo e Villa Bianca, ha raggiunto la capacità di oltre 51 milioni di immagini per complessivi 22 Terabyte;
 - raggiunto un grande livello di qualità e di servizio con il progetto "*AMPERE*", che collega ai sistemi aziendali circa 370 MMG/RSA con uno scambio informativo, nel 2009, di oltre 1.620.000 referti;
 - completata l'implementazione del "*Sistema informativo di gestione medicina fisica e riabilitativa*" fornito da Solinfo;
 - avviato in produzione, nell'ambito del progetto di "*Sviluppo delle risorse umane di APSS*", il nuovo sistema aziendale di gestione delle risorse umane, fornito da Oracle/PeopleSoft; il primo rilascio ha compreso, tra l'altro, la gestione dell'organizzazione (strutture, ruoli e posizioni) e degli eventi legati al rapporto di lavoro dei dipendenti (assunzioni, cessazioni, trasferimenti, ecc.) con la relativa reportistica; sono state avviate le prime funzionalità di accesso e aggiornamento delle informazioni per tutti i dipendenti, in modalità "self-service"; sono stati sviluppati altri moduli del sistema PeopleSoft, che saranno rilasciati nei primi mesi del 2010, per la valutazione e lo sviluppo delle prestazioni e delle competenze dei dipendenti e per il nuovo sistema di gestione dei concorsi che prevederà la candidatura online da parte dei partecipanti alle selezioni; è stato realizzato il cosiddetto "*Angolo del dipendente*" con la funzionalità del cedolino elettronico (che nel mese di novembre 2009 ha registrato 16.938 accessi da parte di 5.860 dipendenti) o la visualizzazione delle timbrature online (che ha registrato 30.955 accessi);
 - completata l'attivazione del nuovo modulo del sistema di laboratorio (LIS) per la realizzazione del sistema di rilevazione e gestione delle infezioni ospedaliere e del laboratorio di genetica, forniti da Noemalife;

- installato e attivato il *nuovo sistema aziendale di Mail & File archiving* operando la migrazione di oltre 8.000 caselle di posta sul nuovo sistema e attivando la componente di File server con la migrazione dei quasi 3.000.000 di file degli utenti;
- superata la fase di fattibilità del *progetto provinciale “TreC – cartella clinica del cittadino”* che sarà implementato nel corso del 2010 realizzando una fase di ulteriore integrazione tra i sistemi informativi aziendali, la medicina primaria e il cittadino ^[67]. In tale ambito sono state completate le attività di preparazione per l’acquisizione dei servizi web/applicativi java richiesti dal progetto ed è stata definita l’architettura di integrazione tra sistema informativo ospedaliero (SIO) e TreC secondo gli standard di interoperabilità indicati dall’infrastruttura IPSE (standard HL7/CDA e XDS). È altresì iniziato l’adattamento della messaggistica cd. AMPERE a tale standard e, nel secondo trimestre, è iniziata l’implementazione dei servizi per l’attivazione dell’infrastruttura XDS;
- sviluppato il *sistema di “gestione documentale”*, con l’attivazione della gestione di deliberazioni e determinazioni (coinvolgendo tutti i servizi amministrativi) e il rilascio delle funzionalità estese a oltre 1.700 utilizzatori del sistema per quasi 200.000 documenti anno. Il sistema consente la gestione della firma digitale per gli stessi documenti aziendali e l’interoperabilità con l’Assessorato alla salute (436 documenti negli ultimi sei mesi);
- attivata la *posta elettronica certificata (PEC) aziendale*, in attuazione del Dlgs. n. 82/2005 recante il “codice dell’amministrazione digitale”;
- provveduto a sviluppare ulteriormente le modalità di *comunicazione verso i cittadini sul canale internet* (sito aziendale), grazie alla disponibilità di un motore semantico in linguaggio naturale sul sito aziendale e di una modalità di richiesta via SMS (in collaborazione col Consorzio dei comuni trentini – sistema Cosmos) per domande inerenti gli orari e l’articolazione dei servizi di medicina generale e farmacia;
- allargato l’orario di apertura del *Call Center*, attivando anche nuove funzionalità rivolte al cittadino (come l’invio di 11.471 SMS al cittadino di memento sulle prenotazioni oltre i 30 giorni) attivando il motore di ricerca semantica (Cogito);
- migliorata la capacità di interpretazione (in linguaggio naturale) delle richieste degli utilizzatori del *sito aziendale* (www.apss.tn.it) hanno registrato circa 1.000 utilizzi giornalieri su 4.214.154 di utilizzatori nel 2009: le aree del sito aziendale più utilizzate sono “concorsi e selezioni” (con 292.633 accessi), “prenotazioni online” (con 215.248 accessi) e “medici in rete” (con 81.077 accessi);

^[67] Nel 2010, il progetto provinciale TreC metterà a disposizione di ogni cittadino trentino la propria documentazione sanitaria e specifici strumenti di colloquio integrato con i medici e gli operatori sanitari interessati.

- provveduto a mettere in produzione, a livello aziendale, i moduli SIO di gestione della “specialistica ambulatoriale” e di “consulenza interna di reparto”: la nuova “scheda ambulatoriale informatizzata” ha totalizzato 130.168 accessi ambulatoriali (di cui 17.340 nel mese di dicembre), 75.268 risposte alle richieste di consulenza sanitaria tra reparti e la predisposizione di 71.708 ricette informatizzate via SIO. Gli utilizzatori del SIO sono passati dai 3.073 del 2008 a 3.464 di fine 2009; la funzionalità più innovativa è stata la *fruizione dei documenti sanitari digitali* (passati dai circa 3.500 al giorno del 2008 ai quasi 10.000 al giorno sui circa 5.200.000 referti digitali presenti a dicembre 2009 nei repository aziendali – SIO e ITACA). A inizio 2009 sono state inoltre attivate nel SIO (PS, Ricoveri, Specialistica Ambulatoriale) le modalità di *raccolta del consenso* ai sensi della deliberazione aziendale 297/2009 e, da ottobre 2009, è stata implementata e messa in produzione la gestione del *consenso privacy di contatto* nel SIO (secondo l’analisi approvata dal Gruppo Privacy aziendale). Nel 2009 il SIO di APSS è stato attivato anche presso le strutture ospedaliere private accreditate S. Camillo di Trento ed Eremo di Arco;
- realizzata, in collaborazione col DIT (Dipartimento innovazione tecnologica del Ministero della pubblica amministrazione) per il *progetto Carta operatore e firma digitale*^[68], la distribuzione, agli operatori sanitari di APSS, di circa 300 smart card per le funzioni di firma digitale per i sistemi di produzione di documenti sanitari o amministrativi (laboratorio, radiologia, anatomia, SIO, PITRE) e analizzate le problematiche per l’autenticazione forte per l’accesso sicuro agli applicativi e per il rispetto delle normative di sicurezza e privacy (con installazione degli ambienti di test, approfondimento delle tematiche tecnologiche e dei servizi di marcatura temporale e conservazione sostitutiva per la gestione come Centro Servizi Provinciale da parte di Informatica trentina);
- completate, sempre in collaborazione con il DIT, le attività inerenti al *progetto pilota prenotazione online*^[69] con un perfetta riuscita del test di interoperabilità tra regioni, a Bologna il 18 dicembre;
- aderito al *progetto Epsos, Interoperabilità europea e nazionale per il fascicolo sanitario elettronico*^[70]: (componenti Patient Summary e ePrescription) che ha avuto il suo avvio ufficiale a livello europeo a Roma il 16-17 settembre 2009;

^[68] Il progetto è stato presentato al convegno “Open Source in Healthcare” di Riva del Garda del 12 giugno 2009.

^[69] Prevede la definizione degli strumenti per l’interconnessione tra i sistemi di prenotazione delle varie Regioni italiane.

^[70] Prevede la definizione di modalità di interoperabilità dei documenti sanitari a livello europeo e italiano, per le componenti di prescrizione e di riassunto sanitario;

- approfondita tecnicamente la fattibilità dell'applicazione dei *certificati digitali di malattia* ^[71], in attesa dell'emanazione dei relativi decreti ministeriali e direttive;
 - approfondita tecnicamente la tematica relativa al progetto di *prescrizione elettronica* ^[72] per l'integrazione, degli attuali flussi informativi dell'attività farmaceutica e specialistica destinati al Ministero dell'economia e delle finanze, con flussi specifici giornalieri di tutte le richieste di prestazioni e di farmaci effettuate informaticamente dai medici prescrittori;
 - espletate le procedure tecniche per il *progetto d'ingegnerizzazione dell'attività ambulatoriale dell'APSS e delle strutture accreditate*, in modo da poter digitalizzare l'intero processo: il progetto presentato, è stato autorizzato e finanziato dal Ministero della salute (ex articolo 20 della legge 296/2006) per 900.000 euro;
- ▶ *Gestione operatività dei sistemi e supporto agli utenti*: le attività significative per assicurare il corretto e sicuro funzionamento dei sistemi informativi, l'assolvimento degli obblighi e direttive per la sicurezza e privacy delle informazioni, nonché per un'efficace azione di contrasto alle interruzioni delle attività fondamentali aziendali, sono state le seguenti:
- proseguimento delle attività di *accentramento presso un unico data center aziendale dei server* anche attraverso l'implementazione di macchine virtuali (su piattaforma VMWARE) e sulla base della piattaforma ad alta affidabilità di tipo "campus cluster", suddivisa in due sedi distanti;
 - avviamento dei *lavori di ristrutturazione del CED di disaster recovery*, presso la sede direzionale APSS (di via Degasperi); i locali destinati a ospitare la struttura sono stati ampliati e parte degli impianti di cablaggio (elettrico e dati) sono stati sostituiti;
 - attuazione, in collaborazione con Symantec e Informatica trentina, uno *studio di "penetration test"* – per verificare le principali debolezze tecnico-informatiche presenti sul sistema informativo APSS – *svolto con tecniche di "hacking"* molto sofisticate (ma non distruttive) per un periodo di oltre due mesi; il test ha permesso di migliorare il livello di sicurezza informatica aziendale per quanto riguarda l'accesso alla rete aziendale dall'esterno (internet), la prevenzione di attacco ai server aziendali dall'interno (rete APSS) e l'accesso ai dati di alcuni trattamenti critici in modo illegittimo (visualizzazione, alterazione, distruzione);
 - esecuzione di due *test di simulazione di incidente grave su sistemi critici*, per il miglioramento della business continuity: tale attività è stata mirata

^[71] Attivazione della comunicazione informatica (ora cartacea) dei certificati dei medici di medicina generale verso l'INPS e i datori di lavoro dei soggetti interessati.

^[72] Il progetto è stato approvato dal Ministero delle finanze il 27 novembre 2009 e troverà formalizzazione tramite decreto ministeriale (che definirà la completa digitalizzazione delle impegnative entro 24 mesi).

a verificare non solo la qualità della documentazione di supporto, la congruenza delle procedure operative (check-list), l'efficacia e l'efficienza dei meccanismi predisposti per gli interventi in condizione di emergenza, ma anche la capacità reale di far fronte a eventi di guasto gravi addivenendo alla soluzione dei problemi. Il piano di *business continuity*, il piano di *disaster recovery* e il piano di *risk analysis* sono stati rivisti a fine 2009 e integrati con le considerazioni derivanti dell'aggiornamento dell'assetto tecnologico intervenuto nell'anno;

- predisposizione di un *sistema per la gestione del reset delle password* "dimenticate" o "considerate insicure da parte dell'utente proprietario": il sistema è costituito da una procedura operativa, da un sistema software di interazione con i sistemi applicativi e da un sistema di comunicazione. Nel 2009 il sistema di gestione del reset delle password ha gestito in modalità automatica oltre 2.000 richieste di nuove password alla rete aziendale e al sistema informativo ospedaliero (SIO);
 - *attivazione della gestione via web del consenso privacy*, anche al fine di rendere possibile l'espressione online del consenso al trattamento dei dati personali per finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, nell'ambito della procedura di gestione integrata con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta (a fine 2009 quasi 300.000 assistiti hanno espresso il consenso);
 - *regolamentazione del trattamento dei dati personali sulla salute in formato digitale*: definizione modalità di accesso, disciplina attività di vigilanza e prevenzione (DL 297/09), introduzione consenso di contatto; intervento di audit straordinario sullo stato di applicazione della normativa privacy da parte delle UU.OO. dell'APSS;
- *Monitoraggio e valutazione del processo IT di gestione delle informazioni*: nel 2009 sono state svolte diverse rilevazioni per il monitoraggio del processo e per considerare il confronto con le organizzazioni esterne. Gli *indicatori* relativi al grado di adozione delle soluzioni implementate sono i seguenti:
- incremento degli utenti, degli accessi e dei volumi di attività sul sistema SIO (oltre 3.400 utenti a fine 2009; 3000 a fine 2008), dovuto all'attivazione del modulo di prenotazione dei ricoveri e delle sale operatorie avviato in 20 reparti delle strutture ospedaliere aziendali;
 - accesso e aggiornamento dei contenuti dell'intranet aziendale (numero di documenti presenti raddoppiato nel corso dell'anno, accessi incrementati di circa il 50%), visualizzazione dei cedolini online (da parte di oltre 3900 dipendenti a fine anno);
 - livello di adesione ai servizi d'interoperabilità da parte dei MMG/PLS (a fine 2009 più di 300 MMG/PLS, oltre il 90% dei medici informatizzati, con una media di 150 comunicazioni a settimana ciascuno, contenenti le

- informazioni cliniche individuali dei propri pazienti) e da parte delle RSA (48 RSA sulle 53 presenti in provincia aderiscono al servizio);
- grado di adozione del sistema di gestione documentale: a fine 2009 1.700 utenti (a fine 2008=1300) e oltre 500.000 documenti gestiti (nel 2008=190.000);
- L'APSS ha pubblicato il *“Benchmark dello stato della sicurezza ICT-APSS 2009”* che aggiorna la valutazione dello stato della sicurezza ICT in APSS sulla falsa riga dell'analisi condotta da DigitPA (ex CNIPA) a livello nazionale. L'analisi, riprendendo quanto già fatto nella precedente ricerca, ha coinvolto 61 amministrazioni centrali dello stato e raccoglie gli esiti di un'inchiesta effettuata tramite questionario inviato alle PAC nel 2007; i risultati sono stati pubblicati nel marzo 2009 col titolo *“Secondo rapporto sullo stato della sicurezza ICT della PAC – Anno 2007”*. La rilevazione sullo stato della sicurezza in APSS ha adottato lo stesso *“modello comune per la sicurezza”*, basato su una batteria di quattro indicatori chiave di performance (KPI) che misurano, rispettivamente, lo *stato della sicurezza logica* (modello organizzativo, policy sulla sicurezza, ecc.), *dell'infrastruttura* (sicurezza fisica, wireless, firewall, ecc.), *dei servizi* (business continuity, disaster recovery, ecc.) e *dell'organizzazione* (piano di sicurezza, la formalizzazione di policy, l'individuazione di responsabilità, compiti e ruoli legati alla sicurezza, le skills, ecc.); la Tabella 5.21, riportante i

TAB. 5.20 Sistema di Gestione Documentale – Andamento 2004-2009 e situazione a fine 2009

Sistemi informativi INDICATORI UTENZE	Valore assoluto						Incremento (%)	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008	2009/2004
Postazioni di lavoro	3.277	3.707	4.036	4.499	4.920	5.276	5,8	61,0
Utenti collegati	4.726	5.503	6.794	7.677	9.414	9.708	3,1	105,4
Caselle posta el. attivate	4.177	4.905	6.004	6.593	8.129	8.733	7,3	109,1
SITUAZIONE 2009								
	TOTALE	APSS			ESTERNI	Esterni (*) su totale (%)		
Postazioni di lavoro	5.276	5.005			271	5,1		
Utenti collegati	9.708	9.708			1.831	18,9		
Caselle posta el. attivate	8.733	7.966			767	8,8		

**Sistemi informativi
INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA – APSS**

Capacità impiegate / aree principali	dimensione archivi
Archivi Gestionali	22,5 TeraByte
Archivi PACS	22.2 TeraByte

(*) esterni = strutture accreditate, RSA, MMG-PLS

TAB. 5.21 Indicatori KPI. Confronto APSS-DigitPA

KEY PERFORMANCE – INDICATORI (KPI)	RISULTATO APSS	RISULTATO DigitPA	GIUDIZIO secondo standard
KPI1 – Protezione logica	8,70	7,32	ottimo
KPI2 – Sicurezza dell'infrastruttura	6,78	7,50	buono
KPI3 – Sicurezza dei servizi	9,11	6,85	ottimo
KPI4 – Sicurezza dell'organizzazione	6,69	6,07	buono

TAB. 5.22 Gestione delle informazioni in APSS: livello di soddisfazione degli utenti.

ITEM VALUTATO	PERSONALE SODDISFATTO o DELIZIATO	
	2009	2007
La complessiva disponibilità di soluzioni informatiche per rendere più efficiente ed efficace il lavoro	78,0	77,0
La complessiva disponibilità di informazioni utili a rendere più efficiente ed efficace il lavoro	74,0↑	68,8
ITEM VALUTATO	% SODDISFATTI o DELIZIATI Anno 2009	
	Convenzionati (mmg)	Dipendenti
La complessiva disponibilità di soluzioni informatiche per rendere più efficiente ed efficace il lavoro	85,0↑	78,0
La complessiva disponibilità di informazioni utili a rendere più efficiente ed efficace il lavoro	80,0↑	74,0

↑: differenza statisticamente significativa.

valori delle KPI ottenuti da APSS (rispetto a DigitPA – ex CNIPA) sotto forma di autovalutazione, dimostra che, *in tema di sicurezza ICT, APSS si colloca in generale nella fascia alta di punteggio, espresso secondo la scala e supera in 3 casi su 4 il punteggio medio nazionale.*

- Per quanto attiene al *livello di soddisfazione degli utenti dei sistemi informativi*, il questionario di soddisfazione somministrato a tutto il personale dipendente e convenzionato nel 2009 contiene alcuni elementi relativi alla gestione delle informazioni nell'Azienda (Tabella 5.22). L'andamento dei livelli

[73] Sicurezza ICT: scala di valutazione DigitPA

Range	Giudizio	Commento
0 ≤ KPI < 4	Scarso	Valori critici, che nella media stabiliscono un sostanziale disinteresse rispetto al tema sicurezza
4 ≤ KPI < 5	Accettabile	Valori mediocri per molti quesiti, è possibile con sforzi non rilevanti ottenere buoni margini di miglioramento
5 ≤ KPI < 7	Buono	Valori positivi, con interventi mirati sono possibili ulteriori miglioramenti
7 ≤ KPI ≤ 10	Ottimo	Valori medi accettabili per gli attuali requisiti in termini di sicurezza per i quesiti che compongono il KPI

di soddisfazione conferma, rispetto al 2007, il *mantenimento dell'elevato livello sul complesso del personale* e evidenzia un *significativo miglioramento da parte dei Mmg*.

► Va ancora segnalato che:

- secondo alcune valutazioni indipendenti – *Studio Casaleggio* del gennaio 2009 e *Rapporto Oasis* della Cergas Bocconi su *Sole24ore sanità* del 2 novembre 2009 – *il sito aziendale risulta essere tra i più cliccati per la sanità in Italia* e in entrambi i casi *al top per i servizi web al cittadino* (l'indicatore PWEI del Trentino risulta pari a 2,80 (media italiana=1,50);
- sono state fatte le attività di analisi e di valutazione esterna circa *le nuove direttive del Garante privacy sul fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'impatto delle stesse sul progetto TreC*; in particolare, è stato fatto un incontro a Trento col Garante privacy sulle tematiche del progetto TreC e sulle direttive 2009 sul FSE e sui referti online, con un successivo invio al Garante di un documento di osservazioni sulle linee guida FSE. Negli ultimi mesi 2009 sono stati svolti degli incontri con la PAT e con i referenti di alcune regioni che stanno attivando analoghi progetti di FSE fascicolo sanitario elettronico (Liguria, Emilia, Friuli) sugli aspetti informativa e consenso, infrastruttura tecnologica e sistemi di autenticazione/accesso del cittadino (CNS o TEAM con chip, token usb e sim del cellulare).

GESTIONE DEI RAPPORTI CON LE STRUTTURE ACCREDITATE (CON IL SSP)

Lo scopo del processo è quello di gestire in modo coerente e integrato le attività amministrative connesse alla negoziazione del fabbisogno (tipologia quantità) di prestazioni in sinergia e in rete con i presidi sanitari di APSS.

Il processo – che riguarda lo svolgimento di attività amministrative connesse all'acquisto di prestazioni sanitarie dirette all'utenza, ma erogate dalle strutture private accreditate e convenzionate con il SSP – è stato individuato a seguito della revisione dei processi di gestione di risorse e alleanze realizzata nel 2007.

Il processo di *negoziazione* e gestione dei contratti è strutturato in modo diversificato in relazione alla tipologia del fornitore (classe).

Il processo di *gestione dei contratti* di fornitura delle prestazioni sanitarie si articola nelle seguenti fasi:

- *Analisi presupposti normativi*: autorizzazione-accreditamento, sistema tariffario, finanziamento, direttive (es. RSA), linee guida (es. schema contratto);
- *Analisi fabbisogno prestazionale*: storico, obiettivi PAT (es. tempi attesa), domanda emergente (nuovi volumi/discipline rispetto all'anno precedente);
- *Negoziazione*: stipula contratto (annuale/triennale);
- *Gestione contratto*: comunicazione atto, tipologia e volumi di attività, obiettivi alle articolazioni aziendali, monitoraggio in corso d'anno, rinegoziazione volume attività, controlli e vigilanza;

TAB. 5.23 Servizio Prestazioni e rapporti con strutture convenzionate. Contratti in essere – Anno 2009

AREA	conto	clas.	num.	durata anni	Rev.ni anno	Verif.	Spesa 2009
Degenza	deg.	A	7	1	1	obiettivi	54.000.000
Specialistica ambulatoriale	spec.	A	18	1		budget	12.000.000
Odontoiatria (L.p. 22/2007)	spec.	A	5	1	1	budget per Distretto	1.000.000
Terme	term.	A	6	1	1	budget	2.700.000
RSA	RSA	A	53	1	var. p.L.	scheda	125.000.000
Ass. Vol. trasporto infermi	TE118	A	22	3		forniture	6.500.000
Riabilitazione							
<i>ex art. 26 legge 833/78</i>	Ist. Spec.	B	4	1		gg.deg.za	350.000
<i>tossicodipendenze</i>	Ist. Spec.	B	3	1		presenze	1.450.000
<i>psichiatrica</i>	Ist. Spec.	B	2	1		gg.deg.za	2.200.000
<i>AIDS, Ist. spec., disturbi alim...</i>	Ist. Spec.	C	5	1		budget	2.700.000
Rapporti strutture extra-PAT							
<i>OTI, S.Raffaele, Banche organi</i>	Ist. Spec.	B	10			autoriz.ni	1.000.000
<i>psich., riabilitaz, tossicodip.</i>	Ist. Spec.	C	40			autoriz.ni	2.500.000
<i>Sangue/plasma</i>		A	6	3		budget	1.200.000
Consulenze							
<i>attive</i>		B	37	1		forniture	400.000
<i>passive</i>		B	13	1		spesa	500.000
Cessioni di servizio		A	10			disposizioni	500.000
Supporto giuridico/amm.vo al Serv. farmaceutico		A				ispezioni	—
Contratti distretti (p.p., altre)		A	8				50.000
TOTALE			233				214.050.000

- **Controlli:** controlli formali (flusso, drg, tariffe, contabilità), commissione vigilanza su DRG acuti, verifiche campionarie cartelle riabilitazione, verifiche distrettuali lungodegenza >60 gg., su esami pre e post ricovero.

L'elenco dei *contratti in essere al 2009*, di competenza del "Servizio Prestazioni e rapporti con strutture convenzionate", è descritto nella Tabella 5.23.

Per quanto riguarda le *attività di degenza* ^[74] – avuto riguardo al finanziamento assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento e alle linee d'indirizzo dei budget

^[74] Si illustra sinteticamente il *processo di gestione dei contratti di fornitura delle prestazioni di degenza*, che può essere preso ad esempio per le altre tipologie di contratti.

Norma di riferimento: articolo 8, Dlgs. 502/1992, direttive PAT.

Attori diretti: strutture ospedaliere, dipartimenti, distretti.

Attori indiretti: Servizio sistemi informativi, Informatica trentina.

Destinatari: iscritti al Servizio sanitario provinciale e iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Procedura: Nel mese di gennaio il servizio predispone, per ciascuna struttura, l'istruttoria che indica: la sintesi dell'attività erogata nell'anno precedente, la stima del fabbisogno di prestazioni di degenza (tipologia e quantità) per l'anno in corso, lo schema di contratto anno di riferimento, eventuali variazioni delle linee guida, il calendario degli incontri con i rappresentanti delle singole strutture. A seguito delle risultanze del negoziato, rivaluta i fabbisogni nel complesso (quadratura del finanziamento massimo), trasmette i contratti alle singole strutture, predispone l'adeguamento del programma gestionale GPS (contabilità e rendiconto), invia specifica nota ai distretti/dipartimenti con i rispettivi volumi di risorse disponibili.

In corso d'anno si verificano: variazioni tariffarie (eventualmente disposte dalla PAT), ricalcolo dei volumi finanziari, monitoraggio dell'andamento dei volumi di attività, rinegoziazione in caso di richiesta (di APSS o struttura) di variazione dei volumi, istruzioni per i verificatori (riabilitazione, ldg), istruzioni ai distretti/dipartimenti per l'allineamento dei trasferimenti dei pazienti (riabilitazione e ldg) con i budget assegnati, segretariato della commissione di vigilanza.

Esempio di obiettivi specifici negoziati e indicati nei contratti

Area Acuti

- a) riorientamento dell'attività chirurgica: aumento dei casi trattati di almeno il 10% rispetto a quelli del 2005;
- b) ricovero ordinario – DRG medici: conferma dell'indicatore di cui al contratto 2007;
- c) ricovero di day surgery – DRG chirurgici: conferma dell'indicatore di cui al contratto 2007;
- d) messa in rete di posti letto: numero di ricoveri attesi per trasferimenti dai PS degli ospedali a gestione diretta APSS, in numero congruo rispetto alle necessità assistenziali del SSP.

Area Lungodegenza

- a) criteri di appropriatezza: definiti con nota dell'Azienda n. prot. 25419 del 17.07.2006;
 1. il numero di reingressi in area acuti inferiore al valore anno 2007;
 2. degenza media pari o inferiore a quella del 2007 a parità di peso medio del Drg.
- b) messa in rete di posti letto: disponibilità dei posti letto per il numero di giornate di degenza negoziate.
- c) tempestività di accesso alla lungodegenza: accoglienza del paziente trasferito dall'ospedale pubblico entro i termini previsti dalla richiesta.

Area Riabilitazione

- a) appropriatezza delle prestazioni: di cui alle linee guida "Percorso riabilitativo" del dicembre 2007.
- b) messa in rete di posti letto: disponibilità dei posti letto per il numero di giornate di degenza negoziate.
- c) tempestività di accesso alla riabilitazione: rispetto dei tempi concordati e richiesti dai reparti pubblici invianti.

Nei confronti dei soggetti per i quali è ritenuta necessaria la prosecuzione dell'assistenza in Residenza sanitaria assistenziale (RSA) o in assistenza domiciliare integrata (ADI), la struttura, prima della dimissione, provvede all'attivazione della competente Unità valutativa multidisciplinare (UVM), secondo le procedure definite da APSS.

Esempio di controlli negoziati

- a) *Area acuti:* verifiche in relazione alle attività di cui all'art. 4.
- b) *Area lungodegenza:* mediante verifica della realizzazione del piano di assistenza contenuto nella lettera di dimissione dell'ospedale inviante.
- c) *Area riabilitazione:* attuazione dei protocolli per la riabilitazione motoria.
- d) Sul raggiungimento degli obiettivi negoziati, mediante accessi in loco da parte di dirigenti medici aziendali.

dei Distretti/Dipartimenti – il Servizio competente, dopo avere provveduto alla stima del fabbisogno ^[75], negozia con le singole strutture, nel mese di gennaio, la tipologia e il volume finanziario dell'attività per l'anno in corso ^[76].

Gli accordi prevedono i seguenti processi di comunicazione, monitoraggio e verifica dell'attività negoziata tramite le seguenti categorie: comunicazione dell'attività negoziata alle articolazioni aziendali, monitoraggio in corso d'anno, linee guida, controlli effettuati, riepilogo economico.

^[75] Esempio di stima del fabbisogno.

Struttura	Area Degenza	Iscr	p.L.	Lim. Fin.	Gg. Neg	H Tn	H Rov	H Tione	H Garda	H Cles	H Borgo	H Cav	Altro	Extra Pat	Alco-logia
S. Pancrazio ARCO	Riabilitazione	SSN	23	1.586.940	8.295										
	Riabil. Cardio	SSP	32	2.337.816	11.800	7.000	1.900				300		2.600		
	Riabili. Motoria	SSP	25	1.729.232	9.200	4.500		1.000	200	1.000				2.500	
	Riabil. Alcol.	SSP	3	159.512	1.000										1.000
	Riabil. Urolog.	SSP		-	-										
	Riabil. Altra /Neurol	SSP		-	-										
	Tot. Riabilitazione	SSP	60	4.226.560	22.000	11.500	1.900	1.000	200	1.000	300	-	2.600	2.500	1.000
Totale Gen.			83	5.813.500	30.295										
Eremo ARCO	Riabilitazione	SSN	80	5.751.741	29.210										
	Riabil. Cardio	SSP		1.801.118	9.100	4.900	500						3.200	500	
	Riabili. Motoria	SSP		2.494.464	12.800	2.500	2.300			100		1.600	1.800	4.500	
	Riabil. Neurom	SSP		118.755	600	100	500								
	Tot. Riabilitazione	SSP	62	4.414.337	22.500	7.500	3.300			100		1.600	5.000	5.000	
	Totale Gen.			141,6	10.166.078	51.710									
S. Regina ARCO	Lungodegenza	SSN	74	4.009.082	26.950										
	Lungodegenza	SSP	56	3.049.580	20.500	13.500	3.700	800	1.800	200	500				
	Totale Gen.			130	7.058.662	47.450									
S. Famiglia ARCO	Lungodegenza	SSN	10	542.974	3.650										
	Lungodegenza	SSP	10	542.974	3.650	2.650	500		500						
	Totale Gen.			20	1.085.948	7.300									
Solatrix ROVERETO	Acuti Ps H Rov	SSP		750.000											
	Acuti Intern E Reum	SSP		1.850.000											
	Acuti	TOTALE	55	2.600.000											
	Riabilit. Motoria	SSP	15	1.020.600	5.400	400	4.500								500
	Lungodegenza	SSP	40	2.528.920	17.000	6.800	9.200				1.000				
	Acuti	SSN		2.200.000											
Totale Gen.			110	8.349.520											
Villa Bianca TRENTO	Acuti Att Chirurg	SSP		1.040.000											
	Acuti Ps H Tn	SSP		750.000											
	Acuti Ortoped	SSP		1.430.000											
	Acuti Internistica	SSP		1.400.000											
	Acuti	TOTALE	49	4.620.000											
	Riabilit. Cardio	SSP													
	Lungodegenza	SSP	8	430.000	2.900	2.900									
	Acuti	SSN		1.900.000											
	Totale Gen.			57	6.950.000										
S. Camillo TRENTO	Acuti Punto Nascita	SSP		1.500.000											
	Acuti Ps H Tn	SSP		750.000											
	Acuti Ortopedica	SSP		2.400.000											
	Acuti Internistica	SSP		4.650.000											
	Acuti	totale	92	9.300.000											
	Riabilit. Motoria	SSP	6	420.000	2.190	500					500	1.190			
	Lungodegenza	SSP	25	1.480.000	10.000	9.000							1.000		
	Acuti	SSN		2.450.000											
Totale Gen.			123	13.650.000											
Totale acuti SSP				16.520.000											
Totale Lungodegenza SSP				8.031.474	54.050	34.850	13.400	800	2.300	200	1.500	-	1.000	-	-
Totale Lungodegenza SSN				4.552.056	30.600										
Totale Riabilitazione SSP				10.081.497	52.090	19.900	9.700	1.000	200	1.100	300	2.100	8.790	7.500	1.500
Totale Riabilitazione SSN				7.338.681	37.505										
Totale Acuti SSN				6.550.000											
Totale Generale				53.073.707	174.245	54.750	23.100	1.800	2.500	1.300	1.800	2.100	9.790	7.500	1.500

[76] Esempio di tipologia e volume di prestazioni di degenza negoziate.

AREA DI DEGENZA	DISCIPLINE AFFERENTI ATTIVITÀ ACCREDITATA	TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI PER UTENTI DEL SSP	VOLUMI FINANZIARI BASE
MEDICINA		Acquisizione di pazienti trasferiti dalle UU.OO. di Pronto Soccorso dell'APSS in numero congruo rispetto alle necessità assistenziali del SSP	1.000.000,00
CHIRURGIA	DRG afferenti le discipline previste dalla convenzione vigente fino al 31.12.1996	Attività del punto nascita per almeno n. 900 parti (DRG 370-375)	1.400.000,00
		Attività di chirurgia ortopedica con priorità al fabbisogno assistenziale espresso dai presidi dell'APSS	2.400.000,00
		Attività chirurgica ed internistica varia, con priorità al fabbisogno assistenziale espresso dai presidi dell'APSS	4.530.000,00
RIABILITAZIONE	Cod. disciplina 56	Riabilitazione motoria (MDC 8) corrispondente al massimo utilizzo dei p.l. accreditati (6), trasferiti prioritariamente dai presidi aziendali: N. 500 gg dall'H. di Trento N. 500 gg. dall'H. di Cavalese N. 1.190 gg. dal proprio reparto (attività chir. ortopedica)	420.000,00
LUNGO DEGENZA	cod. disciplina 60	Acquisizione di pazienti trasferiti da UU.OO. per acuti dei presidi dell'APSS, in numero congruo rispetto alle necessità assistenziali del SSP di cui almeno 10.000 gg di l.dg. per l'Ospedale di Trento	1.500.000,00
Volume finanziario base			11.250.000,00
AREA DI DEGENZA	DISCIPLINE AFFERENTI ATTIVITÀ ACCREDITATA	TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI PER UTENTI DEL SSN	LIMITE FINANZIARIO
MEDICINA	DRG afferenti le discipline previste dalla convenzione vigente fino al 31.12.1996	Attività internistica varia	800.000,00
CHIRURGIA		Attività di chirurgia ortopedica	1.650.000,00
Limite finanziario per utenti SSN			2.450.000,00

Negoziazione anno 2009.

Struttura	area degenza	utenza	giornodegenza	spesa negoziata
San Pancrazio	riabilitazione	SSN	8.295	1.600.000,00
	riabilitazione	SSP	22.000	4.230.000,00
	totale gen.			30.295
Eremo	riabilitazione	SSN	29.210	5.750.000,00
	riabilitazione	SSP	22.500	4.430.000,00
	totale gen.			51.710
Villa Regina	lungodegenza	SSN	26.950	4.010.000,00
	lungodegenza	SSP	20.500	3.050.000,00
	totale gen.			47.450
Sacra Famiglia	lungodegenza	SSN	3.650	543.000,00
	lungodegenza	SSP	3.650	543.000,00
	totale gen.			7.300
Solatrix	acuti SSP			2.610.000,00
	acuti SSN			2.200.000,00
	riabilitazione	SSP	5.400	1.020.000,00
	riabilitazione	SSN		
	lungodegenza	SSN		
	lungodegenza	SSP	17.000	2.520.000,00
	totale gen.			

La consistenza e tipologia di attività negoziata viene comunicata ^[77] alle articolazioni aziendali (distretti/dipartimenti) per l'integrazione delle attività del servizio sanitario provinciale.

In settembre si rinegoziano i volumi di attività in caso di fabbisogni emergenti non previsti a inizio d'anno e d'interesse dell'APSS.

Struttura	area degenza	utenza	giornate degenza	spesa negoziata	
Villa Bianca	acuti SSP	totale		4.620.000,00	
	acuti SSN	totale		1.900.000,00	
	lungodegenza	SSN			
	lungodegenza	SSP	2.900	430.000,00	
	totale gen.				6.950.000,00
San Camillo	riabilitazione	SSP	2.190	430.000,00	
	riabilitazione	SSN			
	acuti SSP	totale		9.661.500,00	
	acuti SSN	totale		2.450.000,00	
	lungodegenza	SSP	10.000	1.500.000,00	
	lungodegenza	SSN			
totale gen.			12.190	14.041.500,00	
Totale	totale complessivo			53.497.500,00	
	riabilitazione SSP			52.090	10.110.000,0
	lungodegenza SSP			54.050	

[77] Comunicazione alle articolazioni aziendali dell'attività negoziata.

area	Numero giornate di ricovero disponibili per gli Ospedali APSS per pazienti del SSP								TOTALE	
	Trento	Rovereto	Arco	Borgo	Cavalese	Cles	Tione	rientri, transf. int. e da HH. extraPAT		
presso c.c. EREMO di Arco										
Riabilitazione cardiologica	5.600	500							3.700	9.800
Riabilitazione motoria	2.000	2.500			1.200	100			4.800	10.600
Riabilitazione altra/neurologica	100	500								600
BUDGET RIABILITAZIONE	7.700	3.500			1.200	100			8.500	21.000
presso osp. S.PANCRAZIO di Arco										
Riab. Cardiologica	7.000	1.900		300					2.600	11.800
Riab. motoria	4.500		200			1.000	1.000		2.000	8.700
Riab. Alcolica ⁽¹⁾	500									500
BUDGET RIABILITAZIONE	12.000	1.900	200	300		1.000	1.000		4.600	21.000
presso c.c. VILLA REGINA di Arco										
BUDGET LUNGODEGENZA	13.500	3.200	1.300	500		200	300			19.000
presso c.c. S.FAMIGLIA di Arco ⁽²⁾										
BUDGET LUNGODEGENZA	2.650	500	500							3.650
presso osp. S.CAMILLO di Trento										
BUDGET LUNGODEGENZA	9.000								1.000	10.000
BUDGET RIAB MOTORIA	500				500				1.190	2.190
presso c.c. SOLATRIX di Rovereto										
BUDGET LUNGODEGENZA		9.200		1.000						17.000
BUDGET RIAB MOTORIA	400	4.500							500	5.400
presso c.c. VILLA BIANCA di Trento										
BUDGET LUNGODEGENZA	2.900									2.900
									TOT. GENERALE RIABILITAZIONE	49.590
									TOT. GENERALE LUNGODEGENZA	2.550

⁽¹⁾ su invio del Servizio alcolgia territoriale;

⁽²⁾ la casa di cura ridurrà da 20 a 0 i p.l. convenzionati per i pazienti SSP a decorrere dal 15 marzo 2008

TAB. 5.24 Rendiconto per l'esercizio 2009 dell'attività di degenza.

STRUTTURA	Area degenza	utenza	Giornate di degenza		casi	degenza media	SPESA		
			Neg.	Effet.			negoziato	effettivo	
S. PANCRAZIO	RIABIL.	SSN	8.295	8.854	499	17,74	1.600.000,00	1.643.572,48	
	RIABIL.	SSP	22.000	21.442	1.100	19,49	4.230.000,00	4.150.733,33	
	totale gen.		30.378	30.295	1.599	18,95	5.830.000,00	5.794.305,81	
EREMO	RIABIL.	SSN	29.210	29.317	1.640	17,88	5.750.000,00	5.669.854,02	
	RIABIL.	SSP	22.500	22.398	1.208	18,54	4.430.000,00	4.009.312,43	
	totale gen.		51.710	51.715	2.848	18,16	10.180.000,00	10.135.207,57	
V. REGINA	LUNGODEG	SSN	26.950	28.228	751	37,59	4.010.000,00	4.229.452,49	
	LUNGODEG	SSP	20.500	19.231	507	37,93	3.050.000,00	2.631.168,46	
	totale gen.		47.450	47.459	1.258	37,73	7.060.000,00	7.048.201,96	
S. FAMIGLIA	LUNGODEG	SSN	3.650	5.046	205	24,61	543.000,00	758.942,10	
	LUNGODEG	SSP	3.650	2.269	70	32,41	543.000,00	561.780,13	
	totale gen.		7.300	7.315	275	26,60	1.086.000,00	1.086.213,50	
SOLATRIX	ACUTI SSP			9.962	957	10,41	2.610.000,00	2.564.819,80	
	ACUTI SSN			2.248	383	5,87	2.200.000,00	2.156.281,29	
	RIABIL.	SSP	5.400	5.420	234	23,16	1.020.000,00	995.369,17	
	RIABIL.	SSN		177	9	19,67		24.249,72	
	LUNGODEG	SSN		805	38	21,18		95.399,02	
	LUNGODEG	SSP	17.000	18.028	487	37,02	2.520.000,00	2.584.017,97	
	totale gen.			36.640	2.108	17,38	8.350.000,00	8.068.138,12	
V. BIANCA	ACUTI SSP	totale		5.971	2.257	2,65	4.620.000,00	4.749.588,26	
	ACUTI SSN	totale			775	0,00	1.900.000,00	1.621.959,92	
	LUNGODEG	SSN						24.583,65	
	LUNGODEG	SSP	2.900	3.141	90	34,90	430.000,00	417.359,85	
	totale gen.			9.112	3.122	2,92	6.950.000,00	7.004.463,72	
S. CAMILLO	RIABIL.	SSP	2.190	2.042	147	13,89	430.000,00	374.400,98	
	RIABIL.	SSN		100	9	11,11		37.476,84	
	ACUTI SSP	totale		16.940	4.999	3,39	9.661.500,00	9.469.680,12	
	ACUTI SSN	totale		1.532	355	4,32	2.450.000,00	1.886.057,79	
	LUNGODEG	SSP	10.000	7.023	204	34,43	1.500.000,00	1.297.289,38	
	LUNGODEG	SSN		365	8	45,63		32.720,28	
	totale gen.		12.190	28.002	5.722	4,89	14.041.500,00	13.542.505,72	
Totale complessivo				210.539	16.932		53.497.500,00	52.679.036,40	
riabilitazione SSP			52.090	51.302	2.689	19,1	10.110.000,0	9.925.088,37	
lungodegenza SSP			54.050	49.692	1.358	36,6		7.311.200,97	
TOTALI ANNO 2008	Totale complessivo			213.630	17.265		51.480.000,00	51.861.995,46	
	riabilitazione SSP			50.590	49.946	2.815	17,7	9.080.000,0	9.528.604,04
	lungodegenza SSP			52.450	52.227	1.469	35,6	7.660.000,0	7.491.615,79

La *vigilanza di tipo tecnico-sanitario* è assicurata a cura della *Commissione di vigilanza* istituita con delibera n. 1213/2008 del Direttore generale di APSS, che ne ha definito gli ambiti di competenza.

In ordine alla *attività Specialistica ambulatoriale*, va evidenziata la *graduale estensione dell'accreditamento istituzionale* (a cura della PAT con specifiche deliberazioni) e dell'*accordo negoziale con APSS a un maggior numero di fornitori*: in particolare ad aziende pubbliche di servizi alla persona (APSP) che hanno dato disponibilità ad aprire nelle rispettive RSA, *punti prelievo* e *punti di erogazione* di cure fisiche (per utenti esterni). La situazione al 2009 è rappresentata nella Tabella 5.25.

TAB. 5.25 Accreditamento attività specialistica ambulatoriale – Anno 2009

STRUTTURA	tipologia di prestazioni negoziate e specifiche condizioni di erogazione	limite finanziario
LABORATORIO DRUSO ANALISI CHIMICO-CLINICHE MEDICINA NUCLEARE PNEUMOLOGIA	Tutte le prestazioni del vigente tariffario afferenti le branche accreditate, escluse quelle contrassegnate dalle sigle H e R	500.000,00
LABORATORIO ADIGE ANALISI CHIMICO-CLINICHE MEDICINA NUCLEARE PNEUMOLOGIA	Tutte le prestazioni del vigente tariffario afferenti le branche accreditate, escluse quelle contrassegnate dalle sigle H e R	500.000,00
TECNOMED (es. internistici, urologici, ostetrico ginecologici, pediatrici, ortopedici, cardiologici, vascolari)	SONO escluse le prestazioni che il vigente Tariffario contrassegna con la sigla "H" e "R"	1.000.000,00
APAN NEFROLOGIA	Sono ammesse le seguenti prestazioni: 39.96.1/2 (dialisi in acetato)	300.000,00
AGSAT PSICHIATRIA ALTRE PRESTAZIONI	Valutazione e riabilitazione del soggetto autistico: cod. 93.89.4; 93.01.3; 93.72.1; 93.01.4; 93.89.2; 94.12.1; 94.09; 94.12.1; 94.08.3; 94.01.1; 94.3; 89.7; 89.01	90.000,00
UCIPEM – Consultorio Trento PSICHIATRIA ALTRE PRESTAZIONI	94.09; 94.30; 94.42; 94.44; 89.01; 89.03; 89.7; 89.07	100.000,00
RSA BRENTONICO MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	35.000,00
RSA CONDINO MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	25.000,00
RSA PINZOLO MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	30.000,00
RSA PERGINE MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	40.000,00
RSA TATO MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	prestazioni afferenti la branca 56 e in particolare: 93.19.2, 93.11.4, 93.39.4, 93.39.5, 93.11.2, 93.22 Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R"	25.000,00

STRUTTURA	tipologia di prestazioni negoziate e specifiche condizioni di erogazione	limite finanziario
OSPEDALE SAN PANCRAZIO di Arco ANESTESIA, NEFROLOGIA, UROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, ALTRE PRESTAZIONI	Esclude: quelle del tariffario contrassegnate con la sigla "R";	50.000,00
OSPEDALE SAN CAMILLO di Trento CARDIOLOGIA, CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE, REUMATOLOGIA, NEUROLOGIA, UROLOGIA, OCULISTICA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, OTORINOLARINGOIATRIA, GASTROENTEROLOGIA, OSTETRICIA-GINECOLOGIA, ANESTESIA, PNEUMOLOGIA, NEUROCHIRURGIA, ONCOLOGIA, RADIOTERAPIA, LABORATORIO ANALISI riservato agli ospiti della RSO	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R" Da riservarsi per almeno 80% a prima visita	2.400.000,00
CASA DI CURA SOLATRIX di Rovereto DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CARDIOLOGIA OCULISTICA OTORINOLARINGOIATRIA GASTROENTEROLOGIA NEUROLOGIA REUMATOLOGIA ENDOCRINOLOGIA CHIRUR.GENERALE e VASCOLARE ANESTESIA, OSTETRICIA-GINECOLOGIA NEUROCHIRURGIA ONCOLOGIA RADIOTERAPIA ALTRE PRESTAZIONI LABORATORIO DI ANALISI per prestazioni di anatomia patologica e istologia	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R" Da riservarsi per almeno 80% a prima visita	2.300.000,00
CASA DI CURA EREMO di Arco NEUROLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA VASCOLARE, RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	EMG Ecocolordoppler tronchi sovraaortici 88.73.5; degli arti sup e inf. 88.77.2; RMN	1.050.000,00
CASA DI CURA VILLA BIANCA di Trento CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OCULISTICA ORTOPEDIA OTORINOLARINGOIATRIA GASTROENTEROLOGIA CHIRURGIA GENERALE E VASCOLARE ANESTESIA NEFROLOGIA OSTETRICIA-GINECOLOGIA PNEUMOLOGIA UROLOGIA LABORATORIO ANALISI NEUROCHIRURGIA ONCOLOGIA RADIOTERAPIA ALTRE PRESTAZIONI	Per tutte le branche sono escluse le prestazioni che il Tariffario nazionale contrassegna con la sigla "R" Da riservarsi per almeno 80% a prima visita	800.000,00

La Tabella 5.26 riporta l'elenco degli *istituti speciali*^[78], nei confronti dei quali APSS sostiene i costi sanitari o fornisce prestazioni sanitarie sulla base di specifici criteri stabiliti dalla Provincia.

GESTIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE

La finalità del processo consiste nella gestione integrata delle attività connesse al ciclo di vita di tutte le attrezzature sanitarie in esercizio nelle strutture dell'APSS.

Sia per le implicazioni assistenziali che per quelle tecnico-organizzative, le attrezzature sanitarie sono un elemento particolarmente importante per i processi aziendali. la procedura di gestione delle attrezzature sanitarie costituisce, allo stato attuale, un *processo unitario* che inizia con la proposta motivata dell'acquisizione, prosegue con l'individuazione del livello di priorità, l'assegnazione del finanziamento, la definizione dei piani di investimento, l'istruttoria per l'acquisto, il collaudo e la messa in funzione, la programmazione della manutenzione e l'eventuale messa fuori uso e smaltimento delle attrezzature sostituite.

Le diverse fasi del processo implicano le seguenti azioni/attività:

- ▶ *Raccolta e valutazione dei fabbisogni di attrezzature sanitarie secondo logiche di HTA (sostituzioni, innovazioni, sicurezza dei pazienti e del personale) e Pianificazione investimenti*: nel 2009 è stato predisposto il piano investimenti per l'anno in corso^[79] (si è registrato un ritardo negli stanziamenti PAT) e negli ultimi mesi dell'anno è stato predisposto il piano investimenti per l'anno 2010;
- ▶ *Pianificazione e gestione degli acquisti e delle altre forme di acquisizione (services, leasing, donazioni, comodati d'uso, prestati, in prova)*: la precedenza temporale è data all'acquisto di attrezzature previste nel piano aziendale della sicurezza, alle sostituzioni di apparecchiature obsolete, alle innovazioni urgenti per la realizzazione di determinati progetti specifici a valenza aziendale. Inoltre sono state definite le varie modalità di acquisizione (acquisti in economia, acquisti a trattativa privata, acquisti con gara europea) cercando di razionalizzare le gare per tipologia di attrezzature con l'obiettivo di otte-

[78] Rispetto ad alcuni di questi è in corso, da parte della PAT, la definizione nell'ambito dei LEA della tipologia/qualificazione di "strutture a prevalente attività socio-assistenziale o sanitaria".

[79] Si è utilizzata la procedura collaudata nei precedenti esercizi: le UU.00. ed i servizi hanno presentato le proprie richieste di nuove attrezzature (sostituzioni, innovazioni o finalizzate alla sicurezza) tramite l'apposita scheda per la richiesta motivata di nuove attrezzature, allegando, per le attrezzature più importanti o innovative, una documentazione basata su criteri di HTA; le direzioni degli ospedali, dei distretti e dei dipartimenti hanno vagliato ed ordinato le richieste secondo criteri espliciti di priorità e hanno trasmesso gli elenchi con le priorità e la relativa documentazione al Servizio ingegneria clinica (SIC).

Il SIC e la Direzione cura e riabilitazione (DCR) hanno effettuato una prima analisi di tutte le richieste pervenute, integrando, ove necessario, la documentazione secondo logiche di HTA e di evidenza clinica, predisponendo tutto il materiale necessario per l'analisi valutativa delle richieste di investimenti da parte della Commissione aziendale (nominata dal Direttore generale e composta da clinici e da tecnici).

TAB. 5.26 Istituti speciali: prestazioni e spesa – Anni 2008-2009

Assistenza Sanitaria in Istituti Speciali Socio-Assistenziali		Importi fat- turati 2008	Importi fat turati 2009	Tipologia prestazionale
53.08.010.1 ASSISTENZA RIABILITATIVA IN ISTITUTI CONVENZIONATI PUBBLICI EX ART. 26 C. 1 L.833/78 IN PAT				
cod. 2066	Centro Trentino di Solidarietà	0,00	101.949,96	prestazioni a favore di soggetti con patologia correlata in doppia diagnosi
Totale		0,00	101.949,96	
53.08.030.1 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZ. AI DISABILI PSICHICI IN ISTITUTI PUBBLICI IN PAT				
cod. 3674	Mimosa – Soc. Coop.	166.673,64	170.121,00	assistenza alla disabilità psichica
cod. 7351	Con.Solida Consorzio della coop.	982.496,80	941.734,98	
Totale		1.149.170,44	1.111.855,98	
53.08.040.1 ASSIST. RESID. E SEMIRES. AI DISABILI FISICI IN IST. PUBBL.-QUOTA PERS. DIP. CONVENZ. IN PAT				
cod. 12405	ANFFAS Trentino – Onlus	459.665,00	460.321,00	contributo spese sanitarie a istituti socio assistenziali
cod. 16526	APSP Centro Don Ziglio	433.600,00	542.000,00	
	accantonamenti	216.600,00	216.400,00	
Totale		1.109.865,00	1.218.721,00	
53.08.100.1 Assist. resid. e semires. agli affetti da AIDS in Istituti pubblici in PAT				
cod. 2066	Centro Trentino di Solidarietà	316.809,57	292.749,87	centro accoglienza Lamar di Gardolo per assistenza AIDS
Totale		316.809,57	292.749,87	
53.08.510.1 Assist. riabilitativa in Istituti convenzionati privati in PAT				
cod. 11987	Villa San Pietro	0,00	61.317,31	assistenza riabilitativa portatori handicap ex art. 26
Totale		0,00	61.317,31	
53.08.510.2 Assist. riabilitativa in Istituti convenzionati privati extra PAT				
cod. 799	I.N.A.I.L.	2.730,50	0,00	assistenza riabilitativa in istituti extra PAT ex art. 26
cod. 2368	Salus Center srl	81.068,25	77.120,41	
cod. 2371	Luce sul mare coop. Sociale a r.l.	258.420,00	251.860,00	
cod. 3193	Az. Ospedaliera di Padova	108,16	0,00	
cod. 3407	Villa Salus	10.299,62	10.565,43	
cod. 3409	Opera Don Guanella – Servi d.Carità	46.500,30	48.388,05	
cod. 3503	Ospizio Marino di Grado	21.442,11	19.035,87	
cod. 3555	Az. U.S.L. socio sanitaria	24.235,51	0,00	
cod. 4659	Istituto Don Calabria	16.366,94	4.178,12	
cod. 6090	Opera diocesana San Bernardo	3.830,54	18.582,35	
cod. 7329	Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	38.756,23	28.589,23	
cod. 12071	Lega del filo d'oro Onlus	2.760,00	0,00	
cod. 11932	Fondazione malattie rare	0,00	2.290,00	
cod. 12013	ULSS n. 5 Ovestvicentino	0,00	108,16	

Assistenza Sanitaria in Istituti Speciali Socio-Assistenziali	Importi fatturati 2008	Importi fatturati 2009	Tipologia prestazionale
cod. 13411 Florentia srl	12.951,81	30.039,05	assistenza riabilitativa in istituti extra PAT ex art. 26
cod. 13412 Congregazione Ancelle della Divina	11.125,95	0,00	
cod. 16766 Agape Madre dell'accoglienza scarl	14.701,43	0,00	
Accantonamenti	40.000,00	40.000,00	
Totale	585.297,35	530.756,67	

53.08.520.1 Assist. resid. e semiresid. ai tossicodipendenti in ist. priv. in PAT

cod. 1927 Assoc. Centro Antidroga Onlus	281.791,70	297.162,45	assistenza ai tossicodipendenti in strutture della provincia di Trento
cod. 2066 Centro Trentino di Solidarietà	914.682,50	926.787,40	
cod. 2747 Associazione Voce Amica Onlus	292.904,54	377.665,47	
Totale	1.489.378,74	1.601.615,32	

53.08.520.2 Assist. resid. e semiresid. ai tossicodipendenti in ist. priv. Extra PAT

cod. 2692 Comunità terapeutica L'Angolo	1.751,86	0,00	assistenza ai tossicodipendenti in strutture extraprovinciali
cod. 2958 Comunità Papa Giovanni XXIII	11.691,84	34.374,60	
cod. 3829 Comunità San Francesco Onlus	138.292,60	176.192,44	
cod. 4730 L.A.D.D. Onlus Comunità Terapeutica	0,00	1.810,80	
cod. 5506 Assoc. La Strada	64.087,80	117.904,00	
cod. 5958 Centro di solidarietà Don Lorenzo	33.693,18	109.784,33	
cod. 6345 Piccola Comunità	0,00	7.046,00	
cod. 6748 Il Pettirosso Scarl	0,00	2.353,85	
cod. 6996 DUMIA soc. coop. Sociale	134.586,52	232.346,33	
cod. 7826 La Genovesa Onlus	11.848,72	15.785,12	
cod. 8272 Caritas Diocesi Bolzano – Bressanone	89.028,08	81.954,18	
cod. 8305 Comunità Terapeutica S. Gaetano	21.088,00	7.089,00	
cod. 8966 Villa Renata	39.573,32	81.892,62	
cod. 8967 Airone Onlus	26.520,00	6.630,00	
cod. 9100 Coop.sociale Promozione Umana Onlus	64.881,53	28.012,00	
cod. 9747 Opera S. Maria della carità	0,00	11.904,05	
cod. 9928 Associazione La tenda di Cristo	19.324,80	19.272,00	
cod. 10578 Centro Vicentino di solidarietà	1.495,00	0,00	
cod. 10586 Comunità dei Giovani	74.705,60	134.368,80	
cod. 10586 Comunità Fraternità	7.348,39	0,00	
cod. 11576 Comunità Betania	13.656,32	4.715,25	
cod. 11578 Centro solidarietà Selene onlus	1.141,92	723,84	

Assistenza Sanitaria in Istituti Speciali Socio-Assistenziali	Importi fat- turati 2008	Importi fat turati 2009	Tipologia prestazionale
cod. 11578 Cooperativa di Bessimo Scarl	51.757,07	59.161,40	assistenza ai tossicodipendenti in strutture extraprovinciali
cod. 12404 Associazione di Volontariato Onlus	24.562,67	52.723,59	
cod. 12876 Olivotti Giuseppe s.c.a.r.l.	12.324,00	0,00	
cod. 13061 Coop. Sociale casa del	0,00	3.785,60	
cod. 13240 Fondazione nuovo villaggio	21.948,90	22.947,55	
cod. 13950 Associazione Murialdo	0,00	14.638,37	
cod. 14286 Centro Accoglienza La Rupe	0,00	2.092,85	
cod. 14333 Il Gabbiano	23.234,64	10.416,80	
cod. 14416 Cooperativa sociale terra – idee e	0,00	2.171,52	
cod. 14457 CEIS coop. Soc.le a r.l.	24.583,55	62.705,91	
cod. 14588 Centro Italiano di Solidarietà	40.753,00	9.261,00	
cod. 14589 Centro di solidarietà Don Guerrino	0,00	2.280,48	
cod. 15294 Cooperativa sociale CE.I.S. Verona	34.994,16	63.797,35	
cod. 16026 Associazione Comunità Regina Pacis	16.745,78	14.120,93	
cod. 16093 Ass. Amici per la liberazione	2.286,08	3.709,33	
cod. 16414 Gruppo Arco	2.103,70	0,00	
cod. 16836 CE.I.S. Comunità Onlus	10.808,64	0,00	
cod. 17733 Comunità Giovanile Onlus	0,00	18.480,00	
cod. 17951 L'Alternativa coop. Sociale	0,00	2.400,03	
cod. 18015 Arca Coop.sociale	0,00	5.385,60	
Accantonamenti e note di accredito incassate	0,00	-504,57	
Totale	1.020.817,67	1.423.732,95	

53.08.530.1 Assit. resid. e semiresid. ai disabili psichici in ist. priv. in PAT

cod. 1328 Comunità terapeutica Maso S. Pietro	1.367.854,60	729.227,80	assistenza semiresidenziale ai soggetti affetti da disabilità psichica
cod. 1927 Associazione Centro Antidroga Onlus	306.510,00	310.250,00	
cod. 2066 Centro Trentino di solidarietà	28.800,87	0,00	
cod. 3674 Mimosa	664.158,18	677.895,00	
cod. 10280 La panchina Onlus	200.506,08	240.326,30	
cod. 11987 Villa San Pietro	812.639,16	1.139.925,82	
cod. 14777 Associazione La tenda di Cristo (A.M.A.)	446.260,68	481.772,00	
cod. 17457 Fondazione Opera S. Camillo	0,00	720.772,20	
cod. 17951 L'Alternativa Coop. Soc.	0,00	2.400,03	
Totale	3.826.729,57	4.302.569,15	

Assistenza Sanitaria in Istituti Speciali Socio-Assistenziali	Importi fatturati 2008	Importi fatturati 2009	Tipologia prestazionale
--	------------------------	------------------------	-------------------------

53.08.540.1 Assist. resid. e semiresid. ai disabili psichici in ist. priv. extra PAT

cod. 2645 U.L.S.S. n. 2	26.931,72	30.359,91	assistenza semiresidenziale ai soggetti affetti da disabilità psichica
cod. 2958 Comunità Papa Giovanni XIII	11.691,75	12.337,00	
cod. 5506 Assoc. La Strada Onlus	4.231,60	6.854,00	
cod. 6239 Ist. Osped. Di Sospiro	41.763,73	41.266,72	
cod. 8094 Il Porto Onlus	2.169,75	0,00	
cod. 8305 Comunità terapeutica S. Gaetano	780,00	13.399,00	
cod. 8967 Airone coop.soc. a r.l. Onlus	40.965,60	52.145,60	
cod. 9100 Coop. Soc. Promozione Umana Onlus	9.715,35	8.104,57	
cod. 9747 Opera S. Maria della Carità	0,00	5.730,31	
cod. 10535 Centro attività s.c.a.r.l. Onlus	32.784,44	30.507,21	
cod. 10680 Comunità Fraternità	56.387,81	43.070,13	
cod. 10776 Linte Piccola coop.sociale a r.l.	6.600,04	0,00	
cod. 11833 Codess s.c.a.r.l.	48.036,78	37.632,43	
cod. 12662 Crest s.r.l.	18.929,05	13.421,43	
cod. 14043 Insieme si può – coop. soc.	0,00	42.993,07	
cod. 14333 Il Gabbiano soc. coop.sociale	4.434,14	35.792,66	
cod. 14457 CEIS soc. coop. Soc. a r.l.	22.483,76	20.834,79	
cod. 14588 Centro italiano di solidarietà	31.139,00	35.198,00	
cod. 14641 Il volo soc. coop.	38.501,27	0,00	
cod. 15585 Azienda sanitaria della provincia	1.818,62	20.962,24	
cod. 15913 USL n. 2 dell'Umbria	22.500,00	16.250,00	
cod. 16170 Tuga s.r.l.	61.956,00	0,00	
cod. 16671 Lilium soc. coop. A r.l.	82.424,16	119.574,00	
cod. 16766 Agape madre dell'accoglienza s.c.a.r.l.	0,00	33.678,22	
cod. 17606 Euro-Gesco srl	0,00	14.855,43	
cod. 17862 Gesco s.r.l. Residenza San Rocco	0,00	5.481,62	
cod. 18070 Un Segno di Pace Onlus	0,00	5.447,21	
cod. 18360 ASL Provincia di Lodi	0,00	115.069,81	
Accantonamento	20.000,00	20.000,00	
Totale	586.244,57	780.965,36	

53.08.540.1 Assist. resid. e semiresid. ai disabili fisici in ist. priv. In PAT

cod. 3366 Coop. Sociale Villa Maria	639.482,24	644.143,94	contributo spese sanitarie ad istituti socio assistenziali
Accantonamenti	148.000,00	148.000,00	
Totale	787.482,24	792.143,94	

Assistenza Sanitaria in Istituti Speciali Socio-Assistenziali	Importi fat- turati 2008	Importi fat turati 2009	Tipologia prestazionale
--	-----------------------------	----------------------------	-------------------------

53.08.550.1 Assist. riabilitativa ambul. e domiciliare ex art. 26 c. 1 L.833/78 in ist. priv. in PAT

cod. 11987 Villa San. Pietro	0,00	74.774,93	assistenza riabilitativa portatori handicap ex art. 26
cod. 16346 A.P.S.P. Beato de Tschiderer	102.603,12	112.258,75	
Totale	102.603,12	187.033,68	

53.08.550.2 Assist. riabilitativa ambul. e domiciliare ex art. 26 c. 1 L.833/78 in ist. priv. extra PAT

cod. 1631 CEPIM – centro italiano down Onlus	244,20	82,70	riabilitazione ambulatoriale o semiresidenziale, compresi i day hospital
cod. 3429 Associazione La nostra famiglia	169,62	0,00	
cod. 3503 Ospizio marino di Grado	0,00	1.640,38	
cod. 10453 Ist. Sacra Famiglia fondazione	497,98	740,00	
cod. 11932 Fondazione Malattie Rare Mauro	5.533,20	0,00	
Totale	6.445,00	2.463,08	

53.08.580.1 Assist. ambulatoriale e domiciliare ai disabili fisici in ist. priv. in PAT

cod. 1216 Associazione Trentina Sclerosi Multipla	219.670,30	267.649,80	riabilitazione ambulatoriale e domiciliare ai soggetti disabili fisici
cod. 6008 I.RI.FO.R. sezione provinciale TN	0,00	1.849,50	
cod. 16346 A.P.S.P. Beato de Tschiderer	0,00	20.034,45	
Totale	219.670,30	289.533,75	

53.08.580.2 Assist. ambulatoriale e domiciliare ai disabili fisici in ist. priv. extra PAT

cod. 3429 Associazione La Nostra Famiglia	0,00	94,30	assistenza ambulatoriale e domiciliare ai disabili fisici, compresi i traumatizzati crani- nici
cod. 4659 Istituto Don Calabria	0,00	429,62	
cod. 6090 Opera diocesana San Bernardo	6.615,31	1.422,81	
cod. 10453 Istituto Sacra Famiglia fondazione	213,42	0,00	
cod. 16810 San.Stef. a r.l.	2.141,60	0,00	
Totale	8.970,33	1.946,73	

53.08.700.0 Attività di hospice in strutture pubbliche

cod. 2645 U.L.S.S. n. 2	35.813,13	63.239,95	accoglienza soggetto SSP in hospice fuori PAT
Totale	35.813,13	63.239,95	

53.08.920.0 Fornitura in convenz. di presidi sanitari ad Ist. speciali e socio-assistenziali

cod. 3366 Coop. Sociale Villa Maria	23.622,99	24.674,00	contributo spese sanitarie ad istituti socio assistenziali
cod. 16526 A.P.S.P. Don Ziglio	0,00	45.077,50	
Accantonamenti	44.004,00	0,00	
Totale	67.626,99	69.751,50	

TOTALE ASSISTENZA SPECIALISTICA	11.312.924,02	12.832.346,20	
--	----------------------	----------------------	--

nere economie di scala negli acquisti. Nella fase di realizzazione del piano investimenti nel corso del 2009 il SIC ha redatto 373 relazioni tecniche che hanno determinato acquisti di attrezzature sanitarie per un valore pari a circa 8,2 milioni di euro (nel 2008, 394 relazioni tecniche che hanno determinato acquisti di attrezzature sanitarie per un valore pari a circa 7,9 ml di euro). L'andamento temporale delle procedure di acquisto è monitorato per mezzo di un archivio informatizzato, con trasmissione trimestrale dello stato di avanzamento al controllo di gestione. Prendendo come riferimento le somme disponibili in conto capitale, il piano investimenti 2007 completato al 97%, il piano 2008 completato al 91% e il piano 2009 completato al 26%. Nella stesura delle relazioni di comparazione tecnica, ove possibile, sono state utilizzate informazioni pubblicate da organismi internazionali, in modo particolare le pubblicazioni dell'ECRI, e per le tecnologie più importanti sono state adottate metodologie di valutazione basate su criteri di HTA.

Le gare di acquisto con formula di service o di noleggio sono istruite dal Servizio approvvigionamenti secondo un calendario che tiene conto delle scadenze dei contratti in atto; il SIC partecipa, ove necessario, alla stesura dei capitolati tecnici e alle successive commissioni di valutazione.

Le donazioni destinate all'acquisto di attrezzature sanitarie sono state valutate dal SIC per verificarne la congruità con le linee aziendali e con il parco macchine esistente; il parere positivo o negativo è stato trasmesso al Servizio logistica per il completamento delle pratiche di accettazione delle donazioni.

- *Gestione della fase di installazione delle attrezzature (inventario, montaggio, collaudo, documentazione di corredo):* la procedura di collaudo delle attrezzature sanitarie, effettuata dai tecnici del SIC, prevede il controllo di congruità fra quanto ordinato e quanto consegnato dalle ditte fornitrici, la verifica della documentazione e delle certificazioni previste dalle normative, l'esecuzione di controlli visivi e strumentali, l'inserimento dei dati nell'inventario dei cespiti e nell'archivio informatizzato del SIC, il rilascio della lettera di collaudo ai servizi interessati (approvvigionamenti, logistica, direzioni ospedale, UU.OO.). Per le installazioni di grandi apparecchiature è stata intensificata la collaborazione con il SIST e con il SSI per le procedure relative alle installazioni di grandi apparecchiature che implicano la predisposizione di lavori, impianti e collegamenti informatici. In particolare sono stati installati un sistema TAC 64 strati presso la radiologia dell'ospedale di Rovereto, un sistema TAC 16 strati presso la radiologia dell'ospedale di Cles, n. 3 sistemi radiologici digitali (radiologie Cavalese, Borgo, Cles), n. 3 sistemi per CR per il centro senologico di Trento e di Rovereto, l'aggiornamento tecnologico del sistema informatizzato gestione ECG della cardiologia di Trento, l'aggiornamento tecnologico di n. 3 acceleratori lineari della radioterapia di Trento, n. 1 portatile per radioscopia per la cardiologia di Trento, n. 2 portatili per radiografia con CR integrata per gli ambulatori di primo intervento di Madonna Campiglio e Pozza di Fassa, n.

2 ecotomografi per radiologia di Trento e chirurgia vascolare di Rovereto. Nella Tabella 5.31 è riportata la distribuzione dei collaudi nei vari ospedali/distretti dell'APSS: complessivamente sono state eseguite 1.565 procedure di collaudo su nuove apparecchiature. Per quanto riguarda i tempi, tutte le procedure di collaudo sono state contenute entro un periodo di 10-20 giorni dalla consegna in funzione dell'attrezzatura, con una media di 15 giorni;

- *Gestione operativa di tutte le attrezzature sanitarie, a qualsiasi titolo acquisite:* il parco delle attrezzature sanitarie in esercizio nelle varie strutture dell'APSS risulta molto ampio: complessivamente le attrezzature presenti sono circa 18.989 per un valore di acquisto pari a oltre 146 milioni di Euro. La distribuzione per ospedali/distretti è riassunta nella Tabella 5.27.

Dal 2007 tutto il personale del SIC utilizza una *nuova procedura informatica (CLINGO) per la gestione operativa delle attrezzature*, collegata con l'archivio dei cespiti e funzionante in modalità web su intranet. Dal 2008 è entrata in

TAB. 5.27 Attrezzature installate in ospedali e distretti – Anni 2008-2009

Ospedali / Distretti	valore acquisto migliaia di euro	% acquisto	numero at- trezzature	peso %
2008				
Ospedale di Trento e Distretto Valle dell'Adige	77.441	56,1	8.187	46,3
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	25.530	18,5	3.389	19,2
Distretti Fiemme e Fassa	5.905	4,3	656	3,7
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	5.033	3,6	714	4,0
Distretto Alta Valsugana	2.099	1,5	581	3,3
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	6.837	4,9	992	5,6
Distretto Giudicarie	5.083	3,7	715	4,0
Distr. Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	10.221	7,4	2.463	13,9
Totale	138.149	100,0	17.697	100,0
2009				
Ospedale di Trento e Distretto Valle dell'Adige	80.008	54,6	8.647	45,5
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	26.915	18,4	3.536	18,6
Distretti Fiemme e Fassa	6.437	4,4	688	3,6
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	5.664	3,9	789	4,2
Distretto Alta Valsugana	2.333	1,6	627	3,3
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	8.196	5,6	1.071	5,6
Distretto Giudicarie	5.391	3,7	7725	4,1
Distr. Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	11.459	7,8	2.859	15,1
Totale	146.403	100,0	18.989	100,0

esercizio la *gestione informatizzata delle riparazioni* (richieste interventi, attività interne dei tecnici, spedizioni alle ditte per riparazione, chiamate ditte esterne, ecc.) in modo da documentare tutte le attività svolte sulle singole attrezzature.

La gestione operativa delle attrezzature è suddivisa nelle seguenti attività:

- *controlli per la sicurezza*: una fase importante del processo complessivo di gestione delle attrezzature è quella delle verifiche di sicurezza elettrica. Secondo un programma iniziato nel 2000, sono continuate le verifiche nelle varie strutture aziendali e sono state eseguite le verifiche di sicurezza secondo quanto prescritto dalle norme e dalle guide CEI per le apparecchiature elettromedicali. Complessivamente i controlli effettuati nel 2009 dal personale interno sono risultati pari a 3.988, suddivisi per i vari ospedali/distretti come riportato nella Tabella 5.28;
- *controlli per la qualità e la funzionalità*: sono proseguite, secondo un calendario prestabilito, le verifiche di qualità e funzionalità su alcune tipologie particolari di apparecchiature quali defibrillatori, elettrobisturi, incubatrici neonatali, apparecchi anestesia, apparecchiature di fisioterapia (ultrasuoni, elettroterapie e laser terapeutici) e sono state effettuate le relative misurazioni sulle apparecchiature in uso presso le varie UU.OO. Questi controlli sono stati effettuati secondo protocolli interni, che seguono quanto prescritto dalle norme CEI particolari per le specifiche categorie, dal personale tecnico del SIC. Per altre tipologie di attrezzature i controlli di funzionalità sono stati affidati in appalto a ditte esterne, secondo protocolli definiti dalle normative e concordati in fase di gara di appalto. Di particolare rilevanza per la sicurezza dei pazienti sono i controlli per le convalide annuali sulle autoclavi per la sterilizzazione a vapore, sulle termosaldatrici e sulle apparecchiature lavaferri in esercizio in tutti i servizi di sterilizzazione dell'APSS: i risultati delle

TAB. 5.28 Numero dei controlli di sicurezza elettrica – Anni 2007-2009

OSPEDALI E DISTRETTI	2007	2008	2009
Ospedale di Trento e Distretto Valle Dell'adige	1.305	1.465	1.215
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	450	829	846
Distretti Fiemme e Fassa	153	95	217
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	145	127	249
Distretto Alta Valsugana	68	58	57
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	196	189	493
Distretto Giudicarie	141	187	389
Distretto Alto Garda (compresi Presidi Respiratori Domiciliari)	665	636	522
Totale	3.123	3.586	3.988

TAB. 5.29 Numero dei controlli di qualità e funzionalità – Anni 2007-2009

CATEGORIE ATTREZZATURE SANITARIE	2007	2008	2009
Defibrillatori	169	84	156
Elettrobisturi	52	48	65
Incubatrici neonatali	32	30	25
Apparecchi anestesia	17	17	47
Autoclavi (*)	51	51	51
Termosaldatrice sterilizzazioni (*)	41	41	41
Lavaferri (*)	15	17	17
Cappe chimiche e biologiche (*)	65	63	65
Totale	442	351	467
Sistemi radiologici fatti dal Servizio fisica sanitaria	tutti	tutti	tutti
Telecontrollo temperatura (frigoriferi, congelatori, incubatori, ecc.)	—	200	280

(*)controlli effettuati in appalto con ditte esterne

convalide vengono distribuiti ai servizi interessati su supporto elettronico e memorizzate nell'archivio informatizzato di gestione. Per quanto riguarda la sicurezza dei lavoratori vengono effettuati, sempre in appalto, i controlli semestrali sulle cappe chimiche e biologiche in esercizio nelle varie UU.00. dell'APSS. Le verifiche di qualità e le verifiche proteximetriche su tutti i sistemi radiologici sono state eseguite dal Servizio di fisica sanitaria. Nella Tabella 5.29 sono riassunti numericamente i controlli effettuati nel 2009;

- *manutenzione programmata*: la gestione della manutenzione delle attrezzature viene garantita attraverso contratti di manutenzione, quasi tutti di tipo full-risk, sottoscritti direttamente con le singole ditte produttrici. Nei contratti sono inserite tutte le apparecchiature più complesse e tutte le apparecchiature considerate critiche per la sicurezza del paziente: pertanto gli interventi di manutenzione programmata avvengono secondo quanto previsto dai protocolli dei singoli produttori, mentre gli interventi di manutenzione correttiva, ordinaria o straordinaria, avvengono su chiamata con tempi di risposta concordati in fase di sottoscrizione del contratto. Nel corso dell'anno il SIC effettua un monitoraggio continuo degli interventi di manutenzione preventiva e di manutenzione correttiva previsti dai contratti in essere con le ditte esterne: in caso di difformità vengono effettuate segnalazioni, sia telefoniche sia scritte, dei disservizi nei tempi di intervento dei tecnici delle ditte manutentrici, con eventuale richiesta alla ditta esterna di penali per la mancata rimessa in funzione dell'apparecchiatura entro i termini massimi previsti dal contratto. Per migliorare il controllo sugli interventi delle ditte esterne, dal mese di aprile 2009 è stato sottoscritto un contratto con una

ditta esterna (CONTROLSAT ELLF) che svolge un'azione di monitoraggio continuo sulle chiamate effettuate sui sistemi elettromedicali ad alta tecnologia (TAC, RM, radiologie digitali, acceleratori lineari, emodinamiche) per verificare la rispondenza alle clausole contrattuali da parte delle ditte fornitrici dell'assistenza tecnica: sono state monitorate circa 200 chiamate di manutenzione correttiva e 150 interventi di manutenzione programmata. Negli ultimi mesi dell'anno sono state effettuate le gare per il rinnovo dei contratti di manutenzione per il triennio 2010-2012 delle apparecchiature elettromedicali. Complessivamente sono stati sottoscritti 99 contratti con ditte esterne, per un valore complessivo di circa 8,3 milioni di euro (IVA compresa) per l'anno 2010; le attrezzature inserite nei contratti complessivamente sono pari a 2.977. Durante l'anno sono state sospese dai contratti le varie apparecchiature dimesse o sostituite;

- *manutenzione ordinaria e straordinaria*: per tutte le attrezzature sanitarie che non sono inserite nei contratti di manutenzione gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria vengono eseguiti dal personale tecnico del SIC e tracciati attraverso la procedura CLINGO: a seguito della valutazione del livello di guasto la riparazione viene effettuata direttamente nei reparti o nei laboratori del SIC (Trento, Rovereto, Arco e Pergine) oppure viene chiesto l'intervento della ditta esterna in regime di economia. Per le piccole apparecchiature si procede alla spedizione ai centri di riparazione autorizzati. Nell'ambito della manutenzione ordinaria presso la sede del SIC di Trento viene gestito un magazzino di pezzi di ricambio e di accessori per effettuare gli interventi manutentivi di primo livello. Come evidenziato nella Tabella 5.30, le attività interne, svolte dal personale del SIC, hanno

TAB. 5.30 Manutenzione: sedi e attività del SIC – Anno 2009

SEDI del S.I.C.	N. Richieste	Peso in %
UFFICIO DI TRENTO	1.755	60
UFFICIO DI ROVERETO	709	24
UFFICIO DI ARCO	251	9
UFFICIO DI PERGINE	191	7
TOTALE	2.906	

Tipologia attività interne:		
RIPARAZIONI	325	11
CHIAMATE DITTE ESTERNE (CONTRATTI + ECONOMIE)	1.672	58
RICHIESTE PREVENTIVI	145	5
SPEDIZIONI APPARECCHI PER RIPARAZIONE	764	26
TOTALE	2.906	

- visto complessivamente l'apertura di 2.906 richieste di intervento da parte dei vari reparti dell'APSS;
- *pratiche di fuori uso*: le motivazioni per l'avvio delle pratiche di fuori uso delle attrezzature sono diverse: sostituzione con una nuova attrezzatura, non rispondenza alle normative di sicurezza emersa durante i controlli periodici, riparazioni non possibili o non convenienti economicamente, obsolescenza tecnologica, non adeguatezza alle esigenze cliniche. In ogni caso, dopo una valutazione tecnica e funzionale, viene effettuata da parte del SIC una comunicazione al Servizio Logistica per la richiesta di fuori uso, con conseguente cancellazione dall'inventario. Se l'attrezzatura è inserita in un contratto di manutenzione viene fatta comunicazione alla ditta per la sospensione del canone. Il Servizio Logistica provvede a immagazzinare le attrezzature ancora utilizzabili per eventuali cessioni alle associazioni no-profit e a smaltire le altre attrezzature. Nel corso del 2009 sono state eseguite 694 pratiche di fuori uso (Tabella 5.31);
 - ▶ *Messa a disposizione le informazioni necessarie agli utilizzatori (manuali d'uso, elenchi apparecchiature, alert, normative)*: nel corso del 2009 è proseguito l'impegno per migliorare il contenuto informativo del sito intranet del Servizio di ingegneria clinica; in particolare, sono stati inseriti numerosi manuali d'uso delle apparecchiature elettromedicali permettendone la visualizzazione direttamente via intranet. Per quanto riguarda la manutenzione, sono pubblicati tutti gli elenchi delle apparecchiature inserite nei contratti suddivisi per ospedali/distretti e singole UU.OO., completi di tutte le informazioni relative al calendario delle visite di manutenzione preventiva, alle condizioni contrattuali (tempi intervento, numeri di riferimento, ecc.). Le segnalazioni sulla sicurezza delle attrezzature provenienti dai produttori o eventuali segna-

TAB. 5.31 Numero dei collaudi e dei fuori uso – Anni 2007-2009

OSPEDALI E DISTRETTI	COLLAUDI			FUORI USO		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Ospedale di Trento e Distretto Valle Dell'adige	1.152	1.034	703	726	537	400
Ospedale di Rovereto e Distretto Vallagarina	284	302	195	243	201	72
Distretti Fiemme e Fassa	93	64	59	24	45	43
Distretti Bassa Valsugana e Primiero	94	62	69	59	61	29
Distretto Alta Valsugana	54	47	30	30	41	13
Distretti Valle di Non e Valle di Sole	272	134	89	22	78	51
Distretto Giudicarie	117	77	71	38	19	32
Distretto Alto Garda (compresi presidi respiratori domiciliari)	384	427	3497	102	64	54
Totale	2.450	2.147	1.565	1.244	1.046	694

lazioni ritenute importanti provenienti da vari enti nazionali e internazionali sono state comunicate direttamente ai direttori delle UU.00. che utilizzano le apparecchiature oggetto delle segnalazioni.

GESTIONE DI ATTREZZATURE E MATERIALI NON SANITARI

La finalità del processo consiste nella gestione unitaria e integrata unitaria tutte le attività aziendali che consentono di mettere a disposizione delle strutture aziendali i materiali di consumo necessari allo svolgimento delle attività istituzionali (esclusi farmaci, dispositivi medici e prodotti dietetici) e permette di gestire in modo integrato le attività connesse al ciclo di vita delle attrezzature non sanitarie (escluse le attrezzature connesse al processo "gestione dell'informazione").

L'attività logistica in ambito aziendale è gestita attraverso il Servizio gestione alberghiera e logistica con le strutture di magazzino, di deposito e di archivio centrali e da tutti i magazzini presenti in ogni struttura aziendale. L'attività di approvvigionamento è assicurata dal Servizio approvvigionamenti con l'organizzazione centrale e da tutti gli uffici presenti presso le direzioni di amministrazione di ogni ospedale/distretto.

A seconda della tipologia i Servizi approvvigionamenti e gestione alberghiera e logistica curano la raccolta dei fabbisogni di beni sia di consumo che a utilità ripetuta (sia per nuova dotazione che per sostituzione). Sulla base delle richieste pervenute annualmente viene stilato un *piano di acquisti beni e servizi* programmando l'attività istruttoria che, propedeutica all'acquisto, coinvolge trasversalmente numerose figure professionali a seconda della tipologia di bene da acquistare (UO richiedenti, Servizio protezione aziendale, direzioni di distretto/ospedale). La fase d'acquisto prosegue con l'esperimento della gara e si conclude con l'emissione dell'ordine al fornitore e la consegna del bene alle strutture aziendali.

In ordine ai *beni di consumo non sanitari* si rileva, nel 2009, una movimentazione complessiva di circa 8.000 (nel 2008=5.000) beni economici – gestiti dai magazzini sul territorio che, assieme ai depositi di farmacia, formano un unico trasparente magazzino informatizzato – e distribuiti a tutti i richiedenti sia interni che esterni autorizzati, quali le RSA. I beni non sanitari sono stati messi a disposizione direttamente a tutte UU.00./Servizi secondo le richieste giornalmente inoltrate sia in modo telematico che cartaceo. Nel corso del 2009 non sono state rilevate contestazioni in merito a ritardi o disguidi relativi alle consegne agli utilizzatori. Al 31.12.2009 è stata contabilizzata una rimanenza di n. 7.547 differenti articoli non sanitari pari a un valore, calcolato al costo medio ponderato, di € 1.228.635,25 (nel 2008, n. 4.787 differenti articoli non sanitari pari a un valore, calcolato al costo medio ponderato, di € 1.514.489,86). I beni non sanitari presentano la caratteristica di forte variabilità e numerosità a fronte di basso valore economico incidendo sul totale delle rimanenze per più del 53% in quantità e solo per il 10% del valore.

Dal punto di vista contabile in questi ultimi anni si è rilevato un graduale miglioramento dell'indice generale di rotazione delle scorte il quale è passato dal 4,37 del 2005 al 4,66 del 2006, al 5,42 del 2007 per stabilizzarsi al 5,40 del 2008 e stabilizzarsi nel 2009, riscontrando di conseguenza, un costante tempo medio di permanenza delle merci quantificato in 67,57 giorni.

Assieme alla ditta che gestisce il software di magazzino si è sperimentare nel corso del 2009 la gestione dei prodotti utilizzando il codice a barre. Nell'autunno 2009 sono state organizzate due edizioni di un corso di aggiornamento (di 11 ore cadauna) dal titolo "*Processo di acquisizione beni e servizi*" che hanno coinvolto 64 operatori di economato/magazzino. Il corso è stato apprezzato e ne è stata richiesta una terza edizione per 2010 in modo da consentire la partecipazione a tutti gli operatori del settore. L'ufficio gestione merci oltre a svolgere l'attività istituzionale di controllo ed effettuazione di tutte le attività connesse alla gestione delle merci, effettua un costante monitoraggio di tutta l'attività di gestione delle merci offrendo a tutte le strutture una sorta help desk per la risoluzione delle problematiche che, in una struttura così complessa, giornalmente si presentano.

I *beni durevoli* acquisiti dall'APSS dopo essere stati collaudati dai fornitori sono inseriti nel *libro cespiti aziendale* a cura del Servizio gestione alberghiera e logistica. La gestione operativa dei beni è affidata alle UU.OO. assegnatarie, mentre le attività di controllo ed eventuale movimentazione sul libro cespiti è affidata al referente locale di inventario.

In merito al *parco automezzi* vanno sottolineati la costante attività dell'APSS tesa a individuare forme di mobilità a bassa impatto ambientale, il graduale rinnovamento con l'acquisto di 20 automezzi (di cui 14 a metano) e la cura diretta da parte del Servizio gestione alberghiera e logistica della manutenzione (attraverso un contratto di fleet management assegnato alla ditta Car Server).

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari è tenuta al rispetto degli *obblighi in materia di archivi* e, attenendosi alle direttive impartite dalla Giunta provinciale, deve, in particolare:

- ▶ provvedere alla conservazione e all'ordinamento dei propri archivi e alla loro inventariazione;
- ▶ procedere ai dovuti scarti di documenti previa autorizzazione del Dirigente della Soprintendenza dei beni librari e archivistici della Provincia autonoma di Trento.

La funzione è assicurata da una archivista e da un nucleo di persone dedicate la cui attività è regolamentata dal *manuale di gestione degli archivi e dal documento programmatico sulla sicurezza*. Al fine di adempiere alle prescrizioni inerenti alla sicurezza dei dati, è stata rafforzata l'attività di trasferimento di documentazione in archivi di deposito appositamente individuati e autorizzati ^[80].

^[80] Archivi ospedale di Trento e Distretto di Trento (siti a Spini di Gardolo) e *archivio robotizzato* (situato nelle vicinanze della sede centrale APSS) *adibito alla custodia di tutta la documentazione a conservazione illimitata*.

GESTIONE DEI MATERIALI SANITARI

La finalità del processo è quella di gestire in maniera unitaria tutte le attività aziendali che consentono di mettere a disposizione delle parti interessate dell'APSS (cittadini, operatori, strutture accreditate, altri) farmaci, dispositivi medici e prodotti dietetici sicuri, efficaci e appropriati.

Il processo si suddivide nei seguenti sottoprocessi.

- ▶ *Monitoraggio dei consumi e controllo dell'appropriatezza:*
 - *Assistenza farmaceutica sul territorio:* al fine di monitorare e qualificare l'assistenza farmaceutica sul territorio, APSS ha fornito ai medici convenzionati report trimestrali sulle prescrizioni rilasciate nel periodo, con confronti temporali e con le medie distrettuali e provinciali. Quali indicatori principali sono stati utilizzati il numero di dosi definite giornaliere (DDD) e la spesa, rapportati alla popolazione pesata del singolo medico. Inoltre, sono state effettuate specifiche verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, segnatamente sulla presenza e sulla corretta compilazione del piano terapeutico specialistico quale condizione necessaria per la prescrizione a carico del SSN di molti medicinali. APSS ha gestito, e diffuso fra gli operatori interessati, l'aggiornamento mensile delle liste di trasparenza, che fissano a livello regionale il prezzo massimo di rimborso alle farmacie delle confezioni di medicinali equivalenti. Inoltre, a seguito di recenti, importanti scadenze brevettuali, sono state fornite da APSS raccomandazioni a tutti i medici dipendenti e convenzionati affinché prescrivano, nell'ambito delle terapie con farmaci antiulcera, antipertensivi e ipolipemizzanti, i medicinali equivalenti dotati di un migliore rapporto costo/beneficio. Tramite l'assistenza farmaceutica convenzionata, nel 2009 sono state erogate sul territorio della provincia di Trento 802 dosi giornaliere definite di farmaci (DDD) ogni 1000 abitanti/die (+2,8% rispetto al 2008), cui vanno aggiunte 13,7 DDD/1000 ab./die di farmaci per la continuità ospedale-territorio erogati in confezione ospedaliera tramite accordi con le farmacie convenzionate (+23% rispetto al 2007) e 1,5 DDD/1000 ab./die erogati in dimissione dal ricovero tramite le farmacie ospedaliere. A livello nazionale, l'OsMed ha reso disponibile solo il dato relativo al periodo gennaio-settembre. Il valore medio nazionale registrato è di 923 DDD/1000 ab./die (nel 2008=931). La differenza (-13,6%) fra i volumi prescrittivi rilevati in Provincia autonoma di Trento e quelli nazionali non corrisponde a un basso livello di copertura dei fabbisogni terapeutici della popolazione da parte del Servizio sanitario provinciale. La spesa farmaceutica privata pro-capite (classe C + automedicazione) dei cittadini trentini, infatti, è in linea con i valori registrati nelle regioni limitrofe. Il consumo di medicinali a carico del SSN è aumentato principalmente per i farmaci ipolipemizzanti, antitrombotici, antipertensivi, gastroprotettori e antidiabetici. La spesa netta pro-capite,

- calcolata sulla popolazione pesata per età e sesso, è di 135 € (-3,8% rispetto al 2008), un valore molto inferiore alla media nazionale (189 €, dato Agenas). Ciò riflette sia un basso livello di consumi che una minore tendenza allo spostamento delle prescrizioni verso farmaci più costosi (c.d. effetto mix positivo) e non necessariamente innovativi. Le dosi di farmaci liberi da brevetto prescritte a carico del SSP sono state il 50% del totale (nel 2008=46). Si rammenta che la perdita della copertura brevettuale determina una riduzione di almeno il 20% del costo del medicinale per il SSP. Le dosi di farmaci unbranded (cioè commercializzati con il nome del principio attivo) sono state il 18% sul totale delle dosi rimborsate (nel 2008=16). Tali dati collocano la Provincia autonoma di Trento al primo posto fra le regioni italiane per consumo di medicinali equivalenti;
- *Assistenza farmaceutica ospedaliera*: particolare attenzione è stata riservata ai nuovi farmaci oncologici targeted, secondo le indicazioni fornite dall'Agenzia italiana del farmaco. Le nuove modalità di prescrizione e dispensazione, che prevedono la costituzione di un registro dei pazienti trattati, hanno come obiettivo il monitoraggio dell'uso appropriato di tali farmaci, anche al fine di produrre dati sul loro impiego nella pratica clinica che potranno essere utili a integrare le limitate conoscenze emerse dalle sperimentazioni condotte a fini registrativi. Inoltre, specifici progetti di monitoraggio del consumo ospedaliero di medicinali sono stati attivati dalla Commissione per il prontuario ospedaliero, a seguito dell'inserimento nel prontuario di farmaci riservati a particolari categorie di pazienti o dotati di un rapporto costo/efficacia in via di definizione. Anche l'erogazione in dimissione di farmaci per la continuità ospedale-territorio, particolarmente rilevante per talune categorie di pazienti sottoposti a follow up ravvicinato (dializzati, oncologici, trapiantati ecc.), è stata oggetto nel 2009 di monitoraggio quali-quantitativo volto a valutare l'appropriatezza dei piani terapeutici rilasciati ai pazienti da parte dei medici specialisti. La spesa farmaceutica sostenuta dall'azienda sanitaria nel 2009 è cresciuta su base annua del 15,4%, attestandosi su un valore di poco inferiore a 36 milioni di euro: di questi, 23,5 ml (+5,2%) sono relativi a consumi ospedalieri veri e propri e 9,8 ml (+58%) alla distribuzione diretta di medicinali per l'utilizzo a domicilio. In entrambi i casi, sono i farmaci antineoplastici e immunomodulatori a determinare sia la quota maggiore di spesa che la più elevata tendenza alla crescita. Alle RSA e agli istituti di ricovero sono stati forniti farmaci per un valore di 1,7 ml di euro (+7,3%).
 - *Farmacovigilanza*: presso il Servizio farmaceutico aziendale (dove opera il referente aziendale per la farmacovigilanza) è proseguita la raccolta, il trattamento e l'invio delle segnalazioni degli eventi avversi da farmaci secondo la normativa vigente. Inoltre, sono state inviate agli operatori sanitari numerose comunicazioni riguardanti la sicurezza dei medicinali ed

è stata predisposta la “Relazione annuale sull’andamento dell’attività di segnalazione spontanea delle reazioni avverse da farmaci”. È attivo anche un flusso informativo aziendale per la vigilanza sui dispositivi medici, tramite il quale sono stati segnalati gli incidenti o mancati incidenti. È stato inoltre garantito, previa verifica delle strutture aziendali interessate, il necessario flusso informativo riguardante i warning sui medicinali e sui DM provenienti dalle istituzioni (AIFA, Ministero della salute ecc.) o dalle ditte produttrici. Nel 2009 sono state raccolte e trattate le informazioni provenienti da 152 segnalazioni di reazioni avverse da farmaci (nel 2008=143), corrispondenti a un tasso di circa 29,2 segnalazioni ogni 100.000 abitanti (nel 2008=28). Tale dato è in crescita rispetto agli anni precedenti e la Provincia autonoma di Trento è ancora oggi una delle regioni con il tasso di segnalazione più elevato, prossimo al valore fissato dall’OMS come indice di elevata qualità dei sistemi di raccolta dati sulle reazioni avverse da farmaci (30 segnalazioni/100.000 abitanti);

- ▶ *Approvvigionamento, logistica e fornitura di dispositivi medici:*
 - *Distribuzione diretta di farmaci (per conto di APSS e in dimissione):* nel 2009 è stato rinnovato l’accordo triennale con le farmacie convenzionate e la distribuzione intermedia per la fornitura diretta di confezioni del PHT (prontuario ospedale-territorio) di proprietà di APSS (c.d. distribuzione per conto). Il nuovo accordo prevede una modalità di retribuzione del servizio più favorevole al SSP, basata sulla corresponsione di un onorario fisso per confezione erogata. Inoltre, è stata implementata la distribuzione di medicinali ai pazienti in dimissione o a seguito di visita specialistica tramite le strutture APSS. Nel complesso, l’attività di distribuzione diretta ha prodotto un consistente risparmio per il Servizio sanitario provinciale, consentendo agli assistiti un agevole e corretto accesso alla prestazione farmaceutica specialistica. Lo stesso approccio è stato seguito nell’erogazione di farmaci H/OSP agli assistiti per uso domiciliare;
 - *Assistenza farmaceutica ospedaliera:* il pubblico incanto per la fornitura di prodotti farmaceutici occorrenti al fabbisogno di tutte le strutture dell’APSS si è svolto nel 2007, con valenza biennale. Nel 2009 è stato rinnovato per un ulteriore biennio;
 - *Assistenza integrativa:* l’assistenza integrativa erogata direttamente tramite le farmacie convenzionate riguarda: presidi per incontinenza ad assorbimento (pannolini, traverse) e a raccolta (cateteri, raccoglitori per urina, stomie), medicazioni per decubiti, dispositivi per diabetici, prodotti dietetici destinati a un’alimentazione particolare (per pazienti celiaci o affetti da malattie metaboliche, latte per neonati da madri HIV-positivo), materiale di medicazione. Anche nel 2009, questa forma di assistenza è stata assicurata ai cittadini tramite la convenzione fra APSS e farmacie sul territorio. Inoltre, sono state previste nuove modalità per la fornitura

- diretta di medicazioni avanzate per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee nei pazienti in cura presso i servizi cure domiciliari;
- ▶ *Informazione sull'uso appropriato dei farmaci e materiali sanitari:* per quanto riguarda l'informazione sui medicinali destinata agli operatori, fra gli strumenti utilizzati nel 2009 si segnala: l'abbonamento gratuito per 1.300 medici alla rivista Informazioni sui farmaci, una delle tre riviste italiane iscritte all'associazione internazionale dei bollettini indipendenti sui farmaci; la distribuzione ai prescrittori di 3 numeri/anno della rivista Farma.tn, redatta da farmacisti dell'APSS in collaborazione con medici specialisti e di medicina generale allo scopo di integrare l'informazione in tema di medicinali con contenuti e dati di carattere locale; la distribuzione del bollettino di farmaco-vigilanza Focus, alla cui redazione collaborano farmacisti dell'APSS; la fornitura ai medici convenzionati di dettagliati report trimestrali sulla propria attività prescrittiva, comprensivi del confronto con le medie distrettuali e provinciali; la redazione/distribuzione del Rapporto annuale sull'uso dei farmaci in Trentino. Nell'ambito delle attività di formazione continua del personale dipendente e convenzionato con APSS, su proposta del Servizio farmaceutico, nel 2009 è stato rieditato il seminario denominato "La rete di farmacovigilanza – La segnalazione di reazioni avverse come strumento per la tutela della salute pubblica" destinato a medici, infermieri e farmacisti. Inoltre, fra le attività previste nell'ambito dell'obiettivo specifico assegnato dalla PAT (n. 6c/2009) sono state progettate ed erogate due edizioni del corso residenziale "Lo specialista e la prescrizione SSN, tra obblighi normativi e aspettative del cittadino" rivolto agli specialisti dipendenti e convenzionati con APSS;
 - ▶ *Governo della domanda di farmaci e materiali sanitari:*
 - *Assistenza farmaceutica ospedaliera:* la fornitura di medicinali all'interno delle strutture aziendali avviene sulla base di un prontuario terapeutico ospedaliero (PT), unico per tutto il territorio dell'APSS. Gli aggiornamenti del PT sono stati approvati mediante deliberazioni del Direttore cura e riabilitazione. Nel 2009 è stato inoltre garantito l'aggiornamento dello specifico prontuario terapeutico a uso delle residenze sanitarie assistenziali. Nel 2009 sono stati valutati, ai fini del loro inserimento nel prontuario terapeutico ospedaliero, 20 nuovi principi attivi in gran parte destinati all'utilizzo in oncologia e oncoematologia: di questi, 16 sono stati inseriti e 4 non inseriti. In alcuni casi l'inserimento è stato accompagnato da una limitazione dell'impiego a determinate indicazioni terapeutiche, finalizzata al monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica.
 - *Dispositivi medici:* dal 2003 ha avuto inizio una strategia di governo della domanda di DM proveniente dai vari centri di responsabilità a opera del gruppo dispositivi medici (GDM). Nel GDM sono presenti i professionisti coinvolti nella valutazione dei DM: farmacisti, clinici, infermieri, economo, logistica, ingegneria clinica; il coordinamento del gruppo avviene a

livello del Servizio farmaceutico. I componenti del GDM hanno partecipato nel 2008 a gruppi di lavoro incaricati di: a) produrre i capitolati speciali per la fornitura di dispositivi medici di uso generale e specialistico; b) selezionare i dispositivi di protezione individuale più idonei. L'approccio descritto, basato su un'esplicita attività di health technology assessment, ha ridotto sensibilmente il numero di nuove voci inserite annualmente nel repertorio aziendale dei DM: nel 2009 il gruppo ha valutato 160 nuove tipologie di dispositivi e nel 71% dei casi è stato dato parere favorevole. In conseguenza del processo valutativo, sono state inserite 1.523 nuove voci. La spesa annuale per DM sostenuta da APSS (conto 51010300) ammonta a 34,5 milioni di euro (+8% rispetto al 2008). Oltre un terzo di tale cifra (12,3 milioni di euro) è riconducibile all'Ospedale S. Chiara di Trento, nonostante i consumi nell'ambito del Dipartimento di anestesia e rianimazione (6,2 milioni di euro) siano contabilizzati a parte;

- *Assistenza farmaceutica aggiuntiva*: la valutazione delle richieste di assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale è affidata al gruppo tecnico per l'assistenza farmaceutica aggiuntiva, coordinato dal Servizio farmaceutico. Nel corso del 2009, sono state semplificate le procedure per l'accesso a molti farmaci di uso consolidato/validato e non concedibili a livello nazionale, con la possibilità di ottenere l'autorizzazione alla prescrizione SSP direttamente dal Distretto. Una particolare forma di assistenza aggiuntiva provinciale riguarda la fornitura di preparati galenici magistrali presenti nel formulario galenico provinciale, che viene aggiornato annualmente. All'interno del formulario, sono identificate alcune preparazioni a significato terapeutico essenziale, destinate al trattamento di patologie croniche (insufficienza renale, psoriasi, dermatite atopica, ecc.) e pertanto prescrivibili in quantità più elevate. Nel 2009 è stata fornita assistenza farmaceutica aggiuntiva a più di 2.611 cittadini trentini (nel 2008=2.161), per un consumo di 3,5 DDD/1000 ab./die (nel 2008=3,2). Una larga parte delle autorizzazioni rilasciate ha riguardato farmaci impiegati nell'ambito delle cure palliative o destinati ai soggetti trapiantati o per il trattamento dei disturbi psichiatrici;
- ▶ *Sorveglianza sulle farmacie convenzionate e sugli informatori sul farmaco*: nel 2009 sono state ispezionate 35 delle 141 (120 private e 21 pubbliche) farmacie convenzionate; le 3 nuove sedi farmaceutiche (Trento Roncafort, Nave S.Rocco e Madrano) sono state oggetto di ispezione preventiva all'apertura. In alcuni casi, sono state erogate sanzioni amministrative a causa dell'assenza in farmacia di taluni medicinali ritenuti obbligatori dalla farmacopea ufficiale. Su indicazioni della Provincia autonoma di Trento, è stata regolamentata l'attività di informazione scientifica/pubblicità sui medicinali e sui dispositivi medici svolta dalle aziende produttrici nei confronti degli operatori del SSP. Il processo di accreditamento delle aziende farmaceutiche presso il Servizio farmaceutico, previsto dalla normativa provinciale ai fini dell'accesso degli

informatori sul farmaco alle strutture del SSP, ha riguardato circa 70 aziende e più di 360 informatori sul farmaco operanti in provincia di Trento;

- ▶ *Governo della sperimentazione clinica:* nel 2009 le attività di supporto al Comitato etico per le sperimentazioni cliniche sono state garantite dall'ufficio di segreteria tecnico-scientifica. Nell'ambito dell'attività di ricerca in medicina generale, è attualmente in corso lo studio osservazionale dal titolo "Studio italiano sulla depressione in medicina generale", promosso dall'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri: l'adesione da parte dei medici convenzionati operanti sul territorio trentino a tali attività di ricerca è stata sostenuta dall'APSS attraverso la gestione del registro dei medici di medicina generale autorizzati a effettuare sperimentazioni, il coordinamento dell'attività di monitoraggio dello studio e la predisposizione del progetto formativo sottoposto ad accreditamento provinciale. Nel 2009, è stata autorizzata l'effettuazione di 25 nuovi studi clinici, di 13 emendamenti a studi precedentemente autorizzati; i dinieghi alla sperimentazione sono stati 3: si tratta sia di studi clinici in cui l'intervento è costituito da farmaci e dispositivi medici che di studi osservazionali; in tutti i casi l'atto di approvazione (o di diniego) è stato formulato sulla base del parere non vincolante fornito dal Comitato etico per le sperimentazioni cliniche.

GESTIONE DEI SERVIZI ALBERGHIERI

La finalità del processo è quella di gestire in modo integrato le attività svolte dall'APSS (direttamente o attraverso propri fornitori) per garantire i servizi alberghieri nelle strutture aziendali.

Nel corso del 2009 è stato globalmente presidiato il confort alberghiero nel caso di servizi acquisiti in outsourcing ed è proseguita l'indagine (già svoltasi negli anni 2004-2008) sul grado di soddisfazione di alcuni servizi alberghieri tramite la somministrazione di un questionario – a un campione rappresentativo di circa 1.332 pazienti adulti ricoverati da almeno due giorni in ospedale – formulando 4 domande relativamente al servizio di biancheria, 6 domande relative al servizio di pulizia e sanificazione e 19 domande relative al servizio di ristorazione.

Tale processo riguarda le seguenti attività:

- ▶ *pulizia e sanificazione degli ambienti:* il gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito nel 2007, ha terminato i lavori di redazione di un nuovo capitolato d'appalto seguendo le indicazioni delle linee guida nazionali e operando una revisione totale delle procedure attualmente in uso in tale campo. Nel novembre 2008 è stata pubblicata la gara europea con procedura aperta; la Commissione tecnica per la valutazione delle offerte pervenute dalle ditte partecipanti alla gara europea con procedura aperta ha concluso i propri lavori il giorno 10 dicembre 2009 e nel 2010 si darà corso alle successive procedure di aggiudicazione dell'appalto. La percentuale di soddisfazione (accettabile

+ buono/ottimo) risultata dalla customer satisfaction è superiore al 98% per tutte le strutture aziendali.

- ▶ *produzione e distribuzione pasti (ai degenti e al personale)*: presso tutte le strutture autogestite è stato implementato il sistema di prenotazione pasti integrato nel sistema SIO di gestione ospedaliera. È stata redatta la procedura aziendale per la corretta contabilizzazione dei pasti prodotti. La sperimentazione della fornitura di semilavorati da parte di ditta esterna, dopo una prima fase di rodaggio, non ha comportato inconvenienti. Analogamente a quanto già realizzato con successo presso l'ospedale di Cles e sulla base dei dati emersi dall'analisi svoltasi nel 2008, è stata avviata dal Servizio approvvigionamenti relativamente al consumo di acqua minerale negli ospedali di Trento, Rovereto, Arco e Tione, la trattativa privata per l'acquisto degli erogatori di acqua collegati alla rete idrica. Come programmato, nel 2009 si sono svolti 2 corsi (4 giornate) di aggiornamento teorico-pratico per tutto il personale operante nelle cucine autogestite (hanno partecipato 44 cuochi e 10 operatori tecnici dipendenti APSS); la terza edizione del corso prevista per marzo 2010 coprirà l'intera esigenza di formazione. Relativamente alla ristorazione in appalto presso le strutture di Trento, è continuato il monitoraggio sulla produzione dei pasti, con particolare attenzione alle procedure per la produzione delle diete speciali, riservando maggiore riguardo alle diete per celiaci (presenti sia per degenti che per il personale dipendente). La percentuale di soddisfazione (accettabile + buono/ottimo) risultata dalla customer satisfaction è superiore al 80% all'ospedale di Trento (ristorazione in appalto) e al 98% nei restanti ospedali (ristorazione autogestita);
- ▶ *appalto lavanolo*: sono state effettuate sperimentazioni sull'utilizzo di tessuto tecnico riutilizzabile in sostituzione di materiale monouso ed è stata attuata la procedura codificata per il lavaggio degli zoccoli di sala operatoria ortopedica. Sempre per tale sala, è stata studiata una nuova procedura di distribuzione delle divise forfetarie mediante armadio automatizzato che verrà implementata nel corso del 2010. In tutte le sale operatorie sono state introdotte telerie in microfibra in sostituzione di quelle in cotone. La percentuale di soddisfazione (accettabile + buono/ottimo) risultata dalla customer satisfaction è superiore al 99% per tutte le strutture aziendali;
- ▶ *gestione dei rifiuti sanitari*: nel 2009 è proseguito il controllo sull'appalto, avviato nel 2008, tramite la procedura di controllo aziendale. I referenti di ogni struttura coinvolta hanno operato le verifiche previste mediante le check-list allegate alla procedura. Di norma, i controlli hanno evidenziato un servizio regolare sugli standard quantitativi: salvo alcuni casi, tempestivamente risolti. Non si sono verificati, come più frequentemente accaduto in passato, gravi disservizi per mancanza del materiale. Durante tutto il periodo dell'appalto è costante l'attività di modifica e aggiustamento, svolta in collaborazione con la ditta appaltatrice, sui parametri che caratterizzano gli aspetti tecnici

e logistici del servizio (classificazioni dei rifiuti, organizzazione di servizi e scelta di imballaggi per rifiuti speciali da eliminare una tantum, modalità di preparazione dei colli, ecc.). Questa attività porta a un continuo aggiornamento delle procedure operative che vengono trasmesse agli operatori referenti e altri interessati. Nel 2009 infatti è stata introdotta, a parziale modifica e integrazione della deliberazione 1265/2005, la deliberazione 459/2009. Nel documento, tra le altre cose, viene ridefinita la figura del referente d'appalto che ora diventa referente per la gestione dei rifiuti, estendendo le competenze all'intero processo di gestione e non alla gestione dei soli rifiuti inclusi nell'appalto. I risultati ottenuti nel periodo 2008÷2009 dall'utilizzo del nuovo software per la gestione documentale utilizzato dagli ospedali e dai presidi ospedalieri dei distretti hanno consolidato, nell'arco del 2009, gli obiettivi di miglioramento e semplificazione prospettati per questo settore. Il software infatti prevede la compilazione dei registri di carico e scarico e la registrazione dei dati necessari alla compilazione del MUD. Per motivi legati alla sottoscrizione rimane a scrittura manuale il formulario di trasporto dei rifiuti. L'emanazione dell'emendamento 2009 dell'ADR ha suggerito la revisione della procedura aziendale per il trasporto dei rifiuti prodotti presso gli ambulatori decentrati dei distretti. L'ultima revisione del 2009 è di dicembre. A seguito delle molteplici trasformazioni delle normative che disciplinano i rifiuti sopraggiunte negli ultimi anni e delle conseguenti modifiche procedurali per la gestione dei rifiuti prodotti dall'APSS nel settembre del 2009 è stata approvata ed emessa la versione, totalmente revisionata, della procedura generale. La nuova versione della procedura generale compendia tutte le prescrizioni che, di volta in volta, sono state trasmesse negli ultimi anni integrando e aggiornando, anche sul piano normativo, la precedente versione;

- *gestione dei rifiuti*: il pieno rispetto delle normative viene accompagnato da obiettivi e azioni volontarie finalizzate a tenere costantemente sotto controllo il fenomeno. APSS ha programmato un miglioramento della gestione dei rifiuti intendendo perseguire, laddove attuabile, il *principio dell'azione preventiva*, integrando la gestione dei rifiuti con altri processi aziendali (sistema di acquisti sostenibili, formulazione, elaborazione e inserimento di specifiche tecniche e altri criteri ambientali per i bandi per gli appalti) e operando un allineamento con le azioni ambientali promosse dall'UE per una politica integrata di prodotto (cd. "approccio IPP"). Ormai da diversi anni l'APSS ha messo a regime in tutte le strutture un sistema di raccolta dei rifiuti speciali pericolosi e non pericolosi distinti per categoria (rifiuti infettivi, liquidi radiologici e di laboratorio, medicinali chemioterapici e altri medicinali, toner, pile e accumulatori, ecc.). Per i rifiuti assimilati agli urbani sono inoltre funzionanti, in tutte le strutture dell'azienda, le raccolte differenziate (carta, cartone, imballaggi in vetro, plastica e poliaccoppiati, frazione compostabile, materiale metallico, ecc.), messe in atto nel rispetto

delle regole previste dalle autorità e dagli enti territorialmente competenti. L'APSS ha aderito all'*Accordo di programma sulla qualità dell'aria*, sottoscritto dalle principali organizzazioni pubbliche e private trentine, che individua il complesso coordinato e integrato delle misure per il risanamento della qualità dell'aria nel quinquennio 2005-2009.

- ▶ *gestione della rete telefonica aziendale, fissa e mobile*: nel corso del 2009 è stato avviato il progetto di sostituzione della tecnologia tradizionale con sistemi di telefonia VoIP "Voce tramite protocollo internet", in particolare vista la vetustà delle centrali telefoniche presenti presso le strutture di Villa Igea e della sede centrale è stato deciso un "outsourcing personalizzato sistema VoIP CISCO" che prevede la sostituzione degli apparati e dei telefoni per le due sedi e la relativa manutenzione.

5.1.5 LA GESTIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

ATTIVAZIONE DI NUOVI SERVIZI E INTERVENTI DI RIORGANIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE

Con riguardo alle attività assistenziali comprese nei livelli essenziali di assistenza, si registrano nel 2009 le seguenti azioni di miglioramento riferite alle singole sedi.

- ▶ OSPEDALE DI TRENTO
Presso l'ospedale di Trento le principali attività hanno riguardato i seguenti ambiti:
 - *integrazione e continuità ospedale-territorio*: sono proseguite secondo programma le attività di interfaccia con il livello distrettuale con particolare riferimento alla continuità assistenziale ospedale-territorio (coordinatore di percorso, ADI, cure palliative, UVM, UVA, psicologia clinica, CDCA, salute mentale, percorso nascita); ulteriore sviluppo è stato assicurato all'attività di distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione;
 - *governo dell'appropriatezza clinica e organizzativa*, attraverso la progettazione edilizia, coerente con l'assetto organizzativo e con lo sviluppo di nuovi modelli di gestione ospedaliera e/o di nuove funzioni specialistiche, che è proseguita con particolare attenzione alla armonizzazione dei modelli organizzativi dipartimentali. I principali interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'ospedale, strettamente correlati con la ristrutturazione in corso, con il riassetto dipartimentale e con il completamento delle iniziative di riqualificazione già avviate negli anni precedenti, sono stati i seguenti:
 - il completamento del pronto soccorso unificato della città di Trento, con la realizzazione del pronto soccorso pediatrico e dell'area ambulatoriale ostetrico-ginecologica ad accesso diretto;
 - l'avvio dei lavori della nuova area di degenza di cardiocirurgia-chirurgia vascolare;

- la riutilizzazione per funzioni ospedaliere della sede di Villa Igea (realizzazione del day surgery multidisciplinare e della lungodegenza a gestione diretta, del centro di coordinamento per le malattie rare);
- la revisione dell'assetto organizzativo del dipartimento di Medicina interna, con l'attivazione della nuova funzione di ematologia clinica;
- lo sviluppo delle funzioni attivate negli anni 2007 e 2008 e, in particolare, neurochirurgia, reumatologia, chirurgia plastica, PET-TC;
- il progetto strutturale e organizzativo del nuovo presidio ospedaliero Villa Rosa di Pergine Valsugana;
- l'ampliamento della capacità recettiva del nido/patologia neonatale, per far fronte all'incremento dei parti presso l'ospedale S. Chiara;
- la progettazione delle nuove aree per la patologia clinica, il servizio trasfusionale e la farmacia;
- l'adeguamento della banca del sangue, nella sede di via Malta;
- *sviluppo della rete ospedaliera*: la collaborazione strutturata con gli altri ospedali della rete si è mantenuta e in alcuni ambiti ulteriormente sviluppata. Sicurezza, qualità delle prestazioni e competenze professionali: tutte le attività previste sono state presidiate con particolare riferimento alla sicurezza negli ambienti di lavoro, al rischio clinico e alla aderenza agli standard joint commission international (JCI) per i quali, nel mese di settembre 2009, l'ospedale S. Chiara ha ottenuto il riaccreditamento internazionale. È stata sperimentata una nuova modalità di valutazione delle competenze professionali mediche coerente con il programma di sviluppo delle risorse umane. Si è ulteriormente sviluppato l'ambito della ricerca e della sperimentazione clinica. Tutti i *progetti* previsti dal programma di attività sono stati avviati con la collaborazione a vario titolo di molte U.O. ospedaliere. L'ospedale di Trento ha collaborato a molti degli obiettivi specifici assegnati dalla PAT (coordinamento dei progetti 3, 4, 6B e 10) ed è stato impegnato nell'implementazione dei progetti PMO riguardanti l'implementazione del SIO, il programma sviluppo risorse umane, il sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere e la progettazione del percorso di riaccreditamento istituzionale;
- *semplificazione e razionalizzazione delle procedure*: con particolare riferimento al processo di budget, alla valutazione delle tecnologie sanitarie, alla gestione dei flussi informativi e alla gestione degli istituti contrattuali. È stata ben presidiata l'applicazione dell'art.50 della legge 326/03, sia sotto il profilo dell'estensione dell'utilizzo del ricettario SSN che riguardo alla corretta utilizzazione;
- *assistenza specialistica ambulatoriale*: permane, in taluni ambiti, una criticità di sistema rispetto ai tempi di attesa standard fissati dal piano provinciale e dal programma attuativo aziendale. Per quanto riguarda la corretta applicazione del modello RAO è proseguita l'attività di monito-

raggio dell'andamento della domanda di prestazioni con codice di priorità allo scopo sia di effettuare tempestivamente eventuali interventi correttivi che di ridefinire nel lungo periodo la quantità di posti RAO prenotabili direttamente dal call center, evitando "forzature" nelle agende. Sono infine proseguite come da programma le attività di consulenza specialistica presso altri distretti/ospedali;

- *erogazione delle prestazioni*: l'andamento dell'attività di pronto soccorso, di ricovero ospedaliero e la specialistica ambulatoriale è stato costantemente monitorato. I risultati a fine esercizio appaiono complessivamente in linea con le previsioni. È proseguita la collaborazione con l'osservatorio epidemiologico e con il Servizio di medicina legale. L'ospedale ha collaborato nell'attuazione di programmi provinciali di screening oncologico. È inoltre proseguito l'impegno nell'ambito del piano di comunicazione aziendale con il supporto dell'Ufficio stampa;
- *utilizzo delle risorse*: l'andamento dei consumi e della dotazione di risorse umane è stato costantemente monitorato e correlato con l'andamento dell'attività; i risultati a fine esercizio appaiono in linea con l'atteso.

► OSPEDALE DI ROVERETO

Presso l'ospedale di Rovereto: nel corso del 2009 sono state realizzate attività nei seguenti ambiti:

- *laboratorio di emodinamica*: è stata consolidata l'attività finalizzata all'esecuzione della angioplastica coronarica;
- *percorso per la gestione post-operatoria del paziente chirurgico*: è proseguita l'applicazione del percorso per la gestione post-operatoria del paziente chirurgico coordinato da un infermiere professionale. Risultano complessivamente 936 i casi di utenti presi in carico dal case manager e relativi a pazienti della U.O. di chirurgia generale e della U.O. di chirurgia vascolare. È aumentata l'attività operatoria di chirurgia della retina (oltre 100 interventi), attuando il programma di supervisione didattica di specialisti della UO di oculistica.
- *formazione sul campo*: l'ampio lavoro di coinvolgimento dei medici delle cure primarie (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e di medici specialisti ospedalieri finalizzato a un percorso di formazione sul campo secondo la metodologia "gruppo di miglioramento", che, grazie al coordinamento della Direzione medica ospedaliera, ha permesso la definizione di 26 percorsi diagnostici che, con l'importante collaborazione del Servizio sistemi informativi, sono stati tradotti in altrettanti applicativi informatici utili per un miglioramento del governo della domanda. Contestualmente sono state rese in formato elettronico anche tutte le tabelle RAO contenute nel relativo manuale al fine di consentire, nel corso del 2010, un puntuale monitoraggio e ritorno informativo agli agenti della domanda e dell'offerta sui comportamenti prescrittivi e di refertazione;

- *collaborazione tra le UU.OO. di Neurologia e di Riabilitazione neurologica e Università di Trento, facoltà di Scienze cognitive*: è proseguita la collaborazione che ha portato alla valutazione congiunta di pazienti ricoverati affetti da ictus, traumi cranici, demenza;
- *“clinical risk management”*: al fine di realizzare le attività di “clinical risk management”, sono stati realizzati momenti di discussione e confronto in plenaria su casi clinici ritenuti “critici”, secondo la metodologia dei “Casi clinici” della Formazione sul campo, a cui hanno aderito o partecipato attivamente tutte le UU.OO. dell’ospedale e i dipartimenti;
- *monitoraggio delle infezioni nosocomiali*: è proseguito il programma di monitoraggio delle infezioni nosocomiali nell’ambito dei lavori del CIO ospedaliero, sia con il modello basato sui dati microbiologici connessi all’uso del *vigi@ct*, sia attraverso il confronto con i responsabili sanitari delle locali RSA. Sono stati inoltre realizzati percorsi di formazione sul campo relativi all’appropriatezza d’uso del cateterismo vescicale e al lavaggio delle mani;
- *gestione del neonato sano*: è stato completato l’inserimento del personale ostetrico presso la sezione neonatale dell’U.O. di pediatria, grazie a una stretta collaborazione fra U.O. di pediatria e U.O. di ostetricia ginecologia;
- *diagnosi precoce della patologia fetale*: è proseguita l’attività tramite B-test con accreditamento UK), con l’esecuzione di circa 1.000 test;
- *unità operative di ortopedia-traumatologia*: è stato attivato un percorso, coordinato da un infermiere professionale case manager, che – in collaborazione con l’équipe interprofessionale della U.O. di ortopedia traumatologia – ha migliorato il processo di dimissione del paziente a partire dall’immediato periodo postoperatorio, garantendo programmi educativi personalizzati, interventi di follow up e dimissioni protette in collaborazione con i servizi territoriali;
- *area riabilitativa cardiologica*: è stato realizzato un modello organizzativo dell’area, con l’inserimento della figura del fisioterapista nell’équipe multiprofessionale, sulla base di un accordo fra le UU.OO. di medicina fisica-riabilitazione e di cardiologia;
- *cellule staminali*: è stato attivato il protocollo di prelievo di cellule staminali da cordone grazie a una stretta collaborazione tra personale ostetrico del consultorio e dell’U.O. di ostetricia ginecologia;
- *cartella ambulatoriale per esterni*: è stato ampiamente utilizzato da tutte le UU.OO. – ad esclusione di quelle che già dispongono di supporti informatici dedicati – l’applicativo informatico relativo alla cartella ambulatoriale per esterni connesso al SIO; è stato incrementato l’utilizzo del predetto applicativo anche per la prescrizione su ricettario del SSP di prestazioni specialistiche oltre che di farmaci;
- *accorpamento dell’attività di ricovero nel periodo estivo*: sono stati effettuati gli interventi di accorpamento che hanno visto coinvolte le UU.OO.

di medicina interna, di geriatria, delle due sezioni della U.O. di ortopedia-traumatologia ed hanno consentito di ristrutturare i pavimenti dei corridoi e la riqualificazione di alcuni locali della U.O. di ortopedia-traumatologia;

- *prevenzione e gestione delle lesioni da decubito e delle cadute in ospedale*: sono stati attivati, anche tramite lo specifico applicativo SIO, i consulenti infermieristici dedicati;
- *progetto sicurezza in ambito chirurgico*: sono stati implementati, in alcune UU.OO. chirurgiche, processi correlati alla corretta identificazione dei pazienti e del sito chirurgico, come prime tappe del progetto di sicurezza in ambito chirurgico. L'ospedale partecipa al progetto del Ministero della salute, coordinato dalla Regione Lombardia, sulla sicurezza in ambito chirurgico;
- *progetto internazionale Pascal*: è stata garantita la partecipazione al progetto sulla valutazione (soggettiva e oggettiva) della sicurezza in ospedale, coordinato in Italia dall'Istituto europeo di oncologia di Milano, a cui aderiscono 23 strutture ospedaliere italiane;
- *gestione del dolore acuto e del dolore post-operatorio*: sono state concordate, definite e diffuse in tutte le UUOO le linee guida e le procedure;
- *intranet aziendale*: è stata ulteriormente implementata, con la predisposizione e la revisione di documenti e procedure operative;
- *integrazione tra processi tecnico amministrativi e assistenziali*: è proseguita l'attività finalizzata all'integrazione, con la programmazione di incontri tra le UU.OO. e l'ufficio prestazioni del Servizio amministrazione;
- *progetto TreC dell'Istituto FBK*: è proseguita la collaborazione, prevista nell'ambito di un progetto obiettivo specifico PAT, finalizzata alla integrazione informativa fra ospedale e domicilio, con strumenti informatici innovativi, attraverso il coinvolgimento diretto dei pazienti e dei caregiver (asma in pazienti pediatrici e casi di assistenza pre e post-operatori).

► DISTRETTI ALTA VALSUGANA, BASSA VALSUGANA E PRIMIERO

Nei Distretti Alta Valsugana, Bassa Valsugana e Primiero è stata rivolta particolare attenzione al *governo dei processi*, ad aumentare l'*appropriatezza clinica e organizzativa dei servizi sanitari offerti*, a perfezionare gli *strumenti di priorità clinica* esistenti con l'*obiettivo di sviluppare efficienza ed efficacia*. Cinque gli elementi strategici presidiati:

- organizzazione interna dell'ospedale e i rapporti tra reparti e servizi;
- continuità assistenziale fra ospedale e territorio;
- governo della domanda;
- valutazione dell'efficienza;
- sviluppo della attività ospedaliera in rete.

Le principali attività sono state le seguenti:

- aumento dell'*attività chirurgica* del blocco operatorio (+10%) e prosecuzione dell'*attività chirurgica di équipes esterne* (ospedale di Trento);

- realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico del *paziente con piede diabetico* e attivazione del nuovo centro dedicato a tale attività;
- mantenimento e, in alcuni settori aumento, dell'*attività specialistica ambulatoriale* (prestazioni) da parte delle unità operative ospedaliere con avvio di attività su sedi extra-distretto (Trento per doppler vascolare);
- mantenimento dei *ricoveri ospedalieri* (utilizzo day hospital; case mix; numero dei ricoveri; tasso di ospedalizzazione, ecc.) sugli standard 2008, in linea con i criteri di efficienza/efficacia di riferimento;
- realizzazione di *incontri ad argomento fra servizi territoriali e servizi ospedalieri* mirati ad alcune importanti problematiche (specificamente: gestione pazienti terminali; dimissioni protette; funzione hospice; assistenza domiciliare integrata; nel suo complesso "continuità assistenziale");
- verifica dell'organizzazione del *sistema dell'emergenza/urgenza* all'interno del presidio ospedaliero (incontro/audit tra pronto soccorso e reparti, al fine di rendere il più possibile funzionale il sistema collegato alla gestione del paziente complesso in condizioni di emergenza);
- formalizzazione e attivazione della figura del "*coordinatore di percorso*" nella degenza di medicina (ospedale di Borgo);
- prosecuzione in ospedale della *osservazione breve nei reparti chirurgia e psichiatria*;
- effettuazione di *incontri con i medici di famiglia*, allo scopo di regolare la richiesta di prestazioni specialistiche e tenerli informati della situazione dei tempi di attesa (invio per posta elettronica della situazione dei tempi di attesa);
- condivisione di un *protocollo di gestione del paziente terminale* con la Lega Tumori-sezione trentina, per la gestione integrata delle opzioni assistenziali a favore di tale tipologia di pazienti (gestione domiciliare; gestione ospedaliera; gestione in struttura residenziale APSP);
- sviluppo degli interventi riguardanti le *autorizzazioni provinciali*, sia in ambito territoriale che ospedaliero, in previsione della autorizzazione PAT prevista per i tre distretti nel primo semestre 2010 (prima area della APSS);
- prosecuzione del *programma sicurezza* (vedi realizzazione di un opuscolo riportante gli atti delle due giornate di studio dedicate);
- monitoraggio delle *infezioni ospedaliere* e germi sentinella utilizzando il programma informatico installato nell'ottobre 2008 e reso operativo in via sperimentale presso il presidio ospedaliero di Borgo;
- avvio del sistema di *segnalazione degli eventi avversi* e la relativa "root cause analysis";
- completamento del *piano di emergenza ed evacuazione* (PEVAC);
- completamento del *piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti* (PEMAF);
- prosecuzione dell'integrazione dei servizi amministrativi nei tre distretti, per garantire funzionalità e operatività dei *servizi di front-office*;

- attivazione di un *supporto amministrativo* al reparto di medicina dell'ospedale di Borgo, a parità di risorse;
- prosecuzione *progetto RAR* (referenti alcolologici di reparto), con aumento adesioni e intercettazione pazienti;
- ampliamento dell'attività del *servizio cure palliative* (+35% rispetto al 2008, sui tre distretti);
- avvio dell'attuazione del "*Piano provinciale di prevenzione attiva 2009-2010*";
- realizzazione *indagine qualitativa* sulla percezione dello stato di salute dei cittadini nell'ambito della costruzione dei *profili di salute della comunità*.

► DISTRETTO ALTO GARDA E LEDRO

Nel Distretto Alto Garda e Ledro si segnala che, nel 2009, è stata dedicata particolare attenzione al governo dei processi volti a promuovere l'integrazione e la *continuità assistenziale* nella loro dimensione strutturale, professionale e organizzativa e a consolidare i processi di *accreditamento* in atto.

Le principali attività hanno riguardato:

- la *sensibilizzazione e l'implementazione della promozione della salute nell'ospedale* secondo gli standard HPH del manuale OMS. La sensibilizzazione degli operatori alla registrazione, sulla documentazione sanitaria, delle informazioni e degli interventi educativi, è stata avviata nel 2009 con la formazione di un gruppo operativo multi professionale (medici e infermieri) di diversi reparti; la formazione si è svolta tramite la partecipazione a un corso specialistico sulla cartella integrata medico-infermieristica. Il lavoro proseguirà nel corso del 2010;
- il *coordinatore di percorso*: è stato costituito presso le unità operative di medicina generale e pneumologia e ha seguito e monitorato i collegamenti e l'integrazione tra le cure domiciliari e le attività ospedaliere;
- la *gestione dei pazienti diabetici*: per migliorare l'integrazione assistenziale ospedale-territorio sono state riviste e aggiornate, da parte dei medici ospedalieri dell'ambulatorio antidiabetico, le linee guida del percorso assistenziale e diffuse ai medici di medicina generale da parte della UOAP;
- la *sorveglianza delle infezioni*: implementazione presso le UU.OO. dell'ospedale del sistema aziendale di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), a partire dal laboratorio di microbiologia (MERCURIO);
- la *scheda ambulatoriale e agenda per la prenotazione dei ricoveri*: implementazione del programma aziendale per la gestione informatizzata;
- l'attuazione del "*Piano provinciale di prevenzione attiva 2009-2010*": l'Unità operativa di Assistenza primaria del distretto ha svolto le principali attività e, in particolare:
 - l'indagine qualitativa sulla percezione dello stato di salute dei cittadini nell'ambito della costruzione dei profili di salute della comunità;
 - l'attivazione del programma di pet therapy con l'utilizzo di animali (asini e capre) e la coltivazione di un orto, presso la struttura residenziale psichiatrica di Villa Ischia di Riva del Garda;

- l'attivazione del nuovo Centro di salute mentale presso la sede di Palazzo Palme di Arco (ex ospedale Armanni);
- *l'empowerment del paziente psichiatrico*: presso la U.O. di psichiatria, è stata sviluppata, in collegamento col progetto di prevenzione del suicidio, una scheda di rilevazione dei bisogni di educazione sugli stili di vita;
- la figura del *referente delle procedure*, implementata in ogni reparto, nell'ambito delle problematiche dell'HPH;
- la *sicurezza del paziente*: si è provveduto a estendere il programma di segnalazione degli errori e quasi errori clinici al Servizio territoriale nonché a promuovere l'informazione e la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari sul risk management, attraverso comunicazioni scritte e un incontro di discussione e presentazione delle tematiche specifiche;
- la *sicurezza dei dipendenti*: sono state seguite le procedure previste dalla normativa sulla sicurezza (DVR, check list della sicurezza, ecc.); sono state organizzate attività formative sul benessere organizzativo, indirizzate al personale dei reparti di area internistica.

► DISTRETTI DI FIEMME E FASSA

Nel Distretto di Fiemme e Fassa si evidenzia la particolare attenzione posta rispetto all'esigenza di promuovere modalità operative improntate a logiche di sistema e di integrazione tra le diverse figure professionali e tra servizi diversi. Le iniziative di maggiore rilevanza realizzate nel corso del 2009 in attuazione del programma di attività, sono le seguenti:

- *integrazione livelli di assistenza (collettiva, distrettuale, ospedaliera)*: si è lavorato per sviluppare un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale;
- *appropriatezza clinica e organizzativa*: si è provveduto a sviluppare e aumentare l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali, attraverso il monitoraggio sistematico della qualità assistenziale mediante verifica della documentazione clinica secondo le modalità dell'audit clinico al fine di valutare le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a criteri e standard predefiniti;
- *priorità clinica e tempestività di erogazione delle prestazioni*: sono stati perfezionati gli strumenti per migliorare l'accessibilità ai servizi mediante interventi di monitoraggio sistematico dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) contemplate dal piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa e revisione periodica delle "agende", distinzione prime visite-controlli, verifiche circa il rispetto degli impegni previsti a carico degli specialisti, valutazioni congiunte con i MMG su utilizzo sistema RAO;
- *prevenzione*: sono state assicurate le attività e iniziative programmate a livello provinciale rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);

- *medicina legale*: le attività di sono state mantenute, con il rispetto degli standard definiti;
- *coordinatore di percorso*: è stata avviata la sperimentazione della funzione in una logica di attenzione ai bisogni dell'utente, sia nell'ambito ospedaliero che sul territorio;
- *cure palliative*: è stata operata una revisione delle modalità organizzative delle sulla scorta delle opportunità di miglioramento emerse nel corso del primo anno di attività;
- *pazienti terminali*: si è provveduto alla revisione dei percorsi definiti, al fine di migliorare l'efficacia degli assetti organizzativi;
- *pazienti in terapia anticoagulante orale*: è stato avviato il progetto per la gestione dei pazienti da parte del medico di medicina generale (MMG) al fine di migliorare e uniformare l'assistenza sul territorio;
- *residenze sanitarie assistenziali*: sono state proposte iniziative di collaborazione con le RSA presenti nei distretti di Fiemme e Fassa, in tema di miglioramento della qualità e della sicurezza dell'attività assistenziale erogata;
- *assistenza ospedaliera*: è perseguito l'impegno per il mantenimento dei livelli di attività e di continuità assistenziale, assicurando la necessaria flessibilità organizzativa e assistenziale in funzione del diverso andamento della domanda di servizi e assistenza nei diversi periodi dell'anno;
- *documentazione clinica relativa ai ricoveri*: è stato attuato un auditing interno di verifica al fine di valutarne la completezza e l'accuratezza;
- *servizio di endoscopia digestiva*: è stato implementato un progetto di miglioramento delle attività svolte, al fine di migliorare l'accessibilità e di ampliare le potenzialità operative;
- *sicurezza del paziente*: si è avviato un progetto finalizzato a ridurre i rischi di errore di lato nell'attività chirurgica, a realizzare interventi strutturali in sala operatoria per ridurre i rischi di infezione, ad alimentare il progetto di incident reporting, a mantenere i programmi di addestramento ed esercitazione per le emergenze sanitarie e non sanitarie;
- *valutazione delle tecnologie sanitarie*: (attrezzature, dispositivi medici e prestazioni): si è provveduto al monitoraggio su specifiche tipologie di farmaci e presidi;
- *formazione*: il coinvolgimento e miglioramento delle competenze del personale sono stati assicurati mediante la partecipazione alle iniziative di aggiornamento organizzate dall'APSS, il governo dell'accesso agli eventi formativi esterni e la realizzazione di progetti di formazione sul campo (es. esercitazioni in loco su scenari di emergenza, in collaborazione col NOPP);
- *processi tecnico-amministrativi*: le attività sono state focalizzate sulla ridefinizione delle diverse attività del processo di acquisizione e inserimento del personale;

- *razionalizzazione nel consumo delle risorse*: gli interventi sono riconducibili al monitoraggio puntuale e sistematico della qualità dei servizi appaltati e alle verifiche trimestrali, da parte delle direzioni medica e amministrativa sui consumi di beni e servizi per singolo centro di responsabilità.

► DISTRETTO GIUDICARIE E RENDENA

- Nel Distretto Giudicarie e Rendena: l'esercizio 2009 si è connotato per specifici interventi nei seguenti ambiti:
- *governo dei processi*: sono stati realizzati numerosi incontri operativi tra UOAP e UU.OO. in occasione delle valutazioni effettuate in ospedale per attivazioni di ADI e aDI-CP per i pazienti ricoverati, consolidando i rapporti di interfaccia e assicurando dimissioni protette. Sono stati organizzati due AUDIT con i MMG e i medici ospedalieri sull'appropriatezza di percorsi diagnostici;
- *coordinatore di percorso*: si è realizzata la fase applicativa del progetto; nel reparto di medicina del presidio ospedaliero di Tione, in assenza di operatori dedicabili (per la nota carenza di personale), la funzione è stata garantita dalla caposala in collaborazione con i coordinatori di percorso territoriali;
- *segnalatica e informativa*: nell'ottica del miglioramento del coinvolgimento dell'utente, è stata data particolare attenzione nelle varie sedi ed sono stati realizzati cinque interventi informativi rivolti alla popolazione;
- *gestione integrata del paziente diabetico*: i medici di medicina generale del Distretto hanno aderito alla totalità del progetto obiettivo PAT;
- *pazienti già in carico al Centro salute mentale*: la collaborazione con l'unità operativa di psichiatria che debbono essere valutati in UVM è assicurata da un quinquennio e sottoposta a regolare manutenzione;
- *audit fra internisti ospedalieri e MMG*: l'attività si è sviluppata sulla definizione di criteri di appropriatezza; relativamente alla prescrizione di ecocardiografia e test da sforzo per la valutazione della riserva coronarica sono state riviste procedure e linee guida relative alla gestione dei cateteri vescicali e venosi centrali; è stato individuato e applicato uno score combinato riguardo la valutazione della gravità clinica e dell'impegno assistenziale del paziente ricoverato in area medica;
- *scheda ambulatoriale e agende di prenotazione*: sono stati implementati i programmi aziendali per la gestione informatizzata;
- *revisione contratti di servizio tra pronto soccorso e le unità operative* del presidio ospedaliero: in ordine all'esecuzione e refertazione degli elettrocardiogrammi, alla gestione del paziente affetto da ictus, alle procedure relative a esecuzione e refertazione dell'emocromo per pazienti in trattamento antitrombotico;
- *assistenza collettiva*: si è fornita la richiesta collaborazione al "Piano provinciale di prevenzione attiva 2009-2010" nei prescritti ambiti di "Educazione alla salute nelle scuole", "Laboratori di cucina salutare", "Percorsi salutare", programma "Passi" (con 44 interviste), "Okkio alla salute", "Igiene per-

sonale”; sono stati sostenuti gli screening provinciali con cinque incontri pubblici; sono stati realizzati i prescritti controlli sulla sicurezza alimentare (63 visite ispettive); è stato predisposto il “piano di comunicazione con gli stakeholders” (riunioni con il Comune di San Lorenzo in Banale, con l’AVULS, con il gruppo anziani di Tione). Particolarmente efficace e apprezzata dal Comitato di distretto è stata l’azione di indagine sulla percezione dello stato di salute dei cittadini nell’ambito della costruzione dei “profili di salute della comunità”;

- *assistenza distrettuale*: il servizio cure palliative della Vallagarina ha garantito i secondi accessi settimanali richiesti; sono state effettuate 6 discussioni di casi clinici, con i MMG e il personale infermieristico territoriale, relative a pazienti in ADI/CP; è stata realizzata l’attività inerente al progetto “prevenzione suicidi”;
- *assistenza ospedaliera*: sono stati attivati i provvedimenti relativi alla istituzione dei due nuovi reparti di ortopedia e ginecologia/ostetricia (con riorganizzazione del personale infermieristico); nel corso del 2009 state svolte delle simulazioni atte a verificare la presenza dei requisiti organizzativo-documentali per il conseguimento dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività; sono state revisionate le procedure cliniche adottate in precedenza nell’area medica: gestione cateteri vescicali, gestione cateteri centrali, contenzione pazienti degenti, emergenze psichiatriche;
- *Casa della salute di Storo*: è stata garantita l’apertura di tutti gli ambulatori specialistici; sono state organizzate delle sedute straordinarie per il potenziamento del Centro anti-diabetico;
- *sicurezza del paziente*: è stato attivato sul territorio il sistema dell’incident reporting ed è stata effettuata formazione in loco e a distanza sul rischio clinico. Sono state diffuse le raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente con l’indicazione per l’implementazione nei reparti;
- *sicurezza dei dipendenti*: sono stati introdotti quali obiettivi nella scheda di attività gli incontri periodici suggeriti nel 2008 dai gruppi di lavoro sul tema del benessere organizzativo;
- *servizi tecnico-amministrativi*: sono state attivate sperimentalmente procedure di incasso delle prestazioni di laboratorio nelle RSA convenzionate per l’effettuazione dei prelievi per esterni;
- *logistica ed edilizia*: nel dicembre 2009 è stata riavviata l’attività nella struttura di Condino, dopo i lavori di ristrutturazione; il trasferimento del consultorio e del servizio di alcologia nella nuova sede (in via Durone in Tione) è stato posposto per ritardo nella consegna dell’immobile. È stato costituito un gruppo tecnico di lavoro (sotto la responsabilità del Direttore medico di presidio) per curare la programmazione del trasferimento e il mantenimento delle attività durante l’imminente cantierizzazione del presidio ospedaliero; i lavori per il nuovo parcheggio e per l’eliperficie sono in fase conclusiva.

► DISTRETTI TRENTO VALLE DEI LAGHI, CEMBRA, ROTALIANA-PAGANELLA

Nei Distretti Trento Valle dei Laghi, Cembra, Rotaliana-Paganella, nel corso del 2009 si sono realizzate le seguenti azioni di miglioramento:

- *integrazione dei percorsi assistenziali* (approccio multidisciplinare e presa in carico coordinata dei pazienti):
 - *salute mentale*: si è ulteriormente sviluppata e consolidata, in ambito psichiatrico, la *modalità di condivisione dei percorsi di cura tra paziente, familiari, operatori*: il modello innovativo, di gestione condivisa tra Azienda sanitaria e associazioni di volontariato, per le attività e le strutture che erogano servizi ai pazienti psichiatrici è stabilizzato nel 2009, dopo alcuni anni di sperimentazione; si è creata una *stretta integrazione tra il consultorio e il Centro disturbi comportamento alimentare* per le consulenze e gli interventi necessari all'assistenza delle pazienti affetti da anoressia. Sono state realizzate attività per la *prevenzione dei maltrattamenti e del disagio nei confronti dei bambini*, attraverso le definizioni di percorsi di cura e assistenza sanitaria e sociale per il *sostegno alla genitorialità* (con eventi formativi specifici); inoltre, è stato avviato il progetto "Scommettiamo sui giovani";
 - *attività consultoriali*: è stato aperto l'*ambulatorio andrologico* (unico in Trentino) per rispondere a bisogni specifici maschili che riguardino la sfera sessuale maschile, la funzionalità dell'apparato genitale e la patologia specifica, ma anche un luogo di ascolto e di consulenza per adolescenti e giovani che desiderino essere più consapevoli rispetto ai temi dell'educazione sessuale, della procreazione responsabile, e della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Sono state realizzate specifiche attività in tema di *prevenzione e cura della depressione post partum*. Si è creato un *sistema di comunicazione tra il consultorio e la cittadinanza attraverso il web* con il sistema della posta elettronica: i cittadini possono rivolgere i propri quesiti agli operatori del consultorio che rispondono di norma entro 24 ore dalla richiesta;
 - *coordinatore di percorso*: si è dimostrato essere, ad alcuni anni dall'inserimento nel SSP, una figura essenziale e ormai insostituibile per garantire al paziente e alla famiglia la continuità assistenziale nel delicato passaggio dal regime di ricovero al domicilio. Nel corso del 2009, il Distretto si è particolarmente impegnato nell'attività di formazione di personale infermieristico (più di 45 operatori) mediante stage presso le cure domiciliari e presso l'hospice. Inoltre, il coordinatore ha contribuito in modo sostanziale a migliorare la qualità e la completezza dei dati utili alle valutazioni UVM;
 - *pazienti seguiti in ADI*: il percorso di valutazione dei bisogni dei cittadini e la individuazione degli interventi conseguenti è ormai un processo consolidato che però ha la necessità di continuo monitoraggio al fine di

- implementare azioni di miglioramento; è stata realizzata una indagine qualitativa nei confronti dei pazienti seguiti in ADI per conoscere quali percorsi di vita sperimentano i pazienti, quali prestazioni, sia sanitarie che sociali, vengono erogate. L'indagine ha evidenziato alcuni punti di attenzione sui quali sono state avviate azioni di miglioramento;
- *valutazione UVM*: si è arricchita della competenza di un medico specialista geriatra sia per gli anziani soggetti a valutazione in costanza di ricovero (con particolare riferimento a quelli con declino cognitivo e/o disturbi del comportamento), sia a domicilio anche su richiesta del MMG;
 - *area della promozione della appropriatezza clinica e organizzativa*:
 - è stato attivato un gruppo di lavoro per verificare la fattibilità di tracciare la *presa in carico dei problemi dei giovani* che si è concluso con la richiesta di registrazione di ulteriori, fondamentali dati nell'ambito del SIT;
 - è stata realizzata e implementata una specifica *scheda per la registrazione dei dati dei suicidi e tentati suicidi di bambini e adolescenti* che integra quella già esistente presso i PS per la registrazione dei casi negli adulti.
 - si sono concluse, in ambito psichiatrico, le fasi progettuali previste per il percorso di sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa nella schizofrenia;
 - è stato realizzato, nell'ambito dei *disturbi del comportamento alimentare*, il progetto di coinvolgimento degli operatori dei distretti per integrare l'attività del CDCA attraverso l'invio programmato e strutturato di pazienti stabilizzati o con concomitanti disturbi psichiatrici;
 - è stata avviata, nel corso dell'anno, la *struttura residenziale per adolescenti psichiatrici (Villa San Pietro, ad Arco)* alla quale si accede tramite una valutazione multidisciplinare (neuropsichiatrica e psicologica) e la gestione dei pazienti viene definita tramite uno specifico protocollo;
 - particolare attenzione è stata assicurata alle *prestazioni specialistiche* e al *monitoraggio dei tempi di attesa* secondo le indicazioni della Giunta provinciale, in integrazione con tutte le strutture erogatrici presenti nell'area di competenza: sono state realizzate numerose attività utili a registrare negli applicativi aziendali i dati di attività (al fine di monitorare i processi, produrre analisi sull'andamento dei servizi, adottare azioni di miglioramento) promuovendo *l'utilizzo del SIT nelle sedi della continuità assistenziale*; è stata data ampia collaborazione ai competenti servizi aziendali per la costruzione del SIT relativo alla salute mentale e ai consultori; sono state realizzate *iniziative specifiche per formare i medici specialisti ambulatoriali a utilizzare la cartella informatizzata ambulatoriale* e per promuovere in tutto il personale medico dipendente e convenzionato l'adozione di comportamenti virtuosi per *l'utilizzo del ricettario del SSP* anche ai fini previsti dall'art. 50 della L. 326/2003;

- *processi tecnico-amministrativi:*
 - nell'ambito dell'*assistenza protesica*, è stata svolta una complessa attività di analisi del settore del *riciclo degli ausili* al fine di proporre nuove modalità di gestione (con formulazione di ipotesi innovative e loro impatto economico);
 - sono state elaborate e diffuse a tutto il personale *specifiche procedure per il corretto utilizzo degli automezzi aziendali e dei mezzi privati* per ragioni di servizio, per disciplinare la raccolta e il trattamento dei reclami/segnalazioni da parte dei cittadini, per il corretto utilizzo della telefonia mobile;
 - è stata definita la bozza di *accordo di programma con il Comune di Trento per la gestione di alloggi residenziali ad alta rilevanza sociosanitaria*;
 - è stato mantenuto e consolidato il decentramento di alcune funzioni di base presso il Comune di Trento e altre sedi al fine di facilitare l'accesso dei cittadini;
- *area della sicurezza degli operatori e degli utenti:* si è provveduto a organizzare specifici *corsi di retraining di BLS/D*, ai quali hanno partecipato un numero elevato di operatori di più profili professionali appartenenti a tutte le unità operative. Nell'ambito della *prevenzione e gestione del rischio clinico legato all'utilizzo di farmaci*, si è optato per la realizzazione di un evento accreditato ECM (come aggiornamento monotematico) al quale hanno partecipato 60 operatori della unità operativa Assistenza primaria. La responsabile del Servizio infermieristico del Distretto ha collaborato, con il Servizio formazione, alla costruzione di un corso accreditato ECM di 23 ore ciascuno sul tema della gestione della terapia farmacologica, al quale hanno partecipato circa 50 infermieri di tutti i distretti. È stato avviato, in collaborazione con il NOPP aziendale, un gruppo di lavoro finalizzato alla individuazione dei rischi a cui sono esposti i lavoratori che effettuano prestazioni sanitarie a domicilio dei pazienti;
- *formazione:* la direzione di Distretto ha supportato/autorizzato lo svolgimento di iniziative di formazione nelle forme più diverse, organizzate dalle unità operative. Sono state promosse, anche sulla scorta delle esigenze emerse nei formali incontri per la valutazione del personale, le attività di formazione/aggiornamento del personale attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti messi a disposizione in ambito aziendale;
- *razionalizzazione nel consumo delle risorse:* tutte le Unità operative sono state coinvolte ed hanno partecipato al monitoraggio continuo dell'uso delle risorse, al fine di concludere l'anno nel rispetto del budget assegnato dalla Direzione generale;
- *assistenza collettiva:* sono state realizzate tutte le attività previste per il 2009 dalla competente Direzione igiene e sanità pubblica, con particolare riferimento al *Piano provinciale di prevenzione attiva*, alla attività di

educazione alla salute nelle scuole, alla promozione e coordinamento degli *screening oncologici* (tumori femminili nei confronti di gruppi di donne straniere e avvio screening per il cancro del colon retto), al *“Programma PASSI”*, alle attività di informazione e vigilanza sugli alimenti, alla partecipazione al progetto *“Profili di salute di comunità”*, alla realizzazione (secondo la programmazione) degli interventi vaccinali e delle attività realizzate nell’ambito delle *dipendenze da alcol e fumo*. Due eventi hanno notevolmente impegnato gli operatori in attività non programmate: un caso di TBC rilevato in ambito scolastico e, soprattutto, l’organizzazione degli interventi per affrontare la temuta *pandemia influenzale da virus AH1N1* con una campagna vaccinale straordinaria che si è aggiunta, quasi in contemporanea, a quella stagionale.

Va segnalata altresì la realizzazione delle fasi previste nel *progetto biennale di “Prevenzione del suicidio”* attraverso: l’attività di formazione nei confronti di personale dipendente, convenzionato e appartenente ad altri enti (forze dell’ordine, insegnanti, ecc.), l’attività di sensibilizzazione sul territorio trentino rispetto al tema, l’organizzazione di uno specifico convegno, la gestione e conduzione di una linea telefonica dedicata, la predisposizione di una scheda di rilevazione, presso i pronto soccorso aziendali, dei casi di suicidio e tentato suicidio e l’elaborazione dei dati sul fenomeno in collaborazione con il Servizio osservatorio epidemiologico APSS;

- *assistenza distrettuale*: nei confronti della *medicina convenzionata* si è attuata la promozione, nei confronti dei medici, per l’adesione al *progetto AMPERE* (che, infatti, ha visto aumentare i collegamenti) e la *promozione delle forme associative dei medici di assistenza primaria*: assieme ai responsabili delle associazioni esistenti sul territorio (19 associazioni cui fanno riferimento 112.000 cittadini) si sono tenuti specifici incontri per illustrare come le associazioni declinano gli obblighi contrattuali e, in generale, la progettualità dell’associazione, con particolare riferimento ai punti di forza e ai punti di debolezza che i medici riscontrano nella pratica quotidiana. L’assistenza in *cure palliative* è stata realizzata nel rispetto degli impegni assunti con i distretti del Trentino nord, in collaborazione e integrazione con le UOAP e con i MMG: il servizio si è particolarmente impegnato in attività di informazione/formazione per la promozione dell’accesso alle cure palliative e delle competenze mediche e infermieristiche necessarie per assicurarle.

Sono stati condotti i *controlli sull’attività delle strutture convenzionate* che insistono sul territorio di competenza, in modo congiunto tra le competenze amministrative e quelle sanitarie: in esito a tali verifiche e, per alcuna attività in collaborazione con il Dipartimento anziani, sono state avviate azioni di miglioramento (utilizzo della specialistica nelle RSA; cateterismo vescicale nelle RSA; revisione della scheda per la verifica tecnico-sanitaria).

► DISTRETTO VALLAGARINA

Nel Distretto Vallagarina nel corso del 2009 si sono realizzate le seguenti azioni di miglioramento:

- salute mentale: l'Unità operativa di Psicologia 2 e l'U.O. di Psichiatria hanno elaborato procedure condivise per migliorare il percorso assistenziale offerto agli utenti nei distretti della Vallagarina, Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena; l'U.O. di Psicologia – in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Rovereto, con i consultori e i servizi sociali dei distretti Vallagarina, Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena – ha elaborato procedure integrate e condivise nell'area del sostegno alla nascita, della tutela del minore e della genitorialità problematica;
- *alcolismo*: proseguendo le sue attività a sostegno di corretti stili di vita, in particolare con iniziative di contrasto ad alcolismo e tabagismo, il Servizio di alcologia ha:
 - garantito in tempi adeguati, a tutte le persone alla guida fermate per alcol, la possibilità di partecipare agli incontri di prevenzione degli incidenti stradali;
 - esteso l'invito informale agli incontri in sede visita patenti e l'invito formale a ridosso degli inizi degli incontri;
 - attivato la collaborazione con la sezione Lega tumori Vallagarina e con le amministrazioni comunali, per garantire due corsi per smettere di fumare rivolti alla popolazione;
 - gestito, in collaborazione con il Servizio alcologia di Trento, personale volontario in regime di Servizio civile, in grado di svolgere la propria attività al Servizio alcologia del Distretto Vallagarina per rinforzare la progettualità preventiva rispetto al consumo di alcol e alla promozione di sani stili di vita nei giovani;
- *Comitato infezioni ospedaliere*: è proseguita l'attività di monitoraggio delle infezioni in ospedale e nelle RSA, tramite programma *vigi@ct*; la collaborazione tra Comitato infezioni ospedaliere e RSA ha favorito l'invio di materiale biologico per la diagnosi di infezione connessa ai processi assistenziali, il monitoraggio di microrganismi "sentinella", il miglioramento continuo dei processi assistenziali (uso del catetere vescicale e lavaggio delle mani);
- *attività specialistica ambulatoriale*: la Direzione medica dell'ospedale ha continuato la raccolta, monitoraggio e reportistica delle prestazioni prescritte ed erogate con l'utilizzo del modello RAO, con il successivo invio dei report individuali personalizzati ai Mmg e Pls del Distretto Vallagarina oltre che ai singoli medici prescrittori in merito alla qualità delle prestazioni valutate o prescritte; i medici convenzionati hanno partecipato al miglioramento del modello di governo della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia sul versante delle singole prestazioni specialistiche ambulatoriali sia in ordine alla erogazione dei percorsi diagnostici o "pacchetti" di pre-

stazioni, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri;

- *assistenza domiciliare integrata-cure palliative*: è proseguita, anche grazie alla presenza della quarta unità medica, la collaborazione tra la U.O. di Assistenza primaria/Cure palliative della Vallagarina e le UU. OO. di Assistenza primaria dei distretti Alto Garda e Ledro e Giudicarie e Rendena, rispondendo puntualmente a tutte le richieste di consulenza e registrando un aumento di attività;
- *progetto "pazienti silenti"*: è stato implementato il progetto "pazienti silenti: invito alla relazione medico paziente" da parte dei MMG, per la verifica delle condizioni di salute di una *classe di pazienti potenzialmente "a rischio"*, con l'attivazione di strategie e attività pianificate condivise tra i MMG, finalizzato a coinvolgere gli assistiti (cosiddetti silenti) appartenenti alla *fascia di età 45-60 anni che non hanno avuto contatti con il proprio medico curante da più di due anni* alla data di avvio dell'iniziativa. L'esplorazione del target d'utenza individuato ha consentito di rafforzare la relazione medico-paziente e ha determinato l'emersione di alcuni soggetti affetti da ipertensione e di un soggetto affetto da neoplasia;
- *Neuropsichiatria infantile*: presso il Distretto Vallagarina, l'attività di comunicazione aumentativa alternativa – intervento specialistico organizzato dall'U.O. di Neuropsichiatria 2 come servizio multizonale per tutta la provincia di Trento e rispetto al quale è attiva una collaborazione stabile di ricerca/formazione con l'Istituto IPC don Milani-Depero – ha interessato più di 50 ragazzi con disabilità grave della comunicazione (tra cui le patologie dello spettro autistico). È anche proseguita la collaborazione stabile di formazione/ricerca/intervento sull'autismo con l'Università di Trento-Polo di Rovereto, così come il progetto di collaborazione sulla prevenzione dell'autismo con l'Università di Trento-Polo di Rovereto e l'UONPI della Basilicata; per la riabilitazione/occupazione e l'inclusione di adolescenti inseriti nella comunità terapeutica di Villa San Pietro ad Arco, è attiva la collaborazione con l'associazione Girella e il Servizio sociale; è stata mantenuta la collaborazione/consulenza di terzo livello sulle disabilità in età evolutiva con l'équipe del dott. Adriano Ferrari di Reggio Emilia.

Presso i distretti Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena è stata garantita l'attività specialistica e quella finalizzata alla integrazione scolastica, grazie alla presenza costante di professionisti presso le due sedi distrettuali, sia con le attività residenziali sia con le attività di collaborazione con diverse associazioni del settore.

► **DISTRETTI VALLE DI NON E VALLE DI SOLE**

Nei Distretti Valle di Non e Valle di Sole sono state realizzate le seguenti azioni:

- *assistenza collettiva*: sono state attuate nelle scuole le iniziative previste dal *programma di educazione alla salute* per l'anno scolastico 2008-2009 (attività consolidata); per l'aumento della copertura della *vaccinazione*

antinfluenzale sono stati coinvolti i medici di medicina generale (copertura antinfluenzale Valle di Non soggetti >65 anni=68%, Valle di Sole 68%). È stata effettuata nell'autunno 2009, da parte del Servizio igiene pubblica, la *campagna antinfluenzale H1N1*, come da disposizioni ministeriali. In ordine alla definizione "*profili di salute di comunità*", è stata attuata, a seguito dell'obiettivo n. 2/2006, la sperimentazione della definizione del "profilo di salute delle comunità della Valle di Non e della Valle di Sole" attraverso un'analisi quantitativa (con la raccolta di dati epidemiologici, demografici, delle condizioni socio-economiche) e un'analisi qualitativa (mediante lo strumento dei focus groups, con il coinvolgimento di 221 "persone significative" della comunità). A seguito della presentazione dei risultati ai comitati di distretto delle due valli nel settembre 2007, è stato deciso di focalizzare l'attenzione su due aspetti: "*igiene dell'ambiente*" (in relazione all'utilizzo di antiparassitari e agli effetti sulla salute umana) e "*comportamenti e stili di vita degli adulti e degli adolescenti*". Per il primo aspetto è stato costituito nel novembre 2007, un gruppo di lavoro interistituzionale, che ha approfondito l'argomento (con dati di attività e di processo), al quale hanno partecipato oltre all'APSS, l'APPA, l'Istituto agrario di San Michele, l'APOT e le associazioni degli agricoltori. I risultati del lavoro sono stati presentati ai comitati di distretto l'11 giugno 2008 e alla popolazione il 14 luglio 2008 a Cles in un incontro pubblico, al quale hanno partecipato circa 350-400 persone. Nel mese di luglio 2009 è stato ultimato, stampato e distribuito a cura del Distretto, il documento di sintesi dei lavori prodotti dal gruppo sopraddetto. Inoltre, in attuazione della deliberazione della Giunta provinciale n. 1154 del 9 maggio 2008, è stata promossa un'indagine conoscitiva sull'esposizione a prodotti fitosanitari nella popolazione non esposta professionalmente: in collaborazione con il Comitato di distretto della Valle di Non, sono stati individuati 23 soggetti e 23 abitazioni che sono stati oggetto della ricerca nel 1° semestre 2009: i risultati della ricerca, predisposti dalla Direzione igiene e sanità pubblica, sono stati presentati alla conferenza dei sindaci nel mese di gennaio 2010. Per il secondo aspetto è in corso lo "*studio PASSI*", in collaborazione con il Ministero della salute, che prevede, per i distretti della Valle di Non e della Valle di Sole, un'intervista telefonica a 22 persone al mese tramite un apposito questionario (il campione ministeriale per i due distretti prevede 8 interviste/mese); è disponibile il report 2008 relativo alle interviste effettuate. Inoltre per approfondire gli *stili di vita e i comportamenti degli adolescenti*, in collaborazione con tutti gli Istituti scolastici della Valle di Non e della Valle di Sole, è stata promossa la ricerca "*Salute e stili di vita dei giovani nelle Valli del Noce*" attraverso la somministrazione – nel mese di novembre 2008 ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni – di un questionario Health behaviour in school-aged children (HBSC): effettuata l'analisi dei dati, i

risultati della ricerca HBSC e dello studio PASSI sono stati presentati, agli insegnanti, agli amministratori, agli operatori sociosanitari e alla popolazione in un incontri pubblici (a Cles, il 30 novembre 2009, a Dimaro, il 12 aprile 2010); il rapporto completo della ricerca è stato distribuito nel mese di aprile 2010.

- *assistenza distrettuale*: si è consolidata l'integrazione fra ospedale e territorio, al fine di garantire un'efficace presa in carico di pazienti complessi, anche tramite l'individuazione del *coordinatore di percorso* nelle UU.OO. di Medicina e Geriatria, quale facilitatore organizzativo delle dimissioni ospedaliere. Dal mese di novembre 2007 ha preso avvio nel Distretto Valle di Sole il *percorso diagnostico-terapeutico del diabete*: obiettivo del progetto è quello di *riaffidare al medico di medicina generale la gestione dei pazienti non complicati*, all'interno di un percorso clinico-organizzativo definito; su 280 pazienti seguiti dal Centro antidiabetico 156 sono stati affidati al MMG (56%); il progetto nel corso del 2009 è stato consolidato.

Da febbraio 2008, a seguito dell'obiettivo n.5/2007 assegnato dalla Provincia all'APSS, il *progetto "cure palliative"* è operativo anche nel Distretto della Valle di Non e prevede la presa in carico dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e dei servizi territoriali, con la consulenza periodica dell'équipe di cure palliative del Distretto di Trento e Valle dei Laghi: il progetto è ormai consolidato in ambedue i distretti con accesso settimanale da parte del medico palliativista; nel 2009 sono stati seguiti 32 pazienti.

Il *Progetto AMPERE* (obiettivo n.13/2007 PAT: informatizzazione delle RSA, dei MMG e dei PLS) è in fase di avanzata realizzazione, con la disponibilità dei report di utilizzo del sistema da parte dei singoli medici.

La *ricerca-azione per la valutazione di bisogni complessi relativi a pazienti psichiatrici o portatori di handicap* ha preso avvio nel mese di aprile 2006: il 23 aprile 2008 gli esiti della sperimentazione sono stati presentati in una comunicazione pubblica a Trento, alla quale hanno partecipato circa 150 persone. A seguito della delibera di G.P n. 2835/2008 recante "*Completamento ed estensione degli esiti della ricerca-azione di cui alla deliberazione della G.P. n. 863 del 23 aprile 2004*", nel 2009 il nuovo modello di UVM individuato è stato introdotto gradualmente a livello distrettuale da parte dei servizi multizonali di Psichiatria, NPI e Psicologia clinica, in collaborazione con i servizi socio-assistenziali dei comprensori;

- *l'assistenza specialistica ambulatoriale*: sono state ribadite le disposizioni ai responsabili relativamente all'applicazione del modello RAO ed è stata consolidata la verifica del corretto utilizzo dello strumento da parte dei medici prescrittori, attraverso la predisposizione di report individuali e confronti con gli erogatori delle prestazioni (audit). In applicazione della delibera della Giunta provinciale n. 2043/2007 "Direttive all'APSS per la

rivalutazione e il potenziamento del presidio ospedaliero di Cles”, che prevedeva anche il potenziamento della struttura diagnostica per immagini, è stato installato all’interno del Servizio di radiodiagnostica, un *nuovo apparecchio fisso per RMN polifunzionale*, operativo dal mese di settembre 2008 e una *nuova TAC multistrato* (aprile 2009);

- *assistenza ospedaliera*: si è proseguito quanto avviato negli anni precedenti in riferimento alla riduzione dei ricoveri ordinari, in particolare di quelli inappropriati e allo sviluppo dei ricoveri diurni (day Hospital e dei day Surgery); si è focalizzata l’attenzione sul *governo delle interfacce fra unità operative e servizi, tramite l’attuazione, verifica e revisione di contratti, procedure, protocolli, percorsi clinico-assistenziali, indicatori di performance e indicatori clinici*. Con delibera del Direttore generale del 9 settembre 2009 è stato istituito il *Dipartimento strutturale intraospedaliero di medicina interna e area critica*; dal 1° ottobre 2009 è stata istituita la guardia attiva interdivisionale notturna, effettuata dai medici delle UU.OO. di Geriatria e Medicina. Nel mese di novembre 2009 è stato nominato il Direttore e il Comitato di dipartimento.

In relazione all’attuazione dei *requisiti minimi per l’autorizzazione*, il 2 marzo 2009 è stato effettuato il sopralluogo da parte dei referenti dell’Assessorato alla salute e alle politiche sociali presso il poliambulatorio di Malè, con esito positivo.

Nel Servizio di pronto soccorso è entrato pienamente a regime il sistema “triage”, con rilevazione dei codici ed è avviata la dimissione diretta, da parte delle unità operative di Ostetricia-Ginecologia e di Pediatria, dei pazienti per i quali è stata richiesta una consulenza dal PS. Tutte le consulenze richieste dal PS alle UU.OO. sono inserite nel Sistema informativo ospedaliero (SIO);

- *obiettivi assegnati dalla Provincia all’APSS per l’anno 2009*: i distretti hanno partecipato, per quanto di competenza, alle iniziative previste per la realizzazione degli obiettivi PAT, come richiesto dai rispettivi responsabili. Nell’ambito dell’obiettivo 7/2008 – “Assistenza ostetrico-neonatale: Percorso nascita”, sono state realizzate le seguenti attività:
 - dal mese di aprile 2008, è stato avviato, in collaborazione con il Servizio socio-assistenziale dei comprensori della Valle di Non e della Valle di Sole, un *progetto di assistenza in puerperio*, che prevede una visita a domicilio a tutte le donne primipare, da parte di un’ostetrica in seconda o terza giornata: nel 2009 sono stati effettuati 251 accessi a domicilio in favore di 219 donne primipare (17 hanno richiesto più di un accesso);
 - dal mese di gennaio 2009, ha preso avvio ufficialmente, presso l’ospedale Valli del Noce, il progetto che prevede *l’analgesia epidurale in travaglio di parto*, che vede coinvolte l’U.O. di Ostetricia-Ginecologia e il Servizio di anestesia e rianimazione: nel 2009 sono state eseguite 71 analgesie, corrispondenti al 17,3 % dei parti;

- nel 1° semestre 2009 è stato rivisto, da parte degli operatori del consultorio familiare, dei PLS e dei servizi socio-assistenziali, il “percorso nascita”, al fine di uniformare i comportamenti dei vari operatori;

Nel mese di aprile 2009 è stato avviato in Valle di Sole lo *screening del tumore del colon-retto*, come previsto dallo specifico obiettivo provinciale; al fine di sensibilizzare i soggetti coinvolti, nei mesi di aprile e maggio 2009 sono stati promossi un incontro con i MMG e cinque incontri con la popolazione.

Da novembre 2009 è avviato lo screening anche nel Distretto della Valle di Non: a tale scopo, il 28 ottobre 2009 si è tenuto a Cles un seminario di formazione, organizzato dal Servizio formazione dell'APSS, al quale hanno partecipato circa 80 operatori (MMG, infermieri territoriali e ospedalieri, farmacisti, medici ospedalieri); nel mese di marzo 2010 sono stati promossi 4 incontri informativi con la popolazione;

- *sicurezza delle persone e sicurezza dei pazienti*: si è provveduto a presentare ai dirigenti e preposti la *chek-list*, predisposta dal NOPP, per la *verifica della corretta applicazione delle misure di prevenzione e protezione dei lavoratori*, ai sensi del D.Lgs. 81/2008. È stato consolidato l'incident reporting (avviato nel 2007) in tutte le UU.OO. e Servizi e avviata la rilevazione tramite SIMES (eventi sentinella del Ministero);
- *centralità e coinvolgimento dell'utente*: sono stati predisposti due documenti di “*Guida per gli utenti*” relativi all'ospedale Valli del Noce e ai servizi territoriali dei distretti Valle di Non e Valle di Sole. Per verificare il *grado di soddisfazione dei pazienti ricoverati*, è stato somministrato in via sperimentale, da giugno a ottobre 2009, un apposito questionario; i risultati preliminari sono stati presentati nel mese di dicembre 2009 e sono in fase di elaborazione i report completi suddivisi per unità operativa;
- *formazione*: a integrazione dell'attività formativa promossa dal Servizio formazione dell'APSS e degli eventi formativi esterni, sono stati programmate, dall'U.O. di Medicina, tre giornate di formazione rivolte ai MMG, ai medici ospedalieri e agli infermieri, sulla malattia diabetica, sulla sindrome coronarica acuta e sull'ictus (aprile, giugno e novembre 2009); in dicembre 2009 è stato organizzato dal Distretto un seminario di formazione per i MMG e i medici ospedalieri sulle malattie reumatologiche.

► DIPARTIMENTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Nel Dipartimento di anestesia e rianimazione, nel corso del 2009 risultano realizzate le seguenti attività:

- *prelievo d'organi e tessuti*: che ha portato la nostra provincia al primo posto in Italia, rapportato alla popolazione residente, per la donazione multiorgano; i 19 pazienti deceduti che hanno donato gli organi hanno consentito la donazione di 61 organi. È stato effettuato il primo prelievo da un'équipe di Innsbruck, adempiendo così agli obblighi della convenzione

rinnovata nel 2009, tra la Provincia di Trento e il Land Tyrol. Questi risultati sono legati sia all'avvio della attività di neurochirurgia che, soprattutto, all'impegno dei medici e del personale della terapia intensiva;

- *ambulatori di terapia antalgica*: sono stati potenziati nelle sedi di Trento e Rovereto;
- *sedute operatorie*: è stata potenziata l'offerta globale di sedute operatorie del Dipartimento, allo scopo di abbreviare le liste d'attesa per intervento chirurgico; a fine 2009 venivano effettuate 162 sedute operatorie settimanali nell'APSS (di cui 6 in anestesia locale, con assistenza dell'anestesista);
- *attività neurochirurgica*: è stata ulteriormente incrementata, assicurando 6 sedute operatorie settimanali a Trento;
- *recovery room*: aperta a Trento (con 3 posti letto) dal lunedì al venerdì con orario 8-20, ha determinato un miglioramento dell'assistenza postoperatoria, una maggiore sicurezza per i pazienti, un miglior controllo del dolore e una riduzione dei ricoveri in terapia intensiva;
- *visite preoperatorie*: si è completata l'implementazione delle visite a tutti i pazienti operati in elezione a Trento;
- *migliorare la sicurezza delle persone*: si sono avviate, in tutti gli ospedali, iniziative per la sicurezza dei pazienti: alcune sono comuni, altre specifiche di singoli presidi ospedalieri. In sostanza si sta completando il lavoro di revisione procedure previsto dal "Manuale della sicurezza in sala operatoria" pubblicato dal Ministero della salute nell'ottobre 2009;
- *valutazione delle tecnologie sanitarie*: sono stati realizzati specifici interventi di revisione e adeguamento dei dispositivi, secondo criteri di omogeneità, per garantire la sicurezza delle vie aeree (broncoscopi, video laringoscopi, ecc) con l'obiettivo di garantire in ogni ospedale lo standard comune;
- *formazione*: sono stati realizzati diversi progetti di formazione sul campo e/o monotematici nelle seguenti aree: neurochirurgia, inserimento del neoassunto, sicurezza dei pazienti, prelievo d'organi e tessuti;
- *razionalizzazione nel consumo delle risorse*: è stata perseguita la omogeneizzazione, a livello dipartimentale, dell'utilizzo di attrezzature e dispositivi: cateteri venosi centrali, broncoscopi, ...

► DIPARTIMENTO DI LABORATORIO

Nel Dipartimento di laboratorio i principali interventi hanno riguardato i seguenti ambiti:

- *qualità*: l'attività del Dipartimento è stata fortemente incentrata a garantire il mantenimento della certificazione dei laboratori; nelle giornate dal 27 al 29 aprile 2009 è stato effettuato da parte di BVQI Italia l'audit di mantenimento che si è concluso con la conferma della certificazione. I mesi successivi sono stati impiegati nella predisposizione del rinnovo della certificazione per il 2010;

- *JCI riaccreditamento ospedale S. Chiara*: nel 2009, la responsabile della struttura semplice dipartimentale della qualità è stata parte attiva nella predisposizione delle attività in risposta alle osservazioni sollevate dai verificatori durante la survey di settembre 2008, collaborando con la Direzione dell'ospedale di Trento. In particolare: è stato attivato e messo a punto il sistema di telecontrollo delle temperature di frigoriferi e incubatori (sicurezza e gestione nei laboratori), sono stati trasmessi alla Direzione ospedaliera i documenti dipartimentali sulla fase pre e post analitica relativi al percorso di accettazione del campione e di produzione, validazione e trasmissione del referto. Nel mese di giugno 2009 la responsabile della struttura semplice dipartimentale della qualità ha partecipato, in qualità di auditor, alla survey JCI che ha interessato la patologia clinica di Trento;
- *genetica medica*: è stato impostato il sistema qualità nel servizio secondo gli standard di accreditamento della Società italiana di genetica umana (standard di riferimento per la certificazione BVQI dei servizi di genetica). Le attività di genetica svolte nel corso del 2009 hanno mantenuto gli standard qualitativi già garantiti nel periodo precedente, consolidando i tempi di attesa e rispettando i casi urgenti con massimo quattro giorni di attesa (RAO); sono state soddisfatte tutte le richieste di accesso alle donne inviate dai centri di diagnosi prenatale e dall'ambulatorio gravidanze a rischio;
- *nuovi laboratori di patologia clinica e microbiologia ospedale S. Chiara*: in attesa della disponibilità dei nuovi locali nei quali è prevista la migrazione, il laboratorio si è adattato attraverso una riorganizzazione dei piani previsti (es: dosaggio farmaci, proteine specifiche) sullo strumento polifunzionale VISTA; ha inoltre curato la formazione sul campo del personale attivando percorsi organizzativi che troveranno, con l'avvio del nuovo laboratorio, una definitiva realizzazione. L'unità operativa di microbiologia e virologia costituisce laboratorio di riferimento per gli altri ospedali per l'effettuazione di esami specifici (in particolare di secondo livello) nonché centro di riferimento per tutte le urgenze microbiologiche e per gli screening sierologici dei donatori d'organo e multi tessuto: tale funzione è stata ribadita, per le urgenze microbiologiche, nel piano di revisione della pronta disponibilità negli ospedali periferici. Va ancora segnalato il completamento del percorso relativo alle consulenze per malattie genetiche ereditarie e oncologiche, attraverso la rilevazione e definizione delle prestazioni appropriate, in collaborazione con i reparti interessati. L'ambulatorio di Microbiologia è stato istituito, presso il poliambulatorio di via Crosina, elaborando un'istruzione operativa relativa alle modalità di erogazione del servizio ai pazienti ambulatoriali e attivando le agende elettroniche di prenotazione.
- *appropriatezza richieste servizi di PS e medici di medicina generale*: nel 2009 si è lavorato, d'intesa con il Dipartimento di urgenza-emergenza, al fine di assicurare l'applicazione delle linee guida inerenti le richieste di medicina

di laboratorio e di uniformare i comportamenti dei responsabili di ogni Servizio di pronto soccorso dell'APSS.

In collaborazione con il Servizio sistemi informativi, sono state riviste le tabelle che permettono il colloquio tra applicativi in uso presso i MMG e i sistemi informatici aziendali, per consentire la richiesta informatizzata di esami da parte dei medici di medicina generale;

- *screening carcinoma colon-retto*: è continuata l'attività di supporto allo screening del carcinoma colon-retto nei vari distretti aziendali;
- *sorveglianza infezioni nosocomiali*: è stato parametrizzato il modulo base dell'applicativo "Mercurio" (insieme di programmi che all'interno del LIS permette la Sorveglianza delle infezioni nosocomiali) che permette di effettuare rilevazioni epidemiologiche basate sui risultati microbiologici prodotti dai diversi laboratori dipartimentali. I report relativi alle resistenze batteriche, sia per l'ospedale di Trento che per tutta l'APSS, sono stati elaborati e inviati al CIO di Trento e al CIPASS per l'approvazione e la diffusione;
- *sicurezza dei pazienti*: sono state regolarmente applicate le procedure riguardanti la sicurezza dei pazienti; la procedura di incident reporting è attiva dal 2008, al fine di registrare anche eventi non previsti nella scheda informatizzata; è attivato in tutto il Dipartimento un registro degli incidenti in ambulatorio prelievi; è prevista nel sistema qualità la registrazione degli eventi come non conformità sul sistema Isolab; le schede rischio chimico sono state costantemente aggiornate e inviate al NOPP.
- *punto prelievi presso RSA*: formazione del personale per l'apertura del punto prelievi presso la APSP M. Grazioli di Povo e supporto in loco per l'inizio dell'attività. In collaborazione con il Servizio formazione aziendale sono stati effettuati corsi di aggiornamento per il personale di altre APSP/RSA. È stato fatto un incontro formativo con il personale della SPES – che opera presso i punti prelievo di Mezzolombardo, via dei Mille e CSS – per un aggiornamento;
- *processi tecnico-amministrativi – valutazione delle tecnologie sanitarie*: il modello HTA per la valutazione delle tecnologie sanitarie è costantemente applicato nelle unità operative, in particolare per la definizione del programma acquisti in conto capitale e per la valutazione di attività diagnostiche nuove o da modificare. È stata consolidata l'attività di *sieroimmunologia-infettivologica* (manuale verso automatizzata o semiautomatica – esami anticorpi anti-enterovirus, anti C. Pneumoniae e C. Trachomatis), effettuata la valutazione tecnica riguardo alla possibilità di automazione di alcuni esami relativi a patologie autoimmuni e del complesso TORCH; ulteriori valutazioni HTA hanno riguardato la *diagnostica molecolare*, gli autoanticorpi nelle malattie neurologiche e il *recupero degli esami esternalizzati* (autoimmunità e diabete). Presso il settore di *biologia molecolare* del

laboratorio di patologia clinica è stata attivata l'estrazione del DNA dai campioni di sangue periferico da sottoporre ad analisi molecolare presso laboratori specialistici di altre aziende (anziché spedire sangue periferico viene spedito DNA con risparmio sulle richieste di prestazioni da eseguire presso altre strutture). È stata attivata la collaborazione con il reparto di cardiologia (programmazione, definizione criteri inclusione pazienti, definizione protocollo operativo, predisposizione modulo raccolta dati, richiesta approvazione al Comitato etico aziendale) per la *valutazione biomarcatori cardiaci* (MR-proANP e NT-proBNP) per l'inquadramento dell'*insufficienza cardiaca congestizia* con l'esecuzione delle prime determinazioni e il completamento della raccolta campioni per ottimizzare l'utilizzo del kit disponibile. È stato completato il miglioramento dell'appropriatezza della diagnostica oncologica del *PSA riflesso* per le richieste di pazienti sia interni sia ambulatoriali, definendo le istruzioni operative per l'integrazione del ticket e verificando i dati dipartimentali dei primi sei mesi di utilizzo. Dopo alcune difficoltà iniziali di messa a punto del metodo, sono stati avviati i *dosaggi dei farmaci antiretrovirali* (anche se le richieste provenienti dall'unità operativa di malattie infettive sono limitate). In considerazione della possibilità dell'*introduzione del test GFR*, accanto al dosaggio della creatinina sierica, sono stati presi contatti con il Direttore dell'unità operativa di nefrologia e si sono attivate le valutazioni delle problematiche relative all'introduzione del test GFR nelle unità operative del Dipartimento;

- *Formazione*: realizzazione di corsi di formazione per il mantenimento dell'*aggiornamento del personale amministrativo dei punti di accettazione*. Predisposto in collaborazione con il Servizio formazione aziendale un *corso in ottica preanalitica* per tutto il personale dei laboratori di Trento e Pergine che ha preso avvio negli ultimi mesi del 2009 e si concluderà nel corso del 2010. Realizzata la *formazione sul campo* nelle unità operative del Dipartimento.

► DIPARTIMENTO DI RADIODIAGNOSTICA

Nel Dipartimento di radiodiagnostica le attività principali sono state finalizzate a:

- *sviluppare e migliorare l'integrazione assistenziale* collettiva, ospedaliera e distrettuale favorendo un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale mediante la collaborazione alla realizzazione del *programma di screening dei tumori della mammella* in qualità di attori principali, e alle attività diagnostiche di 2° livello per quanto concerne lo *screening del cancro del colon-retto*;
- *sviluppare e aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa*, migliorando l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali con azioni di partecipazione attiva alle iniziative volte all'*individuazione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici presso l'ospedale di Rovereto* e attraverso la realizzazione del progetto "Radiologo clinico" finalizzato all'individuazione

- di nuove metodologie di condivisione, con i clinici, dei criteri di proposta degli esami radiologici;
- *migliorare l'accessibilità dei servizi e la tempestività delle prestazioni erogate agli utenti*, attraverso il perfezionamento degli strumenti di *priorità clinica* esistenti (organizzazione flussi di lavoro e aumento fasce orarie di offerta diagnostica) per *ridurre i tempi d'attesa*, il *controllo preventivo concordanza/appropriatezza delle proposte diagnostiche* (secondo modello RAO) e l'impostazione di un programma di revisione del manuale RAO;
 - *attivare e riqualificare i servizi sanitari offerti*, attraverso:
 - la definizione e l'attivazione di un programma di riorganizzazione dell'attività di *diagnostica senologica* mediante *ridefinizione dei flussi di lavoro grazie alla disponibilità di nuovi sistemi di digitalizzazione delle immagini* sia per lo screening che per l'attività in elezione;
 - il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività di *guardia medica radiologica* aziendale sulle 24 ore;
 - la stabilizzazione della nuova attività di risonanza magnetica presso l'ospedale di Cles;
 - il miglioramento quantitativo e qualitativo dell'offerta diagnostica mediante TAC a seguito dell'installazione e attivazione della nuova apparecchiatura multistrato presso l'ospedale di Rovereto; si è reso così possibile *l'avvio di un'attività diagnostica specifica a supporto dell'attività della chirurgia vascolare*;
 - la riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta diagnostica in *radiologia convenzionale* presso gli ospedali di Cles, Cavalese e Borgo Valsugana grazie alla disponibilità di nuove apparecchiature DR;
 - l'incremento e l'affinamento tecnico dell'attività di *radiologia interventzionale* presso l'ospedale di Trento;
 - la ridefinizione dei flussi di lavoro in radiologia convenzionale, ecografia, TAC, risonanza magnetica e angiografia, sia nelle singole unità operative che a livello dipartimentale;
 - *migliorare la sicurezza delle persone*, proseguendo i programmi intrapresi negli anni precedenti;
 - *semplificare i percorsi degli utenti*, attraverso specifiche attività volte a migliorare la risposta alle esigenze dell'utente in merito alla programmazione degli esami, al pagamento del ticket e al ritiro del materiale documentale (referti e immagini);
 - *valutare le tecnologie sanitarie* (attrezzature, dispositivi medici e prestazioni) secondo HTA e, in particolare, le seguenti: necessità tecnologiche relative all'attività di risonanza magnetica soprattutto presso gli ospedali di Trento e Rovereto e proposta di sostituzione delle apparecchiature TAC degli ospedali di Cavalese, Borgo, Tione e Arco con macchine adeguate alle moderne procedure diagnostiche;

- *assicurare la formazione*, mediante la prosecuzione della formazione del personale all'*utilizzo delle nuove tecnologie* diagnostiche (nelle sedi e secondo le modalità più opportune) e nella collaborazione all'organizzazione dei *programmi formativi obbligatori* sulla sicurezza in radiodiagnostica e risonanza magnetica;
- *ridefinire le funzioni del personale amministrativo* assegnato al Dipartimento;
- *ridurre sensibilmente il consumo di pellicole radiografiche* (grazie alla disponibilità di nuovi sistemi di fruizione delle immagini diagnostiche) presso le varie unità operative cliniche e presso le sale operatorie.

► DIREZIONE CURA E RIABILITAZIONE

Nella Direzione cura e riabilitazione (servizi e unità operative afferenti) le azioni e gli interventi di maggiore significato, realizzati nel corso del 2009 – riferibili al *governo dei processi volti a promuovere l'integrazione e la continuità assistenziale nella loro dimensione strutturale, professionale e organizzativa e a consolidare i processi di accreditamento in atto* – sono i seguenti:

- *sviluppare e migliorare l'integrazione assistenziale* collettiva, ospedaliera e distrettuale favorendo un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale mediante le seguenti attività:
 - *Sistema informativo territoriale (SIT)*: il "modulo continuità assistenziale" è stato esteso a tutte le sedi, attivando il collegamento telematico tra sistema informativo del Servizio Trentino emergenza 118 e sistema informativo della continuità assistenziale. Il Sistema informativo territoriale SIT per la gestione delle attività di psichiatria, psicologia, disturbi del comportamento alimentare, neuropsichiatria infantile, centro alcologico e consultorio è attivo in tutti i distretti (con indicatori di attività, di processo, di esito e di costo relativi alle attività). Il sistema informativo "Ippocrate Ser.T." (assistenza alle persone con dipendenze patologiche) è stato esteso e implementato nelle strutture della rete assistenziale aziendale (le unità operative di pronto soccorso di Trento, Rovereto, Borgo, Cavalese, Tione e Mezzolombardo) ed extra aziendale (agenzie della rete assistenziale territoriale extra APSS – 8 sedi di comunità terapeutiche, case circondariali)^[81];
 - *programma informatizzato per la gestione dei pazienti ambulatoriali* per facilitare prescrizione e prenotazione delle prestazioni necessarie allo specialista per il completamento/approfondimento dell'iter diagnostico;
 - *stesura di percorsi diagnostico-terapeutici per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche*;

^[81] Con la conseguente realizzazione di una cartella clinica condivisa che, nel rispetto della privacy e delle varie autorizzazioni al trattamento dati, segue il paziente nel percorso terapeutico all'interno della rete assistenziale territoriale convenzionata con l'APSS. Il collegamento con le U.O. di pronto soccorso consente oggi ai pazienti, in trattamento farmacologico, di assumere il farmaco previsto dal piano terapeutico anche presso queste strutture aziendali senza bisogno di formalità.

- consolidamento e sviluppo in tutta la rete aziendale della funzione della continuità assistenziale ospedale/territorio mediante la figura del *Coordinatore di percorso*;
- consolidamento del Servizio di *continuità assistenziale*, mediante l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato;
- sviluppo del progetto provinciale sulla *defibrillazione precoce* da parte dei gruppi di popolazione individuati;
- miglioramento della continuità terapeutica ospedale-territorio, mediante il rinnovo dell'*accordo triennale con le farmacie convenzionate e la distribuzione intermedia per la fornitura diretta di confezioni del PHT* (prontuario ospedale-territorio) di proprietà di APSS, che prevede modalità di retribuzione del servizio più favorevoli al SSP (corresponsione di un onorario fisso per confezione erogata);
- partecipazione alle attività dell'Area vasta Nord Est per le malattie rare, anche al fine dello sviluppo del percorso clinico assistenziale per i pazienti affetti da *sclerosi laterale amiotrofica*;
- *sviluppare e aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa* per migliorare l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali, mediante le seguenti azioni:
 - collaborazione alle definizioni di *percorsi diagnostico-terapeutici*;
 - revisione delle procedure di *accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali*;
 - collaborazione alla stipula degli *accordi con il privato accreditato* e attività di vigilanza della attività di ricovero delle strutture private accreditate;
 - individuazione degli obiettivi e *indicatori d'esito dei progetti terapeutici* offerti all'utenza e strutturazione del monitoraggio continuo degli stessi *nell'ambito delle tossicodipendenze*;
 - collaborazione del Servizio Trentino emergenza 118 allo sviluppo del progetto PAT 4/2009 sulla gestione del *paziente affetto da ictus*;
 - adeguamento dei flussi informativi della APSS al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), con riferimento al monitoraggio dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza in RSA e degli accessi ai PS;
- *migliorare l'accessibilità dei servizi e la tempestività delle prestazioni erogate agli utenti*, attraverso le seguenti azioni:
 - costante monitoraggio e analisi della domanda di prestazioni e *coordinamento delle attività finalizzate al contenimento dei tempi di attesa* delle prestazioni erogate dalle strutture aziendali e dalle strutture accreditate;
 - elaborazione di direttive per *garantire la continuità della prenotazione* delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
 - revisione dei *criteri* per l'individuazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di *primo accesso* rispetto alle prestazioni di *secondo accesso* (controlli);

- formalizzazione delle *procedure di accoglienza, aggancio e prima valutazione dei pazienti dipendenti da sostanze stupefacenti* e attivazione di uno ufficio per l'accettazione del paziente nella sede del Ser.T. di Trento;
- redazione dei *protocolli per il soccorso di base e avanzato dei pazienti affetti da arresto cardiaco e da ictus in ambito extraospedaliero*;
- messa a regime del *sistema di gestione dei dati di trattamento e immagini dei pazienti in terapia radiante* (sistema mosaik – tramite la collaborazione del Servizio di fisica sanitaria con l'unità operativa di radioterapia);
- emanazione di *direttive per l'assistenza farmaceutica aggiuntiva*, finalizzate a semplificare l'accesso dei pazienti con malattie rare neurologiche e metaboliche a interesse neurologico alle prestazioni farmaceutiche aggiuntive, definite nell'ambito dello specifico gruppo di lavoro dell'area vasta Nord Est.
- *attivare e riqualificare i servizi sanitari offerti*, attraverso i seguenti interventi:
 - predisposizione degli *interventi terapeutici rivolti ai pazienti con dipendenza patologica da gioco e da internet*;
 - partecipazione al *Comitato provinciale per la pandemia influenzale*;
 - partecipazione ai tavoli tecnici dell'Assessorato alla salute e politiche sociali e collaborazione alla realizzazione degli adempimenti previsti dalla LP 22/07, e dalle relative direttive annuali, in materia di *assistenza odontoiatrica* in provincia di Trento;
 - partecipazione al *Coordinamento interistituzionale per la tutela delle persone in situazioni di handicap*;
 - revisione delle *schede di verifica tecnico-sanitaria per le residenze sanitarie assistenziali* con introduzione di indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata; governo e monitoraggio della assistenza in struttura residenziale per le persone non autosufficienti al fine di garantire una omogenea applicazione delle direttive della Giunta provinciale in materia; adozione di specifico prontuario terapeutico per l'assistenza farmaceutica alle RSA al fine di adattarlo all'applicativo per la gestione informatizzata delle richieste (EUSIS-Richieste);
 - monitoraggio costante della *assistenza domiciliare* in provincia di Trento; introduzione di nuove modalità per la fornitura diretta di medicazioni avanzate per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee nei pazienti in cura presso i servizi cure domiciliari;
 - acquisizione dei dataware house (DWH) del sistema informativo territoriale (SIT) con riferimento alle attività di psichiatria, psicologia, neuropsichiatria infantile, consultori, disturbi del comportamento alimentare e alcolologia;
 - partecipazione ai progetti aziendali per lo *sviluppo della Rete HPH*;
 - utilizzo dei *medicinali equivalenti*: principale strumento per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, è stato oggetto di

- raccomandazioni ai prescrittori che sono stati orientati sui medicinali dotati – all’interno della propria categoria terapeutica – del miglior rapporto costo/beneficio; realizzazione della campagna di informazione a favore dei cittadini per incrementare l’utilizzo dei medicinali equivalenti “Ci sono farmaci che fanno bene anche al portafoglio”;
- elaborazione del progetto “Nuovi criteri e modalità per la definizione e l’aggiornamento del prontuario terapeutico dell’APSS basato sulla valutazione della trasferibilità e della sostenibilità dell’innovazione farmaceutica”, che comporta l’adozione della metodologia HTA per la valutazione dei nuovi medicinali in uso presso le strutture dell’APSS e la costituzione di un *Comitato aziendale per la sostenibilità dell’innovazione farmaceutica*;
 - costituzione del Dipartimento di area critica presso l’ospedale di Cles, del Dipartimento delle discipline specialistiche presso l’ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto;
 - *garanzia dell’assistenza specialistica su tutta la rete provinciale* mediante la gestione del fondo urgenza emergenza del Direttore generale;
 - valorizzazione dell’*ospedale di Borgo Valsugana*, attraverso l’istituzione dell’*ambulatorio del “piede diabetico”* e la *implementazione dell’attività ortopedica*;
 - *migliorare la sicurezza delle persone*, mediante interventi per:
 - aggiornare il fascicolo del documento di valutazione dei rischi (DVR);
 - monitorare le situazioni di rischio attraverso la compilazione periodica della check-list definita dal Nucleo operativo prevenzione e protezione (NOPP);
 - collaborare con l’Assessorato alla salute e politiche sociali per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e con il NOPP per la certificazione OHSAS;
 - ottimizzare le procedure per la diagnostica radiologica pediatrica;
 - *semplificare i percorsi degli utenti*, attraverso le seguenti specifiche attività:
 - *Comitato ospedale senza dolore*, con l’organizzazione di due indagini di soddisfazione dei pazienti;
 - risposta alle *segnalazioni/lamentele* inoltrate al Servizio rapporti con il pubblico della APSS, da Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato o direttamente dagli utenti;
 - realizzazione del *progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe* con il coinvolgimento di un’unità di strada per favorire il contatto con un’utenza “difficile”;
 - realizzazione del *progetto per le persone immigrate* che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti;
 - coinvolgimento delle associazioni dei cittadini al processo di valutazione sull’associazionismo in medicina generale e il pediatria di libera scelta;

- *valutare le tecnologie sanitarie* (attrezzature, dispositivi medici e prestazioni) secondo HTA attraverso le seguenti iniziative:
 - partecipazione ai gruppi di lavoro per la valutazione dei dispositivi medici e per la stesura del *piano di acquisto delle attrezzature elettromedicali per l'anno 2009 e 2010*;
 - valutazione delle proposte delle unità operative/servizi per l'aggiornamento del *nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*;
 - implementazione di *sistemi di CPAP* sui mezzi di soccorso avanzato di Trentino emergenza 118;
 - definizione delle procedure e dei percorsi per la *acquisizione dei sistemi di comunicazione per i pazienti affetti da malattia del motoneurone*;
- *assicurare la formazione*, mediante:
 - partecipazione a eventi formativi, quali quello sulla metodologia per la costruzione di percorsi clinici;
 - partecipazione a gruppi di lavoro e attività di docenza nell'ambito degli eventi formativi del Servizio formazione della APSS;
 - strutturazione di eventi di formazione interna mensili per gli operatori Ser.T.;
 - organizzazione di due corsi ECM sul campo per il personale tecnico del servizio di fisica sanitaria;
 - simulazioni di intervento di emergenza;
 - rinforzo a tutto il personale tecnico delle competenze di rianimazione cardiopolmonare di base per l'adulto e per il bambino;
 - formazione del personale infermieristico all'impiego della CPAP su prescrizione medica nell'ambito della medicalizzazione a distanza;
 - su proposta del Servizio farmaceutico è stato rieditato nel 2009 nell'ambito delle attività di formazione continua del personale dipendente e convenzionato con APSS – il seminario “La rete di farmacovigilanza: la segnalazione di reazioni avverse come strumento per la tutela della salute pubblica” cui risultano iscritti più di 500 operatori (medici, infermieri, farmacisti) dipendenti e convenzionati con APSS. Inoltre, fra le attività previste nell'ambito dell'obiettivo PAT 6c/09, sono state progettate ed erogate due edizioni del corso residenziale “Lo specialista e la prescrizione SSN tra obblighi normativi e aspettative del cittadino” rivolto agli specialisti dipendenti e convenzionati con APSS;
- *ridefinire l'organizzazione degli archivi dosimetrici del personale radio esposto*;
- *razionalizzare l'uso delle risorse*, attraverso l'introduzione dei controlli tossicologici su matrice cheratinica con significativa riduzione dei tempi di prelievo e del numero di esami necessari;
- realizzare una ricerca, in collaborazione con la Facoltà di Sociologia di Trento, su “Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope”.

Specifiche *iniziative di miglioramento o cambiamento* da segnalare, per complessità e importanza, sono state le seguenti:

- miglioramento dei *rapporti periodici per il monitoraggio delle prestazioni specialistiche* ambulatoriali;
- realizzazione del *software QlikView* per i dati relativi alla concordanza RAO per l'utilizzo del Sistema AMPERE da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- implementazione del *modulo del SIO* per la gestione dei pazienti ambulatoriali;
- miglioramento dell'*accesso alla prenotazione* delle prestazioni attraverso:
 - l'ampliamento dell'orario di prenotazione tramite il call center (fino alle ore 18.00 da lunedì a venerdì, fino alle ore 13.00 sabato);
 - la richiamata degli utenti in lista di attesa di una prenotazione (pazienti in preappuntamento);
 - l'invio di SMS e di e-mail di promemoria per ricordare l'appuntamento fissato;
 - l'estensione della collaborazione CUP-CAPIRR per la prenotazione con l'attivazione di nuovi sportelli;
- revisione aggiornamento delle procedure degli interventi terapeutici di area sanitaria per i pazienti affetti da dipendenza patologica.

► DIREZIONE DEL PERSONALE E SISTEMI INFORMATIVI

Nella Direzione del personale e sistemi informativi le azioni e gli interventi di maggiore significato, realizzati nel corso del 2009, sono riferibili alle seguenti aree:

- *formazione*, mediante le seguenti iniziative:
 - *formazione interna*: partecipazione di tutti i collaboratori del Servizio agli incontri formativi volti alla completa conoscenza e utilizzo della *nuova piattaforma informatica peoplesoft*, al fine di assicurare, con specifico riferimento al nuovo sistema di valutazione individuale annuale del personale dipendente, punto di riferimento e di supporto a tutte le articolazioni organizzative fondamentali di APSS;
 - *formazione esterna*: volta al miglioramento delle competenze dei singoli collaboratori su specifiche tematiche: informatiche, della comunicazione e dell'accesso.
 - progettazione ed erogazione di attività formative e di consulenze per la progettazione e l'*accreditamento ECM di progetti di formazione sul campo*;
- *processi tecnico-amministrativi*:
 - conclusione della *contrattazione integrativa aziendale* con stesura dei relativi testi unici per le aree dirigenziali medico-veterinaria e SPTA;
 - *attività libero professionale intramuraria*: è stata data applicazione al

nuovo atto aziendale dall'1.1.2009 con particolare riferimento all'attività innovativa, gestita in forma integrata con la DCR, ricondotta alla Commissione di promozione e verifica aziendale costituente, nella sostanza, osservatorio a livello aziendale per il monitoraggio dei volumi/liste d'attesa delle attività specialistiche ambulatoriali/libero professionali;

- realizzazione dei sistemi di *trasmissione in videoconferenza* per la i corsi OSS della sede formativa del Primiero
- realizzazione di un servizio per la videoconferenza per le lezioni da tenere in contemporanea nelle tre sedi del polo (Trento, Rovereto – Ala);
- *iniziative di miglioramento o cambiamento:*
 - *nuovo sistema di valutazione individuale/sviluppo professionale:* sperimentazione del sistema nei Distretti di Fiemme e Fassa e Trento e Valle dei Laghi sia per il personale dirigente che per il personale del comparto;
 - introduzione e implementazione dell'uso del *portfolio* quale strumento per l'inserimento e lo sviluppo professionale dei tutor clinici;
 - organizzazione delle *giornate open-day per promozione delle professioni sanitarie* organizzate presso le sedi di Trento, Rovereto Ala e Ziano di Fiemme;
 - *incontri informativi sui corsi di laurea* in varie scuole del territorio provinciale e presso l'Università degli Studi di Verona;
 - elaborazione di procedure amministrative relative ai principali processi gestionali per il funzionamento delle segreterie;
- *gestione documentale PITRE:* si evidenzia, come esempio di dematerializzazione, l'attivazione del nuovo sistema aziendale di deliberazioni e determinazioni, all'interno del sistema PITRE provinciale (in APSS 1.600 utenti e quasi 200.000 documenti anno), con la firma digitale degli stessi documenti aziendali e l'interoperabilità con l'Assessorato alla salute per 436 documenti negli ultimi sei mesi e l'attivazione, in attuazione del D.lgs. n. 82/2005 "Codice dell'Amministrazione digitale", della posta elettronica certificata (PEC) aziendale;
- *Centro unificato di prenotazione:* il contratto di gestione del CUP è stato aggiornato, allargando l'orario di apertura del call center e attivando nuove funzionalità a favore del cittadino come l'invio di 11.471 SMS di memento sulle prenotazioni oltre i 30 giorni;
- *motore di ricerca semantica Cogito:* utilizzato per la gestione delle risposte via SMS alle domande del cittadino via cellulare (usando il sistema Cosmos in collaborazione col Consorzio dei comuni e miglioramento della capacità di interpretazione in linguaggio naturale delle richieste degli utilizzatori del sito aziendale www.apss.tn.it. circa 1.000 utilizzi al die). Sono disponibili i LOG a partire da marzo 2009 e prendendo dei dati a

TAB. 5.32 Dati ricerca motore Cogito – Anni 2008-2009

	2008	2009
Visite	3.663.554	4.214.154
Pagine visualizzate	7.097.525	8.336.381
Confronto pagine visitate		
CONCORSI E SELEZIONI (www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=47392)	224.471	292.633
PRENOTAZIONI ONLINE (www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=47474)	153.987	215.248
MEDICI ONLINE (http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=47473)	72.278	81.077

campioni risulta che ogni giorno il motore cogito mediamente viene interrogato circa 900 volte. I dati ricerca motore Cogito riferiti al 2009 sono visualizzati nella Tabella 5.32;

Nella Direzione igiene e sanità pubblica, Direzione per la promozione della salute ed educazione alla salute, Direzione rapporti con il pubblico, è proseguito nel 2009 l'impegno di garantire un costante miglioramento della qualità delle prestazioni delle strutture interessate all'esecuzione del *Piano provinciale della sicurezza alimentare 2008-2010*, che ha riguardato sia lo specifico sistema informativo (aggiornato e integrato nel sistema gestionale di sanità pubblica attualmente esistente – GEDISAPU) sia i requisiti di qualità dei controlli da effettuare. Per quest'ultimo punto si è curato il mantenimento delle certificazioni acquisite: ISO/IEC 17025:2005 (U.O. laboratorio di sanità pubblica) e ISO 9001 (U.O. Igiene e sanità pubblica veterinaria) e l'ottimizzazione dei rapporti di interfaccia tra strutture di controllo alimentare e laboratorio di sanità pubblica.

Nel corso dell'anno vi è stato il coinvolgimento della dirigenza sanitaria, ingegneristica e del comparto nel percorso di *miglioramento della qualità delle prestazioni della U.O. prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro*, struttura pluriprofessionale per la quale era stata condivisa la necessità di intraprendere questa attività con il supporto di un consulente EFQM.

In ambito formativo, coinvolgimento e miglioramento delle competenze del personale sono stati assicurati mediante *corsi di formazione strutturati per igienisti e veterinari responsabili del controllo ufficiale alimenti* secondo il Piano provinciale per la sicurezza alimentare 2008-2010.

Una *formazione specifica* è stata assicurata anche per tutti gli *intervistatori dei sistemi di monitoraggio di salute* (PASSI, Okkio, HBSC) in uso presso APSS.

Va rilevata anche, tra le attività svolte per sviluppare e aumentare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari offerti, la prosecuzione regolare e periodica di *audit clinico* svolto dalla U.O. medicina legale *rispetto*

alle prestazioni erogate dai distretti in materia di valutazione di invalidità civile in prima istanza nei soggetti ultrasessantatenni.

Infine, per quanto riguarda l'attivazione e la riqualificazione dei servizi sanitari offerti sono state effettuate specifiche attività inerenti l'attivazione sperimentale di due centri antifumo presso i servizi di alcologia di Trento e di Rovereto, secondo quanto richiesto dal programma ministeriale "Guadagnare salute".

ATTIVITÀ ASSISTENZIALI TRASVERSALI AI LIVELLI DI ASSISTENZA

La finalità del processo consiste nella gestione coerente e integrata di tutte le attività assistenziali e dei progetti che vengono svolte trasversalmente ai LEA e che riguardano la promozione della salute nelle strutture sanitarie, la ricerca sanitaria, la sicurezza dei pazienti, il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione del dolore.

- ▶ *Promozione della salute nelle strutture sanitarie:* la strategia aziendale dall'APSS salute dal 2001 è incentrata sulla promozione della salute e sulla co-produzione dei servizi nella prospettiva dell'empowerment delle persone (ovvero la creazione di condizioni cliniche e organizzative idonee a mettere le persone nelle condizioni di migliorare il proprio stato di salute). Nella logica della promozione della salute – così come concepita dalla Carta di Ottawa – i cittadini, singoli o associati, possono essere considerati dei veri e propri "partner" nella co-produzione dei servizi e della salute in tutti i diversi ambiti assistenziali di prevenzione, cura e riabilitazione (es: scompenso cardiaco, diabete, dialisi, assistenza psichiatrica e altre condizioni di cronicità, tossicodipendenze). Le metodologie di sviluppo dei processi di empowerment possono trarre giovamento dall'adozione di logiche di progettazione, realizzazione e revisione degli stessi coerenti e allineate con i percorsi e gli strumenti di sviluppo propri dei sistemi di gestione per la qualità.

Il programma aziendale HPH per l'anno 2009 è stato orientato a sostenere il percorso di miglioramento intrapreso fin dal 2003, con l'adesione di tutte le strutture ospedaliere dell'Azienda alla rete internazionale degli ospedali e dei servizi sanitari per la promozione della salute (Health promoting services and health services – HPH – Ospedali e servizi sanitari per la promozione della salute) al fine di rendere progetti aziendali e singole iniziative sempre più integrate nella cultura, nella pratica assistenziale e nella percezione di pazienti, cittadini e personale. Ciò ha comportato, oltre al consolidamento dei rapporti con le altre reti HPH italiane, l'attuazione a livello aziendale della seguenti iniziative:

- *gestione operativa del programma aziendale HPH e cura dei rapporti con le altre reti regionali e con i centri di riferimento dell'Organizzazione mondiale della sanità di Vienna e Copenaghen;*
- *realizzazione di numerosi incontri di presentazione ai professionisti dei contenuti teorici e applicativi dell'HPH e discussione degli ambiti di sviluppo dei*

- programmi di empowerment di pazienti e familiari all'interno delle strutture aziendali e partecipazione a iniziative di indirizzo e coordinamento;
- consolidamento, da parte dei referenti HPH nelle strutture ospedaliere aziendali, delle *attività connesse all'implementazione degli standard di promozione della salute* proposti dalla rete HPH. Sono stati in particolare focalizzati gli standard che consentono di promuovere la promozione della salute nei processi clinico-assistenziali rispetto alle aree di informazione, valutazione e intervento sul paziente e continuità e cooperazione;
 - realizzazione di *sinergie tra direzioni* in merito all'implementazione dei processi di empowerment e miglioramento degli stili di vita fra gli ambiti ospedaliero, distrettuale e della sanità pubblica;
 - promozione della *partecipazione dei professionisti agli eventi formativi e di networking organizzati dalla rete HPH*, sia a livello nazionale che internazionale, nel corso dei quali sono stati una trentina i contributi relativi a esperienze realizzate in APSS presentati;
 - predisposizione di materiale informativo per migliorare la conoscenza nei professionisti sui principi fondamentali dell'HPH e illustrare la *coerenza esistente fra filosofia HPH e sistema di gestione per la qualità di un'azienda sanitaria*;
 - partecipazione, in collaborazione con l'Assessorato alla salute e alle politiche sociali, al *tavolo tecnico sull'empowerment dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, che ha comportato il completamento di una ricerca volta a definire gli aspetti metodologico-tassonomici dell'argomento, all'interno della quale è stata individuata un'esperienza dell'APSS come migliore pratica di empowerment organizzativo;
 - consolidamento delle attività di *empowerment diffuso nei processi assistenziali ospedalieri*: consenso informato, informazione sull'utilizzo di protesi e dispositivi medici, valutazione dei bisogni, educazione terapeutica, continuità assistenziale, individuazione precoce in ospedale e counselling delle persone con problemi alcool correlati, contrasto del tabagismo nelle strutture sanitarie, trattamento del dolore, continuità assistenziale, integrazione tra strutture ospedaliere e distrettuali, multiculturalità e promozione di un posto di lavoro sano per gli operatori;
 - partecipazione a un *progetto internazionale multicentrico (data project HPH) di valutazione della documentabilità nella cartella clinica di una serie di fattori di rischio rilevanti per la promozione della salute dei pazienti ricoverati in ospedale*;
 - avvio di uno *scambio internazionale* tra APSS e un'azienda sanitaria svedese (Jonkoping County Council), nota a livello internazionale per aver implementato con successo un sistema di gestione per la qualità particolarmente efficace nel garantire il sistematico miglioramento dei risultati di performance, avente al centro l'esperienza di *empowerment in psichiatria*

del Servizio di salute mentale di Trento e l'adozione di *approcci di qualità fortemente orientati al coinvolgimento delle persone*.

- **Ricerca sanitaria** (attività di coordinamento aziendale): in campo medico e biologico, la ricerca produce continuamente nuove conoscenze che rendono difficile per il medico prendere decisioni cliniche fondate sulle prove scientifiche disponibili, a eccezione di ambiti molto ristretti e specialistici: conseguentemente, è forte l'esigenza di individuare metodi efficaci che consentano di trasformare le conoscenze prodotte dalla ricerca scientifica in competenze professionali e modelli di comportamento organizzativo.

Anche se la missione di APSS è costituita dall'erogazione efficace ed efficiente dei servizi assistenziali, è indubbio che *un'azienda sanitaria di grandi dimensioni non può restare fuori dal circuito della ricerca*. Infatti, la *partecipazione a diverse tipologie di iniziative* – sperimentazioni sui farmaci, studi locali e multicentrici per valutare l'efficacia delle cure, progetti finanziati dalle istituzioni, gruppi di lavoro per sperimentare soluzioni organizzative e tecnologiche innovative – è l'occasione, per i professionisti dell'APSS, di restare agganciati al treno dell'innovazione e per dare il loro contributo di specializzazione ed esperienza.

Per quanto concerne in particolare la *ricerca sanitaria finalizzata* – finanziata da fondi ministeriali, della Provincia autonoma di Trento e da istituzioni ed enti locali – nel corso del 2009 sono stati presentati e approvati dalla Fondazione Cassa di risparmio di Trento e Rovereto (Caritro) un progetto nel "Bando per giovani ricercatori", tre progetti nel "Bando relativo a progetti di formazione continua rivolto al personale delle RSA e degli ospedali che si occupano di anziani non autosufficienti", uno studio di popolazione per la cardiomiopatia atriale dilatativa da alterazione del precursore A del peptide natriuretico.

In merito al Bando per la Ricerca sanitaria finalizzata PAT 2009, sono stati presentati 7 progetti promossi dalle strutture aziendali e 10 presentati da altri enti in collaborazione con le strutture APSS.

Sono stati poi approvati un progetto, e relativo sottoprogetto, finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento politiche antidroga.

Nell'anno 2009 sono state *supportate le fasi di gestione e rendicontazione scientifica ed economica dei progetti di ricerca in corso*, compresi quelli avviati negli anni precedenti: oltre alla chiusura di 11 progetti, sono state seguite le procedure di indizione/assegnazione di 3 borse di studio e stipulate 5 convenzioni con enti e istituzioni a carattere locale e nazionale.

I progetti effettivamente avviati, nel corso del 2009, sono i seguenti: un progetto nell'ambito del Bando ministeriale 2005 per la ricerca sanitaria finalizzata, un progetto nell'ambito del Bando ministeriale 2006 per la ricerca sanitaria finalizzata, un progetto nell'ambito del Bando ministeriale 2007 per la ricerca sanitaria finalizzata, due progetti nell'ambito del Piano per lo screening del cancro al seno, della cervice uterina e del colon-retto, quattro progetti nell'ambito del Bando per la Ricerca Sanitaria Finalizzata PAT 2007.

- ▶ *Sicurezza dei pazienti*: rispetto alla gestione dei processi assistenziali, la sicurezza dei pazienti si configura come un processo trasversale rispetto a tutte le attività che vengono erogate nelle strutture sanitarie e come una componente essenziale di qualsiasi percorso di accreditamento e miglioramento della qualità delle prestazioni. Nell'ambito del programma aziendale per la sicurezza dei pazienti, nel corso del 2009, sono state svolte le seguenti attività:
 - avvio operativo del *Sistema monitoraggio errori in sanità* (SIMES) in tutte le strutture aziendali;
 - *adozione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti*, individuate dal Ministero della salute, da parte di tutte le strutture aziendali, supportata con l'implementazione di un'apposita *check list di verifica* dell'attuale grado di aderenza alle stesse;
 - proseguimento dell'intensa *attività di formazione sul rischio clinico* e di addestramento alla "root cause analysis" avente come destinatari professionisti ospedalieri e territoriali, finalizzata a mettere gli stessi nelle condizioni di poter operare all'interno delle proprie strutture per la prevenzione, l'analisi e il controllo delle cause di errori ed eventi avversi;
 - gestione operativa delle principali problematiche sulla sicurezza emerse all'interno del *Comitato per la sicurezza dei pazienti*;
 - consolidamento dell'attività di *segnalazione e monitoraggio degli incidenti* in tutte le strutture aziendali;
 - realizzazione di *specifiche attività di audit su errori ed eventi avversi* all'interno delle strutture aziendale;
 - analisi organizzativa interna a opera della Direzione strategica, preliminare alla costituzione della "*Unità aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico*"^[82].
- ▶ *Controllo delle infezioni correlate all'assistenza*: nel corso dell'anno 2009, il Comitato aziendale per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (CIPASS) si è riunito 3 volte (15.05 – 21.05 e 16.12) per affrontare, in particolare, i seguenti temi:
 - revisione e aggiornamento di alcune procedure da diffondere a livello aziendale;
 - azioni preventive da attuare negli ospedali per la nuova sindrome influenzale da virus A/H1N1;
 - progettazione dell'utilizzo del personale infermieristico formato con il MASTER universitario sulle ICA.

Nel corso dell'anno 2009, il CIPASS ha elaborato e/o revisionato e reso disponibili (in forma cartacea ai diretti interessati e sulla piattaforma INTRANET aziendale) i seguenti documenti:

 - sorveglianza delle resistenze batteriche: registro provinciale anno 2008;

^[82] Deliberazione del Direttore generale n.1178 del 24/12/2009.

- sorveglianza delle resistenze batteriche: registro provinciale anno 2008 report sinottico;
- sorveglianza delle resistenze batteriche: registro provinciale 1° semestre anno 2009;
- profilassi antibiotica nella chirurgia dell'adulto;
- procedura operativa per la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle frese odontoiatriche e strumenti endodontici.

In data 27.10.2009 è stata tenuta una riunione congiunta CIPASS-CIO ospedale di Trento, per discutere delle *problematiche dell'influenza A/H1N1* e del controllo della legionellosi nosocomiale. In data 16.11.2009 il coordinatore CIPASS ha partecipato alla riunione indetta dal Direttore cura e riabilitazione per programmare le strategie di controllo della pandemia influenzale.

Il Comitato ha promosso, presso gli ospedali aziendali, il *progetto PROSA*, organizzato dalle due società scientifiche SIMPIOS e ANIPIO, con gli obiettivi di valutare lo stato delle azioni intraprese per il controllo della diffusione nosocomiale di MRSA^[83], la valutazione della situazione epidemiologica ospedaliera di MRSA e l'elaborazione di specifiche linee guida sul *controllo della diffusione ospedaliera dello Staphylococcus aureus resistente alla meticillina*. I questionari con i dati raccolti sono stati inviati a fine giugno 2009 al coordinatore nazionale del progetto (dr. Antonio Goglio, degli ospedali riuniti di Bergamo) anche per presentazione in occasione del Congresso nazionale della SIMPIOS 2010 di Torino. Nell'ambito del *progetto nazionale INF-OSS*, i componenti del CIPASS hanno collaborato con il Gruppo nazionale per la elaborazione^[84]:

- della bozza del documento di compendio delle raccomandazioni sulla *prevenzione delle ICA* (pubblicato nel corso del 2010);
- del *Rapporto sull'indagine nazionale* sulla attività di sorveglianza e controllo delle infezioni;
- del Rapporto definitivo della campagna *"Cure pulite sono cure più sicure"*;
- del *protocollo di sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico*, con il primo report nazionale sulla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e il protocollo di sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva.

^[83] Su richiesta della coordinatrice nazionale del progetto INF-OSS, (dr.ssa Moro), è stato comunicato come referente del CIPASS alla stesura delle raccomandazioni per il controllo della diffusione di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), il dr. Paolo Lanzafame, Direttore della Unità operativa di Microbiologia dell'ospedale S. Chiara.

^[84] Tutti questi documenti sono pubblicati in Internet all'indirizzo <http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree>.

^[85] L'esperienza aziendale d'implementazione della *Campagna OMS sul lavaggio delle mani* e in particolare quella realizzata presso l'ospedale di Arco, sono state presentate al Seminario: "Progetto OMS – Le cure pulite sono cure più sicure", tenuto a Bologna il 20 aprile 2009 e alla XIII Conferenza nazionale Rete HPH, Reggio Emilia, 23-25 settembre 2009.

Nel dicembre 2009 con prosecuzione nei primi mesi dell'anno 2010, è stata avviata dal CIPASS a livello aziendale la seconda campagna di osservazione dell'adesione alla pratica del lavaggio delle mani come da procedure OMS.

Il CIPASS ha inoltre contribuito a:

- realizzare un corso seminariale per gli operatori sanitari dell'ospedale, sull'Igiene delle mani e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, tenuto i giorni 3 e 10 giugno 2009 a Borgo (collaborando direttamente con il CIO dell'ospedale di Borgo Valsugana);
- attivare un programma informatico per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, sviluppato nell'ambito del progetto di sorveglianza delle ISC della Direzione medica dell'ospedale di Rovereto e collegato al SIO ospedaliero;
- organizzare il corso per operatori sanitari APSS denominato "Aspetti di gestione del rischio biologico nelle attività clinico assistenziali" e tenuto in tre edizioni (3 febbraio, 19 febbraio e 10 marzo 2009).

Nell'ambito dell'obiettivo specifico annuale PAT n. 09/2009 – "SEPSI OSPEDALIERA, sorveglianza e terapia", è stato formalizzato un gruppo operativo del CIPASS dedicato a questa tematica e sono state sviluppate le iniziative previste dall'obiettivo provinciale (linee guida per il controllo e la terapia della sepsi grave e dello shock settico, seminario di formazione e informazione per gli operatori sanitari aziendali: "La gestione della sepsi nella rete ospedaliera dell'APSS").

Con il supporto del Responsabile dello specifico progetto PMO: "Sistema di sorveglianza infezioni ospedaliere", nel corso del 2009 sono anche state implementate, in collegamento alle attività di budget, le azioni necessarie per la gestione – a livello dei reparti ospedalieri – del sistema informatico "MERCURIO".

Tra le attività svolte dai vari gruppi operativi del CIPASS, si citano le seguenti:

- formalizzazione e diffusione della procedura generale per la gestione dei rifiuti sanitari nell'APSS (revisione n. 3 – settembre 2009) a cura del Gruppo rifiuti sanitari;
 - costante e continua azione di sorveglianza della legionellosi nosocomiale e dell'impiantistica ospedaliera nonché studio sperimentale (in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità) per la verifica e la certificazione dei sistemi di controllo e bonifica degli impianti idrici e di condizionamento, a cura del Gruppo controllo Legionellosi;
 - aggiornamento del documento sull'antibiotico profilassi in chirurgia dell'adulto, a cura del Gruppo antibiotico profilassi;
 - elaborazione delle indicazioni del capitolato tecnico per la prevista gara di fornitura di materiali per le attività di sterilizzazione in APSS, da parte del Gruppo sterilizzazione.
- *Gestione del dolore*: sono state realizzate le seguenti attività:
- *Comitato aziendale ospedale senza dolore (COSD)*: in collaborazione con l'ufficio formazione della APSS è stato organizzato un evento formativo dal tema "La gestione del dolore nel paziente non collaborante", articolato in

forma seminariale e di formazione sul campo, finalizzato a sviluppare nel personale sanitario competenze nell'uso della scala per rilevare e misurare il dolore nel paziente con difficoltà di comunicazione;

- *analisi del consumo di oppiacei*, realizzata a cura del Servizio farmaceutico aziendale, per singolo Distretto dell'APSS;
- *indagini*: in occasione della giornata nazionale del sollievo (31 maggio 2009), promossa dal Ministero della salute e dalla Fondazione nazionale "Gigi Ghirotti" con il patrocinio della Conferenza delle regioni e delle province autonome, il comitato ha promosso l'adesione alla rilevazione di informazioni sulla prevalenza della sofferenza negli ospedali della APSS (i questionari raccolti sono stati inoltrati alla Fondazione Gigi Ghirotti per la successiva elaborazione). Nel mese di dicembre 2009 è stata tenuta la prima indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore, nei pazienti in ADI/ADICP nei distretti di Trento Valle Laghi, Rotaliana-Paganella, Alta Valsugana, Bassa Valsugana, Primiero, che ha coinvolto complessivamente 303 pazienti: tra questi, 114 hanno espresso il grado di soddisfazione sul trattamento del dolore ricevuto e il 79,8% si è dichiarato soddisfatto o molto soddisfatto.

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE TRASVERSALI AI LIVELLI DI ASSISTENZA

La finalità del processo consiste nella gestione integrata di tutte le attività amministrative (rivolte ai cittadini) che vengono svolte trasversalmente ai LEA.

L'attività amministrativa che presiede alle prestazioni trasversali ai LEA si caratterizza per un *forte orientamento all'utente/assistito*, il cui approccio alla competente ripartizione organizzativa aziendale è diretto e in generale personale; *l'istanza del cittadino è di norma esaudita in tempo reale* (fatte salve le istanze di rimborso superiori ai 150 euro per le quali il tempo di erogazione del contributo è comunque inferiore ai 90 giorni, fatte salve le richieste da sottoporre alla valutazione/autorizzazione dei dirigenti medici della UOAP, non effettuabile in tempo reale) e per l'acquisizione della documentazione si fa *ampio ricorso all'autocertificazione*.

Le attività amministrative trasversali ai LEA sono svolte, secondo la tipologia, presso le ripartizioni organizzative territoriali (funzioni decentrate) o presso il Centro per i servizi sanitari di Trento, che esercita alcune attività in modo esclusivo con funzione multizonale.

La Direzione cura e riabilitazione svolge, nei confronti delle competenti ripartizioni organizzative deputate alla gestione operativa delle funzioni, compiti di:

- predisposizione di regole operative coerenti con l'evolversi delle norme e conseguente formazione/aggiornamento del personale;
- progettazione e/o sviluppo dei supporti informatici (applicativi sw) all'attività, così da uniformare i comportamenti e rispondere alle istanze in modo efficace e puntuale, compatibilmente con le risorse disponibili.

Le principali attività del processo riguardano:

- ▶ *l'iscrizione al Servizio sanitario provinciale*: ciascun assistito all'atto dell'acquisizione della residenza ha l'obbligo di iscriversi al SSP, scegliendo il *medico di fiducia* all'interno dell'elenco dei medici convenzionati nell'ambito territoriale in cui ricade il Comune di residenza; *l'anagrafe assistibili* è gestita tramite l'applicativo aziendale Anaweb che a sua volta presiede alla gestione degli elenchi dei medici convenzionati e della rispettiva retribuzione, nonché alla gestione delle sedi e orari degli ambulatori; la gestione operativa dell'anagrafe sanitaria compete agli uffici prestazioni dei distretti, sulla base di disposizioni nazionali, provinciali e procedure aziendali definite e costantemente aggiornate dalla competente Direzione centrale;
 - ▶ *il monitoraggio della spesa sanitaria ex articolo 50 della legge 326/2003* che prevede l'invio telematico delle variazioni delle banche dati (anagrafe assistiti, NT, PT, ricettari) e dei dati mensili delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali. Il sistema è a regime dal 1 giugno 2008 con anche l'attivazione di un nuovo programma gestionale sw Qlink che consente il monitoraggio delle prestazioni ricettate e trasmesse al Ministero dell'economia e delle finanze dalle strutture aziendali (ospedali e distretti);
 - ▶ *l'erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri* (ai cittadini UE ed extra-UE): per quanto concerne l'assistenza sanitaria ai cittadini UE ed extra UE va precisato quanto segue:
 - i *cittadini stranieri regolarmente soggiornanti in possesso di un permesso di soggiorno (PS)*, rilasciato ai sensi dell'art. 34, c. 1 e 2 del D.Lgs 286/1998, hanno l'*obbligo di iscrizione al SSN* e parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani;
 - tali garanzie sono estese ai *cittadini stranieri regolarmente soggiornanti che procedono all'iscrizione al SSN su base volontaria*, ai sensi dei c. 3 e 4 del D.Lgs 286/1998;
 - *cittadini comunitari (UE-SEE-CH)*: ai soggetti iscritti al SSP è garantita parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani.
- Le procedure di iscrizione tengono conto di quanto disposto dalle normative comunitarie. L'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari e di paesi con i quali sono in vigore "*Convenzioni bilaterali in materia di sicurezza sociale*" in temporaneo soggiorno in Italia, è erogata ai sensi dei regolamenti comunitari, nonché delle norme specifiche contenute nelle singole convenzioni bilaterali. Nei distretti e ospedali dell'APSS sono individuati gli uffici e gli operatori referenti per le informazioni all'utenza straniera e per il personale sanitario e a cui compete la rilevazione e l'addebito delle prestazioni erogate;
- ▶ *l'erogazione dell'assistenza protesica*, la cui condizione di accesso è il riconoscimento dello stato di invalidità civile (salvo alcuni casi particolari) e la cui modalità sono:
 - la prescrizione medica indicante il presidio e la patologia,

- l'autorizzazione (per importo contribuito o per prodotto e numero pezzi, per periodo);
 - la fornitura diretta al domicilio dell'utente (presidi protesici), fornitura tramite strutture sanitarie dislocate sul territorio o acquisto del prodotto in farmacia da parte del paziente;
- ▶ *l'erogazione dell'assistenza aggiuntiva esercitata mediante:*
- l'erogazione diretta di presidi e materiali,
 - la fornitura diretta e indiretta di prodotti, medicinali o mediante la concessione in uso di apparecchi (es. funzione respiratoria),
 - i rimborsi e contributi spese per la fruizione di prestazioni sanitarie a favore di particolari categorie di cittadini affetti da malattie e invalidità.
- L'assistenza aggiuntiva è erogata dai distretti sulla base di indirizzi operativi uniformi emanati dalla Direzione cura e riabilitazione con specifico manuale, annualmente aggiornato ed è supportata dal un sistema informatico gestionale "Adiuvat". Il Distretto di Trento esercita funzioni multizonali per alcune tipologie di prestazioni aggiuntive, mentre per altre tipologie l'autorizzazione è rilasciata dai distretti competenti per territorio;
- ▶ *assistenza indiretta ordinaria e alta specializzazione: l'insieme di prestazioni assicurate dal SSP mediante il concorso alle spese sanitarie sostenute dal cittadino che si trova in particolari situazioni, condizioni di età o status (temporaneamente all'estero, prestazioni non fruibili sul territorio PAT, sciopero medici, ecc.). L'erogazione dell'assistenza indiretta di "alta specializzazione è garantita dall'Ufficio prestazioni del Distretto di Trento, con funzioni multizonali.*

5.2 Obiettivi specifici annuali assegnati dalla Giunta provinciale ^[86]

Per completare il panorama delle attività realizzate dall'Azienda sanitaria nel corso dell'esercizio 2009, va sottolineato che – in questa situazione di riconosciuta sostanziale positività – la Giunta provinciale ^[87] ha ritenuto di assegnare all'Azienda sanitaria, in aggiunta ai due obiettivi fondamentali di *garanzia dei livelli di assistenza* e di *rispetto del vincolo di bilancio* fissato dalla Provincia, *13 obiettivi specifici* riferiti a quattro aree di intervento – promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie, patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare, livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi, strategie per il miglioramento dei servizi – il cui grado di conseguimento è stato valutato in sede di approvazione del bilancio di esercizio 2009 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e con deliberazione della Giunta provinciale n. 2558 del 12 novembre 2010.

I richiamati *obiettivi specifici* sono stati suddivisi, come per gli anni precedenti, in *tre categorie di decrescente complessità/difficoltà* (A, B, C), (da A = maggiore complessità e difficoltà di realizzazione a C = minore complessità e difficoltà), e il *grado di conseguimento categorizzato in cinque livelli* ^[88]: conseguito pienamente, conseguito, conseguito in parte, conseguito in misura minima, non conseguito.

5.2.1 area 1: PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE

OBIETTIVO N. 1 – PROMOZIONE DELLA SALUTE: PROFILI DI SALUTE DI COMUNITÀ

Proseguire la realizzazione dei profili di salute di comunità arricchendo, soprattutto con l'indagine qualitativa, quanto già costruito nel corso del 2008.

Utilizzare gli strumenti dell'indagine qualitativa, per promuovere un approccio partecipato su temi rilevanti di sanità pubblica.

Elaborare e trasmettere al Servizio economia e programmazione sanitaria, entro giugno 2009, l'edizione 2008 de "I numeri della sanità del trentino" con una sezione nuova e specifica dedicata alla presentazione dei risultati dell'analisi quanti/qualitativa realizzata, con riferimento a tutto il territorio provinciale e nell'ambito dei "Profili di salute di comunità" nell'anno 2008.

^[86] Ai sensi dell'art. 7 della legge provinciale n.10/1993.

^[87] Con deliberazione n. 3217 del 12 dicembre 2008.

^[88] Scala di valutazione:

CONSEGUITO PIENAMENTE = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è pari al 100% essendo stata verificata la precisa coincidenza tra quanto assegnato e quanto realizzato.

CONSEGUITO = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è compreso fra l'80% ed il 100%

CONSEGUITO IN PARTE = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è parziale e compreso fra il 50% e l'80%.

CONSEGUITO IN MISURA MINIMA = Il grado di conseguimento dell'obiettivo è parziale e inferiore al 50% essendosi concretizzato in attività di impostazione.

NON CONSEGUITO = Il grado di conseguimento è nullo. (L'attività assegnata non è stata realizzata).

L'obiettivo 1, di categoria B (Valore massimo atteso = 3,60) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ la costruzione dei “*Profili di salute di comunità*” è il risultato del lavoro che, a partire dal 2006, ha intrapreso un percorso articolato che ha visto, in successione:
 - la *creazione di linee guida per la costruzione del “profilo di salute di comunità” e la formazione sui metodi dell’indagine* al fine di garantire il supporto ai decisori locali nell’individuare i bisogni di salute e le priorità di azione (obiettivo provinciale n.2/anno2006);
 - la *realizzazione sperimentale del “profilo di salute nei distretti Valle di Sole e Valle di Non” e il conseguente avvio di due progetti in risposta ai problemi di salute emersi dal profilo stesso* (anno 2007);
 - la *costruzione dei profili di salute “quantitativi” di tutti i distretti*, attraverso l’apertura dei tavoli di lavoro con le amministrazioni in ogni distretto (Laboratori per la costruzione di un Patto per la salute) e l’acquisizione di *nuovi metodi d’indagine qualitativa* (obiettivo provinciale n. 1/anno 2008);
 - il *completamento dei profili di salute di comunità* (costruiti nel 2008) con l’indagine qualitativa (opinioni e percezioni, attraverso interviste semi-strutturate a persone chiave della comunità) promuovendo un *approccio partecipato su temi rilevanti di sanità pubblica* (obiettivo provinciale n.1/ anno 2009);
- ▶ il *profilo di salute* è potenzialmente finalizzato a indagare tutti i fattori che potrebbero avere ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere e sulla qualità di vita di una popolazione, delineando una *rappresentazione degli aspetti rilevanti dello stato di salute attraverso la raccolta e l’organizzazione di tutte le informazioni utili a livello locale per fare scelte su problemi di salute prioritari*;
- ▶ il *profilo di salute si compone di due parti* (tipologie di indagine): quella *quantitativa*, realizzata utilizzando i dati derivanti dai flussi informativi correnti, e quella *qualitativa*, realizzata raccogliendo opinioni e percezioni di persone/gruppi chiave della comunità.
 - *Profilo quantitativo*: l’esigenza di costruire un profilo snello e facilmente consultabile ha comportato la necessità di limitare gli ambiti d’indagine a quelli più importanti e contemplati nel piano della prevenzione attiva della Provincia di Trento – concentrando l’attenzione su alcuni indicatori socio-demografici, sulle principali cause di morte e di ricovero, sull’incidenza dei tumori, sugli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), sugli stili di vita e su alcuni interventi di prevenzione (vaccinazioni, screening, carta del rischio cardiovascolare) – per giungere a un *elenco* provvisorio e parziale di *problemi presenti nella comunità* discusso e arricchito coinvolgendo la stessa comunità (laboratori).

- *Profilo qualitativo*: attraverso interviste semi-strutturate, si è cercato di conoscere “cosa intendono per salute” i diversi gruppi d’interesse presenti nella comunità, quali sono i “problemi di salute percepiti come più importanti” sul loro territorio, i “motivi” per i quali i suddetti problemi sono percepiti come tali. Tale metodologia ha consentito di creare un contatto tra i referenti per i profili di salute dei distretti e le persone chiave rappresentative dei diversi gruppi sociali del rispettivo territorio (13 sindaci/amministratori, 5 anziani, 4 studenti, 3 giovani, 4 donne, 4 immigrati, 4 forze dell’ordine, 2 commercianti, 5 insegnanti, 4 religiosi, 5 imprenditori, 4 sindacalisti, 4 lavoratori, 4 operatori del volontariato) e di restituire loro i risultati della ricerca, ponendo le basi per l’individuazione delle priorità d’intervento nell’ottica di costruire, con le amministrazioni interessate e disponibili, un patto per la salute. Sono state condotte 65 interviste da parte di 7 gruppi di lavoro (che hanno realizzato da tre a cinque interviste ciascuno con registrazione audio); ciascuna équipe ha analizzato i risultati delle proprie interviste e a redatto griglie di lettura e relazioni sintetiche inquadrando le categorie concettuali emerse in quattro gruppi: determinanti socio-economici, problemi specifici di salute, fattori di rischio individuali compresa l’esposizione a rischi ambientali, problemi legati all’organizzazione dei servizi sanitari. L’indagine qualitativa ha permesso di individuare un *elenco di problemi segnalati dalla comunità*;
- ▶ *l’elenco integrato dei problemi di salute* – risultante dai due elenchi frutto dell’indagine quantitativa (*cosa dicono i numeri?*) e dell’indagine qualitativa (*cosa dicono le persone?*) – è stato sottoposto al *processo di prioritizzazione* (assegnazione livello di priorità ai problemi emersi, secondo il modello Minnesota) per individuare quale dei problemi emersi è da considerare prioritario (attraverso un trasparente processo d’individuazione e un elenco dei problemi in ordine decrescente d’importanza) e per definire gli interventi (efficaci secondo l’evidenza scientifica; manuale d’uso) per affrontare tali problemi;
- ▶ *i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell’Azienda sono stati completamente raggiunti*, risultando elaborati e trasmessi nei tempi richiesti i “Profili di salute di comunità per tutti i distretti”, secondo l’approccio e la metodologia sopra sinteticamente richiamata”;
- ▶ l’edizione 2008 de *“I numeri della sanità del trentino”* è stata elaborata e trasmessa nei tempi richiesti, anche se in forma disgiunta dai risultati dell’analisi quanti/qualitativa realizzata nell’ambito dei “Profili di salute di comunità”;
- ▶ *si valuta raggiunto l’obiettivo finale di questo percorso pluriennale e interistituzionale* consistente nell’individuazione, con modalità partecipativa, da parte delle amministrazioni locali coinvolte e interessate, di un problema di salute sul quale s’intende intervenire, con la collaborazione dell’Azienda sanitaria (in termini d’ideazione delle attività che si vogliono implementare tra quelle

considerate efficaci, di selezione di quelle più specificamente sanitarie, di pianificazione dei relativi programmi d'azione).

OBIETTIVO N. 2 – OPERATORI SANITARI “PROMOTORI DI SALUTE” – FORMAZIONE

Predisporre – a beneficio degli operatori sanitari che prestano la loro attività nei livelli d'assistenza territoriale e ospedaliera – specifici percorsi formativi finalizzati a migliorarne le conoscenze, le capacità e l'attitudine ad applicare nella propria specifica attività professionale la metodologia della promozione della salute in tutti i suoi aspetti.

L'obiettivo 2 di categoria C (Valore massimo atteso = 2,50) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati completamente raggiunti, risultando progettato e realizzato uno *specifico percorso formativo* (della durata di 24 ore) – destinato a operatori provenienti da diversi settori dell'azienda sanitaria (direttori e/o loro delegati delle unità operative di assistenza primaria e referenti ospedali per la promozione della salute – HPH), il cui contributo ha permesso di analizzare le potenzialità dell'organizzazione nella promozione della salute, di identificare il fabbisogno di competenze professionali necessarie per governare le azioni di cambiamento e di dibattere gli aspetti critici per lo sviluppo delle politiche di promozione della salute – frequentato da 33 professionisti sanitari dell'APSS;
- ▶ per sostenere e facilitare la trasmissione dei metodi e strumenti della promozione della salute appresi nel corso di formazione, è stato approntato un *percorso di formazione sul campo (FCS) finalizzato a coinvolgere altri e diversi professionisti nel processo di acquisizione dell'approccio metodologico della promozione della salute* come principale strategia di miglioramento della qualità dell'assistenza e di contrasto delle malattie cronico-degenerative.

5.2.2 area 2 – PATOLOGIE PRIORITARIE E GRUPPI DI POPOLAZIONE DA TUTELARE

OBIETTIVO N. 3 – ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI – RETE ALLERGOLOGICA PROVINCIALE

Elaborare, entro giugno 2009 e in collaborazione con i professionisti convenzionati, una proposta organizzativa che – al fine di offrire prestazioni specialistiche omogenee e integrate alla luce delle linee guida nazionali e internazionali – definisca la “Rete allergologica provinciale” evidenziando prestazioni erogabili, erogatori, sedi d'erogazione e percorsi degli utenti che dovranno in ogni caso individuare l'operatore sanitario con funzioni di case manager.

L'obiettivo 3, di categoria B (Valore massimo atteso = 3,60) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato risultato CONSEGUITO IN MISURA MINIMA.

In particolare:

- ▶ in sede di confronto bilaterale Assessorato-Azienda sanitaria è stato deciso di rimodulare i termini di realizzazione dell'obiettivo ritarandoli sull'intero esercizio (anziché al 30 giugno 2009) in ragione dell'organizzazione della rete allergologica su 2 target di utenza (ambito pediatrico e ambito adulti);
- ▶ in sede di approvazione del programma di attività dell'Azienda sanitaria per l'esercizio 2009, e con riferimento all'obiettivo specifico in argomento, «[...] si richiama, rispetto alla proposta organizzativa richiesta, l'attenzione dell'Azienda sulla *necessità di individuare, in particolare, le prestazioni erogabili, gli erogatori delle medesime e le rispettive sedi di erogazione, i percorsi degli utenti, gli operatori sanitari con funzione di "case manager".*»;
- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti in minima parte, essendosi concretizzati in attività di analisi del problema/contesto (epidemiologia, descrizione delle modalità di intervento in essere, risorse disponibili, criticità, ...) e di definizione/impostazione di massima della richiesta Rete allergologica provinciale (finalità, orientamenti e indirizzi, risultati attesi);
- ▶ in particolare, *non risultano definiti in maniera precisa e strutturata, gli elementi essenziali per la valutazione oggettiva della fattibilità, dell'efficacia e funzionalità del nuovo modello/rete allergologica in una logica che assicuri la presa in carico interdisciplinare degli utenti, secondo un percorso guidato (case manager) attraverso i diversi livelli di complessità:*
 - in ordine alle prestazioni, si riporta la situazione attuale e non invece le prestazioni (tipologia e quantità) ritenute erogabili per gestire il singolo problema sanitario alla luce delle linee guida nazionali e internazionali e di standard diagnostico-terapeutici; *non sono costruiti percorsi diagnostico-terapeutici* (propedeutici alla definizione dell'assetto organizzativo);
 - circa l'organizzazione della rete (professionisti erogatori, sedi di erogazione, modalità di interazione e integrazione, modalità di prenotazione, disponibilità specialistica ambulatoriale, ...) *non viene delineato il nuovo assetto, ma solo ipotizzato l'iter per costruirlo* (formazione, gruppo di studio su percorsi assistenziali, istituzione funzione di coordinamento aziendale, cartella allergologica informatizzata, coinvolgimento delle scuole, ...).

OBIETTIVO N. 4 – ICTUS: SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE, GESTIONE

Elaborare, progettare e realizzare utilizzando i "media", una campagna di sensibilizzazione e informazione alla popolazione mirata sulle malattie cardio-cerebrovascolari e in particolare sull'ictus.

Operare la verifica dell'organizzazione generale della presa in carico del soggetto affetto da ictus – Trentino emergenza 118, Servizi di pronto soccorso, unità operative ospedaliere, strutture di riabilitazione pubbliche e private accreditate – al fine di assicurare, attraverso il ruolo centrale della Stroke Unit del presidio ospedaliero S. Chiara di Trento, l'intervento sanitario rapido e coordinato che può ridurre la mortalità e preparare il migliore recupero funzionale del paziente.

L'obiettivo 4, di categoria B (Valore massimo atteso = 3,60) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti;
- ▶ in sede di approvazione del programma di attività dell'Azienda sanitaria per l'esercizio 2009, e con riferimento all'obiettivo specifico in argomento, “..si raccomandava specifica attenzione al miglioramento, in termini d'appropriatezza e tempestività, della fase di passaggio dal trattamento in U.O. per acuti alla presa in carico per l'attività riabilitativa”;
- ▶ è stata effettuata la richiesta attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione in tema di malattie cardio-cerebrovascolari e in particolare sull'ictus, attraverso molteplici modalità operative (incontri dedicati, produzione e divulgazione di materiale cartaceo, spazio su quotidiani locali, realizzazione filmato per emittente TV locale, internet);
- ▶ in merito alla gestione dell'ictus e alla verifica dell'organizzazione generale della presa in carico del soggetto finalizzata ad assicurare – attraverso il ruolo centrale della Stroke-Unit del presidio ospedaliero S. Chiara di Trento – l'intervento sanitario rapido e coordinato, risulta:
 - svolta attività specifica mirata al miglioramento delle conoscenze scientifiche inerenti alle malattie cardio-cerebrovascolari e a diffondere e uniformare la modalità di valutazione del paziente colpito da ictus (corso per formatori sulla scala di valutazione neurologica NIHSS, incontri con medici e infermieri di tutte le Unità operative APSS coinvolte nel processo e successivi corsi di formazione interni, corso di perfezionamento con l'Università degli Studi di Verona);
 - verificato il protocollo di intervento TE118 (emergenza);
 - approntata e resa disponibile, presso tutti i pronto soccorso degli ospedali trentini, una *rete video di telemedicina* (rete TELESTROKE – web cam e sistema PACS – sistema VESPA e Synapse) che consente la visita congiunta del malato con sospetto ictus (selezione/trattamento pazienti per trombolisi con rt-PA, scala NIHSS, valutazione TC,) *da parte del medico di Pronto soccorso e del Neurologo della Stroke Unit di Trento*; il grado di utilizzo reale di tale modalità non è dichiarato e documentato; l'esecuzione della

- trombolisi con rt-PA abbisogna di verifiche e decisioni definitive in ordine alle sedi di effettuazione (requisiti sicurezza);
- realizzati *incontri con i rappresentanti dell'area della riabilitazione neurologica, pubblici e privati*: a questo proposito, si evidenzia che, dopo avere descritto l'assetto esistente e messe in luce le relative problematiche, si forniscono generali indicazioni/suggerimenti inerenti alla fase riabilitativa post acuta (regia del fisiatra, soluzioni allocative per particolari tipologie di pazienti,...) anziché soluzioni strutturate di fattibilità.

OBIETTIVO N. 5 – PATOLOGIE CRONICHE: MODELLI DI GESTIONE (CLINICA-ORGANIZZATIVA) INNOVATIVI

Elaborare – con riferimento alle patologie croniche con maggiore impatto in termini di prevalenza e/o d'impegno per i servizi sanitari – proposte inerenti modalità d'assistenza e/o modelli di gestione (clinica-organizzativa) che, rispettando i criteri dell'appropriatezza e dell'efficacia, siano anche innovativi e/o alternativi a quelli in essere e garantiscono il miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

L'obiettivo 5, di categoria A (Valore massimo atteso = 5,50) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati completamente raggiunti;
 - sono stati elaborati, e trasmessi nei tempi richiesti, i documenti inerenti ai *5 percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici (PDTA) per la gestione delle patologie croniche*, scelti in base al criterio del maggiore impatto in termini di prevalenza e/o d'impegno per i servizi sanitari, per la famiglia, per la comunità. Nel merito, *si valutano positivamente sotto l'aspetto metodologico*, (anche con riguardo al grado di coinvolgimento e di condivisione di sistema), *completi nei contenuti* (rispetto a tutti i profili di analisi richiesti) e *formalmente adeguati sotto l'aspetto espositivo*;
 - i 5 PDTA elaborati, sia per gli *aspetti clinici* (epidemiologia, inquadramento clinico, disponibilità di linee guida EBM) che per gli *aspetti organizzativi* (modalità attuali di gestione e di utilizzo dei servizi, "percorso effettivo" ricostruito attraverso la documentazione, trattamenti disponibili, identificazione e analisi dei punti deboli, definizione "percorso ideale" attraverso il confronto con la letteratura EBM e le migliori pratiche, modalità di accesso ai servizi, coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale e delle strutture specialistiche, follow up, coinvolgimento pazienti e associazioni) hanno a oggetto la gestione delle seguenti patologie croniche: diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO), malattia di Parkinson, osteoporosi;
- ▶ i 5 PDTA elaborati per la "*presa in carico attiva e totale delle specifiche patologie croniche*" prevedono interventi multiprofessionali e multidisciplinari – negli

ambiti psicofisico, sociale e della disabilità – da attuare come *migliore sequenza di azioni da svolgere per raggiungere l'obiettivo di salute definito a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali* ("percorso di riferimento" nel contesto organizzativo dato);

- ▶ è stato delineato il processo necessario all'applicazione operativa dei 5 PDTA definiti, con l'indicazione, rispetto a 3 degli stessi, delle risorse aggiuntive (strutturali, professionali, tecnologico-sanitarie) ritenute necessarie;
- ▶ la modalità basata sui PDTA – incentrati sul principio della rete integrata, che consente di ottimizzare l'impiego delle risorse attraverso l'interazione dei ruoli e delle competenze dei vari attori coinvolti sia a livello territoriale che all'interno delle strutture ospedaliere (medici di medicina generale, medici specialisti, medici del Distretto e delle Direzioni sanitarie, personale infermieristico, pazienti e associazioni dei pazienti) – è finalizzata a intraprendere un *processo pluriennale di ridefinizione delle "cure primarie"*, tramite un nuovo modello gestionale per la cura dei pazienti cronici, il *chronic care model* (approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi che diventano parte integrante del processo assistenziale) che tende a modificare, in modo consensuale e progressivo, e secondo obiettivi definiti, le "motivazioni professionali" e i "comportamenti clinici" sia dei medici di medicina generale che dei medici specialisti.

5.2.3 AREA3 – LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

OBIETTIVO N. 6 – INTEGRAZIONE LIVELLI DI ASSISTENZA – PROCEDURE E BUONE PRATICHE DI PRESA IN CARICO: CONSOLIDAMENTO ATTIVITÀ DI CASE MANAGER E SEMPLIFICAZIONE

Consolidare l'attività per la continuità della presa in carico dei pazienti sviluppando le iniziative necessarie ad assicurare l'attività del "case manager" presso tutti i Distretti con riguardo:

- *alla fase di dimissione dagli Istituti di cura in generale*
- *all'attività specialistica ambulatoriale finalizzata alla diagnosi e terapia in ambito oncologico.*

Predisporre – per la semplificazione delle modalità di fruizione delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche – le condizioni organizzative che assicurano la prescrizione su ricettario da parte dei medici specialisti ospedalieri, anche prevedendo specifici meccanismi di verifica quantitativa.

L'obiettivo 6, di categoria A (Valore massimo atteso = 5,50) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO.

I risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti. In particolare:

- ▶ la richiesta funzione di "case manager" in fase di dimissione ospedaliera risulta attivata in tutti i distretti sanitari, con la *individuazione delle rispettive unità*

operative ospedaliere di area medica e chirurgica, la formazione del relativo personale infermieristico (132 unità), la definizione di *indicatori di processo* (classificazione dei pazienti) e di esito (reingressi in ospedale per diagnosi correlata entro 30 giorni dalla dimissione). Complessivamente, a livello provinciale, sono stati “*presi in carico dal coordinatore di percorso*” nell’anno 2009, n. 2.662 pazienti.

I tempi d’attivazione della funzione, diversi da distretto a distretto, spiegano la distribuzione del numero di pazienti “*presi in carico dai CdP*” nelle singole aree territoriali nel corso del 2009:

- 1.630 nel Distretto Trento e Valle dei Laghi,
- 147 nel Distretto Vallagarina,
- 503 nel Distretto Alto Garda e Ledro,
- 345 nel Distretto Valli Fiemme e Fassa,
- 37 nel Distretto Valli Giudicarie e Rendena;

Il dato relativo al Distretto Valli di Sole e Non, al Distretto Alta Valsugana e al Distretto Bassa Valsugana e Tesino non è disponibile in ragione del recentissimo avvio della funzione. In alcune unità operative ospedaliere (tra quelle individuate come target) la funzione non è stata attivata nel 2009, a causa della indisponibilità del nuovo personale infermieristico ritenuto necessario (12 unità);

- ▶ in merito alla “*presa in carico continuativa in ambito oncologico*”, risulta effettuata specifica attività finalizzata a omogeneizzare l’approccio al paziente oncologico (“*funzione di case management*”) in tutte le strutture aziendali (distretti), attraverso l’applicazione dei percorsi strutturati di presa in carico già attivi nell’ospedale di Trento (carcinoma della mammella, tumori gastrointestinali, tumori della sfera ORL, tumori ginecologici, urologici, polmonari, cerebrali, melanomi).

Gli operatori coinvolti nell’assistenza ai pazienti oncologici, presso i day hospital oncologici degli ospedali di Rovereto, Borgo Valsugana, Cavalese, Cles, Tione e arco – 8 medici e 6 infermieri – hanno fruito di *specifica formazione teorica e pratica* finalizzata a implementare, nella pratica clinica quotidiana, l’uso e la condivisione della *cartella oncologica informatizzata* (disponibile presso tutte le strutture), il teleconsulto (web) e *consulto multidisciplinare* (completamento stadiazione, iter terapeutico, monitoraggio) per i nuovi casi. La regolamentazione di queste attività è ancora parzialmente in corso e non è documentato il reale livello d’uso;

- ▶ riguardo al *semplificare delle modalità di fruizione delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche da parte dei pazienti*, risultano svolte le attività utili:
 - ad aumentare l’utilizzo del *ricettario SSN da parte dei medici specialisti ospedalieri* attraverso specifica informazione (incontri dedicati con gli operatori) e formazione (inerente alla prescrizione, al ricettario, alle note AIFA, ai piani terapeutici e registri di monitoraggio, al sistema RAO, alle

esenzioni, al portale internet, all'utilizzo della *scheda ambulatoriale* per la gestione informatizzata per la prenotazione diretta delle prestazioni specialistiche e la stampa delle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche nell'ambito del Sistema informativo ospedaliero – SIO);

- a *misurare e monitorare l'utilizzo del ricettario SSP da parte degli specialisti ospedalieri*, attraverso la definizione degli *indicatori* (quantità di ricettari del SSP consegnati annualmente agli specialisti ospedalieri, quantità di ricette SSP compilate nell'anno direttamente dallo specialista ospedaliero per l'assistenza farmaceutica, quota di ricette SSP compilate mese per mese dallo specialista ospedaliero per l'assistenza specialistica) e degli *applicativi che costituiscono/individuano la fonte dei rispettivi dati* e consentono analisi di dettaglio; i primi andamenti registrati nel 2009 sembrano confermare la bontà delle iniziative intraprese.

OBIETTIVO N. 7 – MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA – FORME ASSOCIATIVE

Progettare e realizzare, con riferimento alle forme associative in essere, un sistema di valutazione del funzionamento sotto il profilo organizzativo (attività ambulatoriale giornaliera, modalità di rintracciabilità dei medici, collegamenti telematici tra gli studi) e sotto il profilo della qualità dell'assistenza erogata (riunioni periodiche, consulti e confronti clinici, continuità assistenza domiciliare, gestione patologie croniche, verifiche comportamenti prescrittivi).

L'obiettivo 7, di categoria B (Valore massimo atteso = 3,60) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati completamente raggiunti;
- la richiesta progettazione del *sistema di valutazione del funzionamento delle forme associative dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta*, è stata elaborata – analizzando, sotto il profilo organizzativo e della qualità dell'assistenza erogata (anche in termini comparativi) il *panorama nazionale* (attraverso la ricognizione degli strumenti valutativi in uso in diverse regioni italiane: Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche) e la *situazione provinciale* rispetto alla quale, anche in ragione della riscontrata parziale carenza di informazioni strutturate essenziali a un processo valutativo compiuto e della necessità di promuovere comportamenti orientati a valorizzare la qualità degli interventi sanitari e il migliore uso delle risorse disponibili, sono stati predisposti nuovi *strumenti di rilevazione e analisi*;
- detti strumenti, definiti in linea e analogia con le indicazioni in materia di requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle attività sanitarie e finalizzati a verificare la presenza dei requisiti generali e specifici (di

- organizzazione e qualità) previsti negli accordi collettivi nazionale e provinciale per la medicina generale e la pediatria di libera scelta, sono – per singola tipologia di associazione – i seguenti:
- modello (schema tipo) di relazione annuale sull'attività svolta dalle associazioni dei medici di medicina generale;
 - modello (schema tipo) di relazione annuale sull'attività svolta dalle associazioni dei pediatri di libera scelta;
 - lista di controllo e scheda di verifica per la medicina in rete;
 - lista di controllo e scheda di verifica per la medicina di gruppo;
 - lista di controllo e scheda di verifica per la associazione periferica complessa;
 - lista di controllo e scheda di verifica per la pediatria di gruppo;
 - lista di controllo e scheda di verifica per la pediatria in associazione;
 - la formulazione degli elementi per valutare il funzionamento delle associazioni di MMG e PLS è stata altresì integrata attraverso uno specifico lavoro – eseguito con la metodologia del “controllo condiviso e di valutazione partecipata” – di rilevazione, analisi e “confronto dei punti di vista” dei cittadini/pazienti (rappresentanze) e dei professionisti/erogatori (8 associazioni di medici) per far emergere, rispetto agli aspetti organizzativi e della qualità delle cure primarie, le aree di convergenza e le criticità su cui costruire indicatori di valutazione: informazione e conoscenza dell'associazionismo medico; qualità organizzativa (tempi di attesa, orari di apertura, risposta telefonica, presenza di collaboratori negli studi), qualità delle prestazioni (accesso alle urgenze, accesso alla specialistica, lavoro integrato, gestione delle malattie croniche), rapporto medico/paziente (empo dedicato per singola visita, gestione privacy, aspetti etici);
 - ▶ nel merito, va evidenziato che lo studio trasmesso, valutato positivamente anche sotto il profilo metodologico ed espositivo, fornisce indicazioni precise in ordine agli aspetti/elementi che risultano essenziali alla fase attuativa del sistema di valutazione del funzionamento delle associazioni, che necessita, ai sensi dei vigenti accordi collettivi provinciali, di approvazione da parte dei competenti comitati ex art. 24 per la medicina generale e la pediatria di libera scelta.

OBIETTIVO N. 8 – ASSISTENZA SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA: PRESTAZIONI INNOVATIVE

Operare una generale e complessiva ricognizione dell'offerta sanitaria erogata con riferimento a:

- assistenza specialistica ambulatoriale
- diagnostica strumentale
- medicina di laboratorio
- diagnostica per immagini

finalizzata alla valutazione dell'opportunità – sotto i profili dell'appropriatezza, del

rapporto costo/beneficio e del rapporto costo/efficacia – e della fattibilità della introduzione, in detto livello di assistenza, di metodiche, procedure e/o prestazioni a carattere innovativo e/o sperimentale.

L'obiettivo 8, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,50) – verificato attraverso la disponibilità di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati completamente raggiunti;
 - la *richiesta ricognizione generale e complessiva dell'offerta sanitaria erogata – con riferimento alla assistenza specialistica ambulatoriale, alla diagnostica strumentale, alla medicina di laboratorio e alla diagnostica per immagini* – risulta effettuata con modalità valutate positivamente sotto il profilo metodologico;
 - detta ricognizione ha rilevato e analizzato (per tipologia, sede, modalità di accesso, tempistica di effettuazione e tempi di attesa) sia le *prestazioni prenotabili* che le *prestazioni effettivamente erogate* consentendo di individuare:
 - la distribuzione territoriale delle prestazioni erogate;
 - i comportamenti disomogenei per l'accesso e per i tempi dedicati alla stessa tipologia di prestazione;
 - le criticità relative ai tempi di attesa rilevati nel primo semestre 2009;
 - le prestazioni specialistiche e modalità organizzative innovative concretamente realizzabili;
 - risultano individuate specifiche "*prestazioni innovative*" con riferimento alle branche della radioterapia (5), della radiodiagnostica (4), dell'oculistica (1) e della medicina di laboratorio (1);
 - con riferimento all'*oncologia* è stata formulata e organizzata la proposta per l'erogazione di prestazioni/infusioni chemioterapiche in regime ambulatoriale anziché in regime di day hospital;
 - è stata elaborata e trasmessa specifica *procedura*, basata sui principi di health technology assessment, *per la richiesta di inserimento di nuove prestazioni nel relativo nomenclatore tariffario provinciale* o la modifica di prestazioni esistenti;
 - è stato predisposto e trasmesso un *regolamento* per l'attivazione della *modalità organizzativa del day service* adatta, in particolare, per patologie croniche (che, per episodi critici/di acuzie, richiedono frequenti monitoraggi per il mantenimento di uno stato di compenso e stabilità) e per situazioni cliniche non croniche ma complesse sul piano dell'inquadramento diagnostico (in soggetti con patologie associate invalidanti e/o per i quali sia necessario escludere danni secondari importanti) e finalizzata anche alla

riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati. Il modello ambulatoriale day service si caratterizza per:

- la concentrazione delle prestazioni in un'unica struttura erogatrice;
 - un coordinamento organizzativo che garantisca la gestione delle prenotazioni;
 - la definizione, da parte dello specialista, di un programma diagnostico;
 - l'esecuzione di visite e indagini diagnostiche e strumentali plurime e multidisciplinari, anche complesse, che possono richiedere l'integrazione e la consultazione di diversi specialisti;
 - il coordinamento clinico, il monitoraggio progressivo dei risultati, la sintesi clinica finale;
 - una rapida conclusione del percorso diagnostico.
- risulta predisposto e implementato un *nuovo percorso per la prenotazione delle visite di idoneità alla pratica sportiva agonistica* finalizzato a migliorare la continuità del servizio in corso d'anno e a ridurre i tempi di attesa;
- si valuta che l'insieme delle iniziative descritte contribuirà, in prospettiva e sulla base dell'attività di monitoraggio continuo del loro impatto, a un miglioramento del livello di appropriatezza e qualità del processo di erogazione dell'assistenza specialistica in regime ambulatoriale nell'ambito del servizio sanitario provinciale.

OBIETTIVO N. 9 – SEPSI OSPEDALIERA: SORVEGLIANZA E TERAPIA

Effettuare, attraverso l'utilizzo dei flussi informativi e degli indicatori ritenuti idonei allo scopo, il censimento delle sindromi da sepsi grave e shock settico negli ospedali provinciali.

Istituire il "Registro ospedaliero sepsi".

Definire i fabbisogni formativi per un'ampia e adeguata diffusione della conoscenza della sindrome clinica – diagnostica clinica e strumentale, terapia praticata secondo le linee guida esistenti e le loro implementazioni e/o revisioni – alle figure professionali (mediche e infermieristiche) più frequentemente a confronto con detta malattia (medici di PS, clinici internisti, chirurghi, intensivisti, infermieri che operano in strutture di prima accettazione e di diagnosi e cura) e istituire per essi corsi di formazione obbligatoria.

Istituire una specifica rete aziendale di medici e infermieri – referenti aziendali e di distretto – per la sorveglianza della sepsi ospedaliera, per la verifica della compliance delle strutture all'applicazione tempestiva e coerente delle cure in ambito locale o dopo trasferimento a reparto di cure intensive o semintensive, per il monitoraggio e mantenimento delle competenze diagnostiche e cliniche, per l'elaborazione e applicazione di strategie atte a contenere lo sviluppo e l'evoluzione clinica della sepsi.

L'obiettivo 9, di categoria B (Valore massimo atteso = 3,60) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

In particolare si segnala:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati parzialmente raggiunti;
 - risulta costituito il *gruppo operativo progetto sepsi* all'interno del Comitato per il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate ai processi assistenziali (CIPASS aziendale);
 - sono state *pianificate le attività da realizzare* (sul modello "Surviving sepsis campaign" e LaSer Emilia-Romagna) identificate in: informazione e formazione; diffusione di protocolli e percorsi assistenziali; indagine, ricerca e monitoraggio;
 - è stata realizzata la *prima fase dell'attività informativa/formativa* attraverso un seminario dedicato; la "formazione specifica obbligatoria" è in fase di progettazione;
 - sono state elaborate e trasmesse le *linee guida EBM* per la gestione della sepsi; non è documentato il livello di implementazione delle stesse;
 - in ordine all'attuazione dei "*percorsi diagnostico-terapeutici*" (pacchetti di cura – bundles) per la gestione della sepsi, sono state evidenziate specifiche criticità (difficoltà organizzative ed eterogeneità dei comportamenti quotidiani) in ordine, in particolare, alla scarsa disponibilità di posti letto nelle Unità operative di rianimazione degli ospedali di Trento e Rovereto e alla disponibilità e tempestiva delle attività di microbiologia e infettivologia;
 - in ordine al richiesto censimento, risulta effettuata – attraverso l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera – SDO (selezione dei codici di infezione in diagnosi secondaria) – la stima dell'incidenza della sepsi nelle strutture ospedaliere di APSS^[89];
 - il "*Registro Sepsis*", strumento scientifico per il monitoraggio e la verifica della qualità e dell'aderenza alle linee guida (attività di survey) è stato progettato in termini di architettura e contenuti (scheda monitoraggio cartacea e software data-set); rispetto all'operatività dello stesso sono rappresentate specifiche difficoltà (rilevazione dati) ed esigenze (software e hardware specifici); l'attivazione del registro, prevista all'interno del

^[89] Stima dell'incidenza della sepsi ospedaliera nelle strutture ospedaliere APSS – Anni 2006-2009

AREA	2006	2007	2008	2009
Medica generale	172	194	226	216
Specialità mediche	100	94	130	139
Chirurgica	12	23	26	21
Pediatria	15	23	12	15
Terapia intensiva	6	8	11	7
Totale	305	342	405	398
% dimessi con sepsi sul totale dei dimessi	0,35	0,39	0,45	0,45

- sistema informativo ospedaliero, è limitata e sperimentata presso le unità operative di anestesia e rianimazione;
- la *rete aziendale di medici e infermieri referenti* per la sorveglianza della sepsi ospedaliera non risulta strutturata;
- in merito all'obiettivo assegnato, si raccomanda all'Azienda sanitaria di assicurare l'impegno necessario a strutturare e consolidare nel tempo il complesso di attività individuate per la sorveglianza, il monitoraggio e la valutazione del fenomeno e dell'outcome primario (cambiamenti nella pratica clinica) e dell'outcome secondario (variazioni di incidenza e mortalità) delle iniziative approntate.

OBIETTIVO N. 10 – ASSISTENZA OSPEDALIERA – RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE: INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO CLINICO-GESTIONALE.

Individuare e realizzare – con riferimento all'assistenza pediatrica, ostetrico-ginecologica, ortopedico-traumatologica, oncologica – interventi e/o azioni che, sulla base del confronto e della condivisione da parte delle strutture organizzative coinvolte, siano finalizzati ad assicurare la funzione di coordinamento clinico-gestionale delle attività sanitarie erogate.

L'obiettivo 10 di categoria A (Valore massimo atteso = 5,50) – verificato attraverso la disponibilità di riscontri operativi sulla realizzazione delle attività richieste – è risultato CONSEGUITO.

In particolare:

- i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti;
- con riferimento all'ambito dell'*assistenza ostetrico-ginecologica/pediatrica*, è stata realizzata – in termini che, nel merito, si valutano positivamente sotto il profilo del metodo e del contenuto:
 - la ricognizione e valutazione dei *dati e indicatori* rappresentativi dei fenomeni e delle dinamiche bisogno/domanda/offerta;
 - la ricognizione e valutazione delle *linee guida* già elaborate dal Dipartimento funzionale;
 - l'*analisi sul campo* delle singole strutture di erogazione;
 - l'individuazione delle *misure organizzative* e del rispettivo *fabbisogno di risorse* (con l'indicazione delle funzioni attive per singola struttura, di quelle di nuova attribuzione e dei ruoli dei diversi professionisti) necessari per mettere in rete le varie strutture e le varie componenti professionali;
 - con riferimento all'ambito dell'*assistenza ortopedico-traumatologica*, è stata realizzata in termini che, nel merito, si valutano positivamente sotto il profilo del metodo e del contenuto:
 - la ricognizione e valutazione dei *dati e indicatori* rappresentativi dei fenomeni e delle dinamiche bisogno/domanda/offerta;

- la ricognizione e valutazione delle *linee guida* già elaborate dal Dipartimento funzionale;
- *l'analisi sul campo* delle singole strutture di erogazione;
- l'individuazione delle *misure organizzative* e del rispettivo *fabbisogno di risorse* (con l'indicazione delle funzioni attive per singola struttura e di quelle di nuova attribuzione) necessari *per mettere in rete le varie strutture e le varie componenti professionali*;
- *l'analisi di fattibilità* inerente all'attivazione graduale (pluriennale) di una *funzione ortopedico-traumatologica strutturata presso l'ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana*;
- con riferimento all'*ambito oncologico*, sono confermate – in quanto ritenute efficaci – le forme di coordinamento assicurate dall'attuale assetto organizzativo (U.O. di oncologia medica, servizi di day hospital periferici, linee guida per patologia, cartella clinica informatizzata, ambulatori multidisciplinari per consulto telematico a distanza);
- in termini più generali, nel merito della *governance clinica* (funzione di coordinamento clinico-gestionale delle attività), è stata formulata la proposta di introdurre, per la connessione fra le diverse strutture del sistema ospedaliero provinciale, un modello di *"rete ospedaliera a matrice"*, a più livelli di responsabilità/competenza, attraverso lo strumento del *dipartimento interospedaliero* (clinico-gestionale e clinico-professionale);
- ▶ sul piano operativo, le proposte formulate abbisognano di ulteriori valutazioni sul piano tecnico e della disponibilità delle risorse necessarie all'implementazione;

5.2.4 area 4 – STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

OBIETTIVO N. 11 – LINEE GUIDA: ADOZIONE OPERATIVA E MECCANISMI DI VERIFICA

Attivare un sistema di monitoraggio delle linee guida e dei protocolli assistenziali che preveda, tra l'altro, l'elaborazione e la trasmissione alla Provincia, con periodicità annuale, di specifici "Rapporti" che ne dimostrino il grado di concreta implementazione e gli aspetti di valutazione dell'efficacia e di revisione.

L'obiettivo 11, di categoria A (Valore massimo atteso = 5,50) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento – è risultato CONSEGUITO IN PARTE.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti solo in parte;
- ▶ in sede di approvazione del programma di attività dell'Azienda sanitaria per l'esercizio 2009, e con riferimento all'obiettivo specifico in argomento, "[...] si richiamava l'attenzione sulla necessità di *attivare un sistema (meccanismo) di monitoraggio dell'implementazione*";

- è stata effettuata la *ricognizione* delle linee guida e dei percorsi assistenziali già avviati in APSS;
- la *formazione residenziale*, già progettata o avviata in APSS, è stata orientata al conseguimento dell'obiettivo;
- nell'ambito della *formazione sul campo*:
 - è stata predisposta una specifica *“scheda raccolta dati, per la verifica e revisione di qualità dell'ossigenoterapia nel Dipartimento di medicina interna”*, finalizzata a verificare, con metodologia di audit clinico, le non conformità rispetto allo standard e a realizzare le relative correzioni;
 - per migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, è stato redatto – con la collaborazione dei medici delle cure primarie (MMG e PLS) del Distretto Vallagarina e di medici specialisti ospedalieri dell'ospedale di Rovereto e di altre articolazioni organizzative – uno specifico *documento, organizzato in flow chart e check-list* (griglie quesiti clinici), che dovrebbe consentire – se messo a regime nei diversi ambiti del servizio sanitario provinciale (medicina primaria, pronto soccorso, medicine interne e specialistiche) – un monitoraggio costante dell'applicazione dei 24 percorsi assistenziali individuati;
- risulta elaborata e trasmessa la *“Linea guida per la gestione dell'ossigenoterapia nella unità operativa di medicina interna dell'ospedale di Rovereto”*;
- con riferimento ad alcuni percorsi assistenziali, viene riferita ma non documentata la realizzazione di *momenti di confronto, sul piano tecnico*, per definire le modalità di misurabilità, monitoraggio e attivazione;
- il sistema (meccanismo) di monitoraggio delle linee guida e dei percorsi assistenziali, che ne dimostri del grado di implementazione (valutazione dell'efficacia, revisione), non risulta essere stato strutturato;
- ▶ in merito all'obiettivo assegnato, si raccomanda all'Azienda sanitaria di assicurare l'impegno necessario a strutturare e consolidare nel tempo il complesso di attività individuate.

OBIETTIVO N. 12 – INDICATORI DI PERFORMANCE CLINICI E ORGANIZZATIVI – REGISTRO PROTESI D'ANCA
Progettare e implementare – prevedendo la collaborazione tra Dipartimento di ortopedia e Servizio osservatorio epidemiologico – il “Registro degli interventi per protesi d'anca” secondo modalità che garantiscono – partendo dai flussi informativi correnti e integrandoli con informazioni su caratteristiche del dispositivo e condizioni di salute dei pazienti al momento dell'intervento e nel periodo successivo – l'integrazione del registro locale con il Registro nazionale in fase di costruzione.

L'obiettivo 12, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,50) – verificato attraverso la disponibilità di documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione dell'attività richiesta – è risultato CONSEGUITO.

In particolare:

- ▶ i risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati raggiunti;
 - risulta perfezionata l'adesione al primo nucleo del "*Registro nazionale (degli interventi) di protesi d'anca*", costituito come federazione di registri regionali (Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia, Piemonte, Toscana, Marche, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento) coordinata dall'Istituto superiore di sanità;
 - è stata realizzata, utilizzando le schede di dimissione ospedaliera (ricoveri), *l'analisi degli interventi di protesi d'anca relativi al periodo 2004-2007* – effettuati negli ospedali trentini a gestione diretta APSS (per pazienti trentini e non) e effettuati in strutture ospedaliere fuori provincia a beneficio di pazienti residenti in trentino (mobilità passiva) – specificando *tipologia dell'intervento* (totale, parziale, revisione), *le caratteristiche del paziente* (età, sesso, residenza, diagnosi che ha portato al ricovero, con le comorbilità già presenti o sorte durante l'intervento), *la struttura che ha effettuato l'intervento*, *il tempo di attesa* tra l'accesso all'ospedale e l'effettuazione dell'intervento, *la degenza media* e *la modalità di dimissione* (domicilio, trasferimento altra struttura per acuti, trasferimento altra struttura di riabilitazione/lungodegenza, decesso), *il tasso di ospedalizzazione*, *i ricoveri ripetuti* nello stesso anno correlati all'intervento, *la valutazione della sopravvivenza* dei pazienti sottoposti all'intervento;
 - il "*Registro protesi d'anca*", strumento per l'attività di survey, è stato progettato in termini di architettura e contenuti:
 - è stato predisposto e trasmesso il "*tracciato record*" (variabili, descrizioni, fonte dato) relativo al *ricovero* e alle *informazioni aggiuntive* (intervento, dispositivo protesico utilizzato, caratteristiche funzionali dei pazienti) da compilare (in modalità cartacea, in prima fase) da parte degli specialisti ortopedici, e previste le attività (di data entry e record linkage con SDO e schede di morte) da realizzarsi a cura del Servizio osservatorio epidemiologico;
 - è stata implementata, all'interno del "sistema informativo ospedaliero – modulo registro operatorio", la scheda per l'inserimento delle informazioni aggiuntive;
 - *l'operatività completa del registro*, in termini di utilizzo (obbligatorio) da parte di tutte le unità operative di ortopedia (a gestione diretta APSS), sarà perfezionata nel corso del 2010;
- ▶ in merito all'obiettivo assegnato, si raccomanda all'Azienda sanitaria di assicurare l'impegno necessario a strutturare e consolidare nel tempo il complesso di attività individuate, valutando altresì l'inserimento nel registro protesi d'anca delle attività erogate dalle strutture private accreditate.

OBIETTIVO N. 13 – INTERCONNESSIONE E INTEROPERABILITÀ: SOLUZIONI DI eHEALTH CENTRATE SUL CITTADINO

Progettare e sviluppare soluzioni applicative interoperabili di eHealth allo scopo di rendere fruibili al cittadino i propri dati sanitari in formato digitale e di favorire lo scambio di informazioni e la comunicazione tra cittadino e operatori sanitari. Elaborare sulla base del fabbisogno clinico e in un'ottica di sostenibilità organizzativa uno studio di fattibilità che contenga almeno cinque scenari clinici basati su soluzioni di eHealth, quali modelli innovativi di cura e assistenza che prevedano il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria salute.

L'obiettivo 13, di categoria C (Valore massimo atteso = 2,50) – verificato attraverso la disponibilità di materiali e documenti di riferimento e di riscontri operativi sulla realizzazione dell'attività richiesta – è risultato CONSEGUITO PIENAMENTE.

I risultati attesi dichiarati nel programma di attività dell'Azienda sono stati completamente raggiunti. In particolare:

- ▶ risultano *realizzati i richiesti servizi di interoperabilità* attraverso:
 - la progettazione e realizzazione della *piattaforma base personal health records – PHR*, (tecnologia Web-based) costituita da un *insieme di servizi "core"* a disposizione di ogni cittadino della provincia autonoma di Trento, che consente: l'inserimento di osservazioni personali (calendario, agenda, attività fisica, dieta, ecc), l'integrazione con sistemi informativi sanitari aziendali (es: SIO per referti, lettere dimissioni, altro) e la partecipazione a forum con altri cittadini (es. malati cronici);
 - la *piattaforma PHR* – costruita all'interno del progetto interistituzionale cartella clinica del cittadino (TreC: Libretto sanitario elettronico, diario della salute, canale di comunicazione con medici e istituzioni sanitarie) – mette in luce le potenzialità dei cittadini/pazienti nella gestione della propria salute (empowerment – corresponsabilità), costituendo uno "strumento semplice per raccogliere e generare informazioni" sulla propria salute/cura e per entrare in "connessione" con gli operatori sanitari e con altri cittadini;
 - la realizzazione, in collaborazione con FBK, delle *attività di "test"* dei servizi sviluppati; detti test hanno dato esito positivo;
 - la realizzazione dei servizi core in argomento ha, tra l'altro, favorito la *connessione di sistemi specifici all'interno di APSS* e consentito di perfezionare l'approccio alle problematiche della privacy legate all'accesso ai dati sanitari dei cittadini attraverso la elaborazione delle *regole che governano il fascicolo sanitario elettronico (FSE) nel rispetto delle indicazioni emanate dal Garante per la privacy*;
- ▶ con riferimento alla richiesta di elaborazione di *almeno cinque scenari clinici basati su soluzioni di eHealth*, quali modelli innovativi di cura e assistenza che prevedano il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della

propria salute, *risultano elaborati e trasmessi i seguenti 6 scenari*: patologie croniche, malato diabetico, scompenso cardiaco, pazienti fragili gestiti da un coordinatore di percorso, follow-up post operatorio, bambini allergici e dei bambini asmatici; con riferimento a detti scenari, è stata realizzata un'*analisi di fattibilità*, documentando condizioni e vincoli (organizzativi, tecnologici, comportamentali) da considerare per il successivo sviluppo, e l'indicazione di *priorità e sequenza per la realizzazione*;

- ▶ il progetto TreC è stato inserito tra le "esperienze di empowerment" segnalate dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (A.ge.san) nel 6° Supplemento al numero 25 di *Monitor* (trimestrale di analisi e osservazione del sistema salute, curato dall'Agenzia).

TAB. 5.33 Obiettivi annuali specifici – Esercizio 2009. 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	B	3,60
2 OPERATORI SANITARI "PROMOTORI DI SALUTE" FORMAZIONE	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,50
3 ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI RETE ALLERGOLOGICA PROVINCIALE	CONSEGUITO IN MISURA MINIMA	B	0,72
4 ICTUS SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE, GESTIONE	CONSEGUITO	B	2,88
5 PATOLOGIE CRONICHE MODELLI DI GESTIONE (CLINICA-ORGANIZZATIVA) INNOVATIVI	CONSEGUITO PIENAMENTE	A	5,50
6 INTEGRAZIONE LIVELLI DI ASSISTENZA: PROCEDURE E BUONE PRATICHE DI PRESA IN CARICO: CONSOLIDAMENTO ATTIVITÀ DI CASE MANAGER E SEMPLIFICAZIONE	CONSEGUITO	A	4,40
7 MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA FORME ASSOCIATIVE	CONSEGUITO PIENAMENTE	B	3,60
8 ASSISTENZA SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA PRESTAZIONI INNOVATIVE	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,50
9 SEPSI OSPEDALIERA SORVEGLIANZA E TERAPIA	CONSEGUITO IN PARTE	B	1,80
10 ASSISTENZA OSPEDALIERA – RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO CLINICO-GESTIONALE	CONSEGUITO	A	4,40
11 LINEE GUIDA ADOZIONE OPERATIVA E MECCANISMI DI VERIFICA	CONSEGUITO IN PARTE	A	2,75
12 INDICATORI DI PERFORMANCE CLINICI E ORGANIZZATIVI REGISTRO PROTESI D'ANCA	CONSEGUITO	C	2,00
13 INTERCONNESSIONE E INTEROPERABILITÀ SOLUZIONI DI eHEALTH CENTRATE SUL CITTADINO	CONSEGUITO PIENAMENTE	C	2,50
PUNTEGGIO TOTALE			39,15

In relazione all'individuazione della misura del compenso aggiuntivo per l'anno 2009 da corrispondersi in favore del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, la Giunta provinciale ha ribadito che – in forza di quanto stabilito con propria deliberazione n. 2084/2004 – il giudizio complessivo finale è articolato in modo da “[...] assegnare al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali specifici, definito attraverso istruttoria tecnica, un peso percentuale che incide – nella valutazione finale complessiva – nella misura massima del 50%, riservando conseguentemente la rimanente quota di valutazione pari al 50% e il giudizio finale alla Giunta provinciale che assumerà allo scopo i seguenti ulteriori ambiti di valutazione:

- il grado di attuazione delle linee di sviluppo strategico del Servizio sanitario provinciale, come individuate nei documenti di programmazione sanitaria provinciale;
- l'andamento della gestione del Servizio sanitario provinciale;
- la funzionalità organizzativa dei servizi sanitari e la loro rispondenza ai principi di efficacia ed efficienza;
- il rispetto dei vincoli di bilancio, esaminati in sede di approvazione del Bilancio di esercizio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per l'anno di riferimento [...]”.

Su questa base, la Giunta provinciale^[90] ha deliberato di erogare il *compenso aggiuntivo*^[91] riconosciuto al Direttore generale dell'Azienda sanitaria relativamente all'anno 2009, *nella misura proporzionale pari al 74% della quota prestabilita* (assegnando 39,15 punti in base all'istruttoria tecnica e 35,85 punti relativamente agli altri ambiti di valutazione).

^[90] Con deliberazione n. 2558 del 12 novembre 2010.

^[91] Previsto per le finalità di cui all'art. 3, comma 2, dello schema di contratto d'opera intellettuale del Direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (deliberazioni n. 7891/1999 e n. 3692/2001, concernenti la determinazione dei contenuti di detto contratto di lavoro e, rispettivamente, la modificazione degli stessi).

Riferimenti bibliografici

Per la stesura della presente relazione, sono state utilizzate, tra l'altro, le seguenti fonti informative e bibliografiche:

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI – Provincia Autonoma di Trento, Relazione sulla Gestione Esercizio 2009, Trento, 2010

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, Servizio Statistica, Rapporto sulla situazione economica e sociale del Trentino nel corso del 2009, Trento, 2010 (www.provincia.tn.it/Statistica/Pubblicazioni/Eco/RapportoEd2004.pdf)

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT), Indicatori demografici – Stime per l'anno 2006 (www.istat.it/Popolazione/index.htm)

MINISTERO SALUTE – <http://www.salute.gov.it/>



Ricordiamo con affetto il collega Graziano Manfrini, recentemente scomparso (nella foto - aprile 2008 - alla cerimonia per il suo pensionamento con il presidente della Provincia, Lorenzo Dellai). Graziano, valente specialista del sistema informativo sanitario, è stato per molti anni coautore della Relazione annuale.

