



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

BILANCIO DI MISSIONE 2020

(REDATTO IN APPLICAZIONE DELL'ART. 39, L.P. N. 16/2010)

INDICE

INTRODUZIONE	3
APSS IN UNO SGUARDO – UNA GIORNATA TIPO NEL 2020	3
IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE VISTO DALL'ESTERNO: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SCUOLA SUPERIORE S. ANNA DI PISA	4
BILANCI E ASPETTATIVE: LA PROSPETTIVA DELLA CONSULTA DELLA SALUTE	7
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	9
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	17
LA CENTRALE COVID	17
COPERTURE VACCINALI	20
TUTELA DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI APERTI E CONFINATI - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	21
SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	24
SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA	26
SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI	27
SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING	29
ASSISTENZA TERRITORIALE	32
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	32
ASSISTENZA DI BASE	39
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	42
CURE DOMICILIARI	42
SERVIZI CONSULTORIALI	43
PROGETTO PERCORSO NASCITA	46
SALUTE MENTALE	48
ASSISTENZA FARMACEUTICA	65
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	70
ASSISTENZA OSPEDALIERA	76
IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE ATTIVITÀ	76
GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA	80
PERCORSI ONCOLOGICI	83
PROTONTERAPIA	85
AREA MATERNO INFANTILE	85
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	86
AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA	87
DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	87
MOBILITÀ SANITARIA	89
RELAZIONE CON I CITTADINI	99
COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ	99
QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	102
I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO QUALITÀ E SICUREZZA ASSISTENZIALE	102
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	103
COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI	106
COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	107
RICERCA E INNOVAZIONE	108
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO	109
LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE	109
LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE	110
LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO	110
LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI	111
RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO	111

INTRODUZIONE

Il Bilancio di missione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) è redatto a norma della legge provinciale 16/2010 ed ha la finalità di evidenziare "i risultati di salute con riguardo all'anno di riferimento, con specificazione degli interventi e delle attività assicurate e degli esiti rilevati nel territorio dei singoli distretti, i mutamenti qualitativi e quantitativi intervenuti nella domanda e nell'offerta dei servizi sanitari e gli interventi correttivi necessari e opportuni".

Il documento quindi evidenzia come e con quali risultati l'Azienda ha saputo declinare operativamente la propria "missione", che consiste nel gestire le attività sanitarie e socio-sanitarie, promuovere e tutelare la salute dei cittadini, garantire i servizi e le attività comprese nei livelli essenziali di assistenza e in quelli aggiuntivi provinciali, riconoscendo la centralità delle legittime esigenze e aspettative dei cittadini.

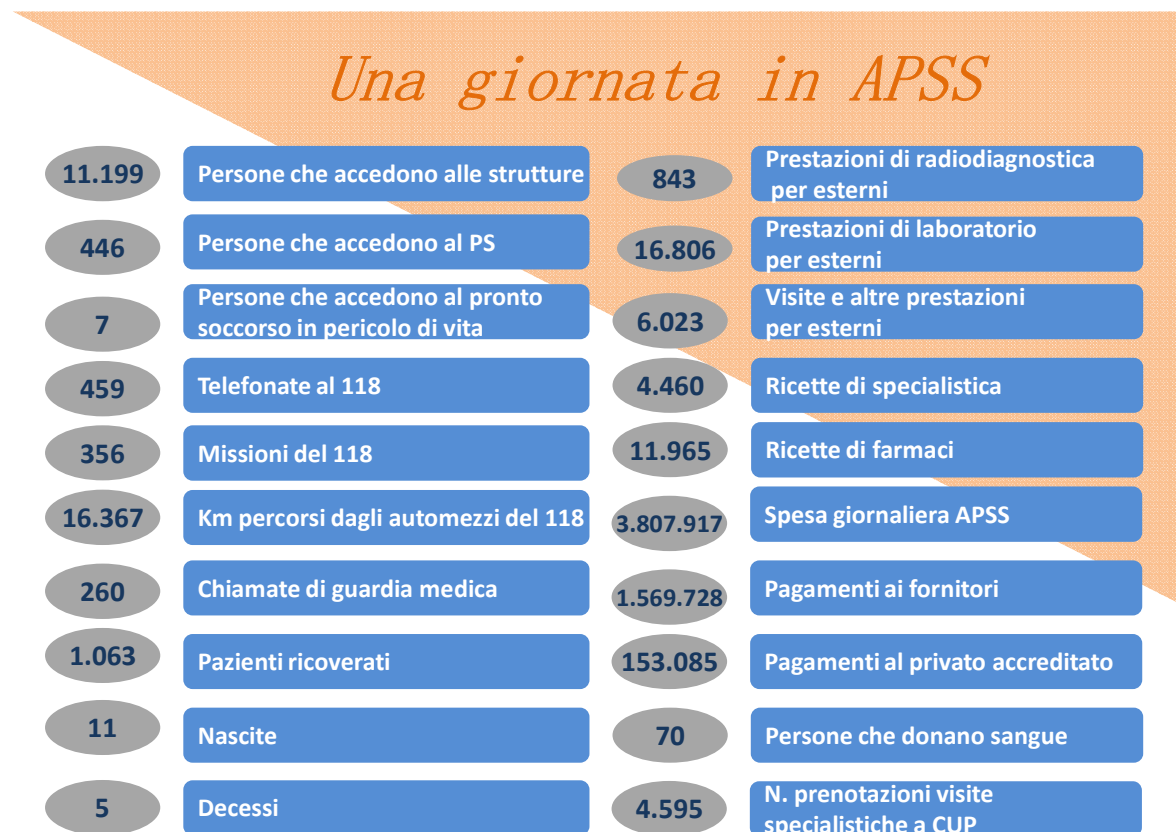
Il Bilancio di Missione evidenzia pertanto i risultati di queste attività, soprattutto gli "esiti" sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi, mettendoli a confronto con quelli di realtà analoghe ("benchmarking"). Sono pertanto presentati vari indicatori che possono essere misurati nel loro andamento pluriennale e messi a confronto con standard predefiniti o con i valori medi di altre realtà che sono rilevati da indagini specifiche.

Le attività svolte nel 2020 hanno subito una forte variazione rispetto a quanto previsto dalla programmazione provinciale ed aziendale. L'avvento della pandemia da Covid-19 ha profondamente segnato l'attività di APSS. L'Azienda ha dovuto fronteggiare, da un lato, un importante incremento di attività per l'individuazione, il tracciamento, il monitoraggio, la presa in carico e la cura dei pazienti Covid positivi, dei contatti e dei sospetti. Dall'altro lato, le attività di prevenzione, diagnosi e cura delle altre patologie hanno subito importanti rallentamenti in seguito alle limitazioni degli accessi alle strutture e alla ridestinazione temporanea del personale su attività correlate all'emergenza, con conseguente incremento delle liste d'attesa e riduzione delle prestazioni erogate in quasi tutti gli ambiti.

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

Per uscire dall'autoreferenzialità e avere una valutazione più completa degli impatti dell'attività svolta da APSS nei confronti degli stakeholder, il documento contiene altresì contributi provenienti dall'esterno di APSS. In un apposito paragrafo, è rappresentato il bilancio - dalla prospettiva della Consulta per la salute provinciale - delle ricadute di quanto APSS ha messo in campo nel 2020. Un altro paragrafo è invece dedicato alle valutazioni fatte nel contesto del Sistema di valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa - che da anni confronta tramite indicatori specifici l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza nelle varie regioni italiane.

APSS IN UNO SGUARDO – UNA GIORNATA TIPO NEL 2020



IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE VISTO DALL'ESTERNO: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SCUOLA SUPERIORE S. ANNA DI PISA

Uno dei principali strumenti per la valutazione degli esiti di salute e di processo è dato dal programma di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali del **Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**, che mette a confronto ogni anno i risultati delle attività di diverse regioni e province autonome italiane, che vi aderiscono su base volontaria.

Il programma valuta oltre 120 indicatori, concernenti diverse prospettive della performance dei sistemi sanitari, che sono raggruppati in indicatori di sintesi al fine di dare un quadro immediato e di facile lettura di ciascuna realtà.

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

Gli indicatori di ogni realtà (regionale, provinciale o aziendale) sono poi rappresentati in uno schema "a bersaglio", in cui gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio e quelli con performance pessima si trovano sulla fascia rossa esterna.

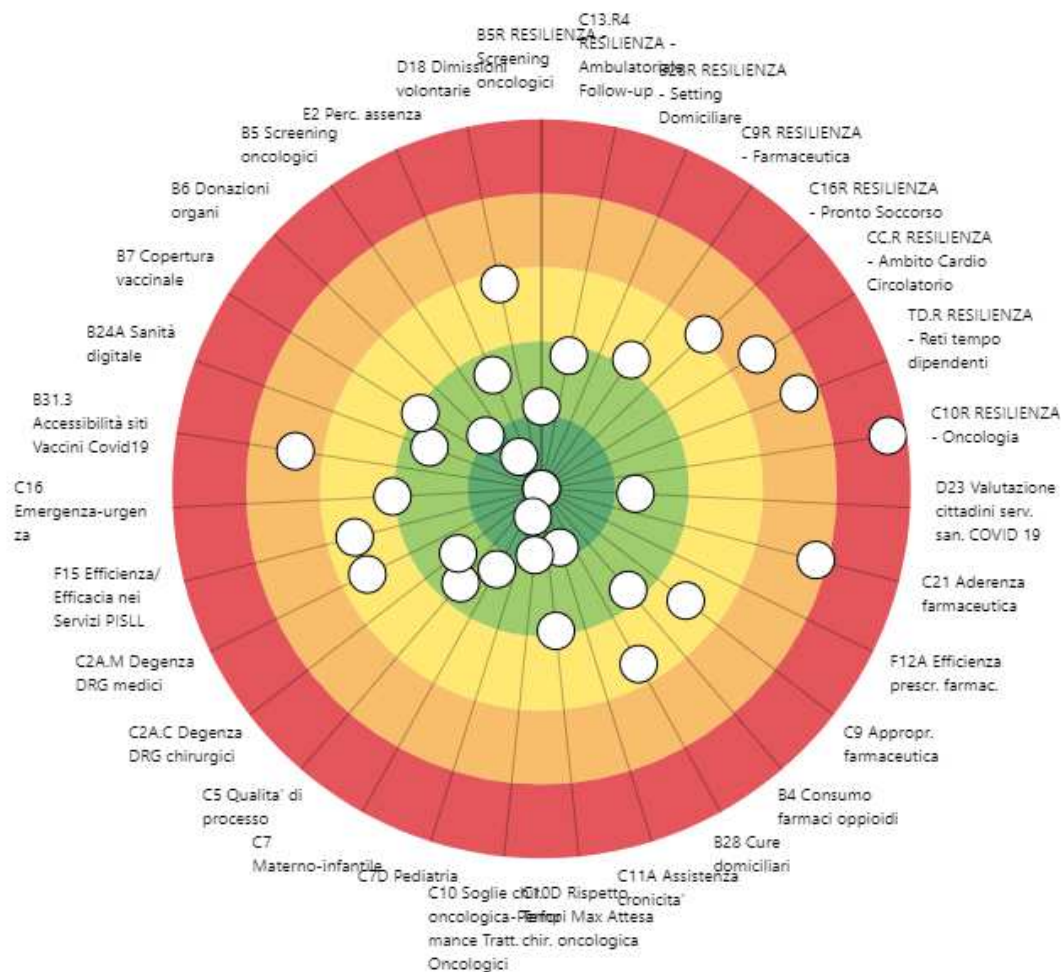
In aggiunta ai bersagli regionali e aziendali, il Laboratorio MeS fornisce solitamente anche delle rappresentazioni "a pentagramma" degli indicatori, che permettono di confrontare i sistemi sanitari regionali relativamente all'efficacia di presa in carico dei pazienti nei percorsi cronicità, oncologici,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

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

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

Di seguito il bersaglio 2020 e la mappa di performance della Provincia autonoma di Trento.

Bersaglio 2020 - Trento



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

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

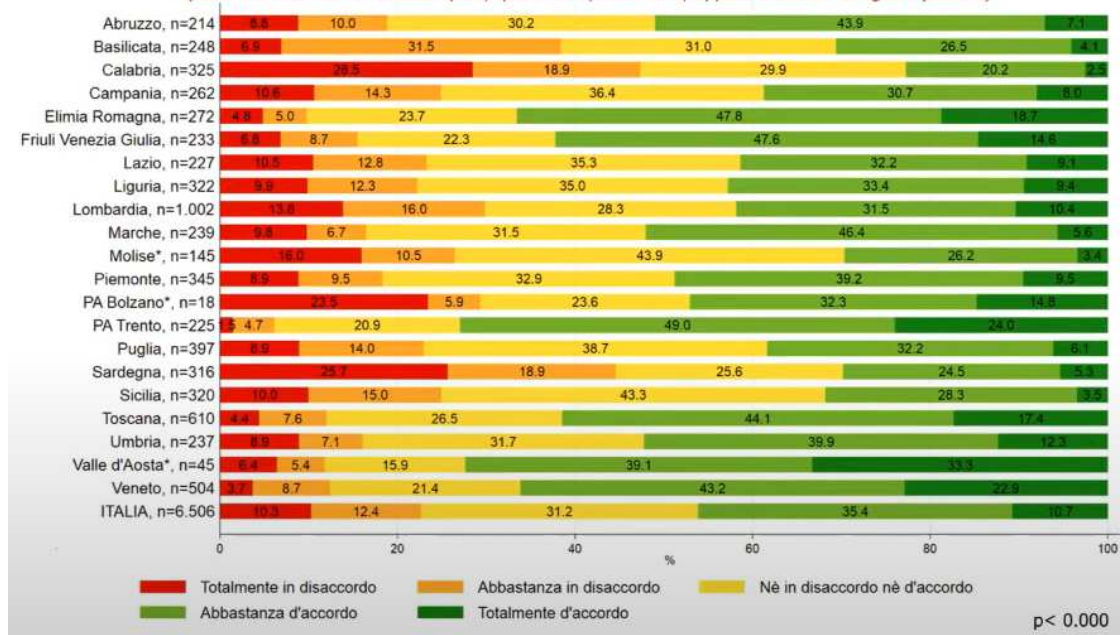
- una performance complessiva che, nonostante qualche criticità, evidenzia una buona capacità della PAT di far fronte all'elevato impatto pandemico registrato nel 2020;
- il miglioramento della copertura della vaccinazione antinfluenzale anziani (dal 55% nel 2019 al 66,8% nel 2020);
- il miglioramento di diversi indicatori sul consumo di farmaci alla dimissione a fronte di un peggioramento delle performance sull'adesione alle terapie con Beta-bloccanti, ACE inibitori o sartani e antiaggreganti e statine;
- l'assenza di particolari criticità, rispetto alla media delle altre regioni, sull'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in periodo di pandemia.

Inoltre, in aggiunta alla consueta valutazione sulla base degli indicatori individuati, la valutazione delle performance con lo strumento del Bersaglio ha tenuto conto dei risultati di un questionario di customer satisfaction, proposto dal Laboratorio MeS, relativamente alla percezione degli utenti in merito alla risposta alla pandemia fornita dai sistemi sanitari regionali. Le risultanze del questionario sono riassunte nell'indicatore D23 (rappresentato nel Bersaglio), che evidenzia una performance buona per la Provincia autonoma di Trento. Nella figura che segue, si riporta un esempio degli item considerati.

Tutto considerato sono soddisfatto dell'assistenza ricevuta dal servizio sanitario della mia Regione durante la pandemia

Persone che NON hanno avuto un contatto con il COVID-19

(ossia che NON hanno fatto tamponi, quarantene, isolamenti, oppure avuto un familiare positivo)



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

BILANCI E ASPETTATIVE: LA PROSPETTIVA DELLA CONSULTA DELLA SALUTE

Non è mai successo che un "Bilancio di missione" della APSS sia steso in una fase così incerta e di parziale emergenza a causa di una drammatica pandemia che ha colpito l'intero paese e non solo. Mai era successo che un evento così cruciale mettesse in seria difficoltà il necessario raffronto dei dati fra anno precedente e anno in corso. Troppe le differenze di sistema e di modalità organizzative per consentire di sviluppare i necessari raffronti dei dati con l'anno precedente sviluppando poi le necessarie considerazioni fra criticità e aree di miglioramento possibile. Ancora oggi siamo dentro una emergenza sanitaria indefinita: prorogata più volte e ora prolungata sino a dicembre di quest'anno. Una emergenza così temporalmente dilatata non l'avevamo mai conosciuta. Le caratteristiche sono in parte altalenanti più o meno acute in funzione del numero dei contagi, dell'occupazione di posti letto in terapie intensive e semi-intensive.

L'anno 2020, l'anno della pandemia, si è caratterizzato per un primo periodo particolarmente duro di emergenza sanitaria con la chiusura di gran parte dei servizi sociosanitari e una pressione mai vista prima sugli ospedali e terapie intensive. Intere unità operative si sono di fatto bloccate o trasformate in aree covid; i servizi sociosanitari e sociali sono stati chiusi generando non pochi problemi alla popolazione fragile e bisognosa di assistenza. Visite, interventi, controlli specialistici sono stati a lungo bloccati e rimandati. Poi in estate i contagi sono in parte calati e si è creata la falsa convinzione che il peggio ormai era passato, ma non è stato così. In autunno contagi, ospedali, terapie intensive si sono nuovamente riempite e siamo ripiombati di nuovo in una emergenza sanitaria e sociale. Molti malati venivano "curati" a domicilio tramite le USCA e i MMG del tutto insufficienti rispetto alle necessità. Il bollettino dei malati gravi, dei morti ha segnato un crescendo impressionante anche fra il personale sanitario. Verso fine anno finalmente la buona notizia: varie case farmaceutiche avevano scoperto un vaccino efficace contro il Covid-19. Finalmente un messaggio di speranza.

Questa in estrema sintesi la situazione che ha caratterizzato l'anno 2020 e che data la sua eccezionalità non consente un efficace raffronto dei dati che hanno caratterizzato la gestione e operatività dell'APSS con l'anno precedente.

Forse, invece che intraprendere il difficile compito del raffronto dei dati, varrebbe la pena interrogarsi cosa la pandemia del 2020 ci ha lasciato e cosa eventualmente ci ha insegnato. Quanto sia necessario e urgente recuperare il coraggio di "ridisegnare" il sistema sanitario provinciale a partire dalla medicina territoriale per troppo tempo relegata a un ruolo di "cenerentola" con potenzialmente tanti compiti e funzioni e pochi investimenti. Quanto sia necessario progettare un nuovo modello di sanità in cui prossimità, rete integrata dei servizi e centralità della persona sono gli elementi portanti, con l'aggiunta di tutti gli strumenti messi a disposizione dalla tecnologia (telemedicina, teleconsulto, ecc.).

Ciononostante pur premettendo il nostro sentito ringraziamento a tutto il personale sanitario che con autentica dedizione e altruismo si è impegnato senza sosta durante tutto l'anno della pandemia (e continua ancora oggi a farlo), cerchiamo di formulare qui di seguito alcune considerazioni:

- I contatti dei cittadini con l'URP nel corso del 2020 sono di fatto più che triplicati rispetto all'anno precedente registrando le oltre 55.000 telefonate, fax o e-mail; questo dato segnala una situazione di forte stress accusato dalla popolazione dovuto essenzialmente ad una carenza di informativa su percorsi di cura, su esami e controlli programmati e poi slittati, sulla sospensione e/o dilazionamento di interventi e prestazioni sanitarie specialistiche e strumentali. Altro dato significativo relativo ai mesi estivi di riapertura parziale di alcuni servizi e prestazioni è rappresentato dalle oltre 6.500 segnalazioni fatte dai cittadini circa l'impossibilità di raggiungere telefonicamente o tramite internet il CUP. Anche in questo caso la carente capacità previsionale dell'aumento della domanda di salute dei cittadini ha generato tensioni e forte preoccupazione nei cittadini.
- Se accettiamo che venga in qualche modo effettuata una sorta di "depurazione" (con quali criteri non è dato conoscere) i dati delle segnalazioni inserite a sistema, rispetto ai picchi determinati dal Covid, riportano 2.064 segnalazioni nel 2020 rispetto al dato di 3.432 del 2019. Altro dato interessante riguarda le segnalazioni di un disservizio, che non a caso diminuiscono del 32% rispetto al 2019 (passando dalle 1441 a 973); anche in questo caso pesa in modo significativo la difficoltà oggettiva di accesso alle cure (PS compreso) da parte dei cittadini.
- Fra le criticità evidenziate dall'URP, seppur depurate dall'emergenza sanitaria in atto (quindi "calmierate"), risultano significative alcune segnalazioni legate in modo specifico alle capacità organizzative della APSS rispetto alle richieste di salute dei cittadini:
 - Difficoltà per molti anziani nella stampa dei referti e utilizzo TREC/FAST TREC;
 - Difficoltà per la prenotazione tramite nr dedicato (0461 371037) dei prelievi/servizi anagrafe (albero vocale complicato);
 - Servizio di continuità assistenziale (guardia medica): qualità prestazioni e disponibilità;
 - Assistenza odontoiatrica Lea Provinciali: offerta non corrispondente alla domanda e ambiti territoriali per l'indiretta troppo vasti;
 - Tempi di attesa per diverse prestazioni specialistiche e agende non disponibili su diverse specialità con disagi per i cittadini che devono continuare periodicamente a telefonare al CUP;
 - Visite di controllo non prenotate direttamente al momento della prima visita;
 - Medico di medicina generale non reperibile telefonicamente o comunque difficoltà nell'accesso/contatto;
 - Criticità relazionali fra operatori, familiari e pazienti.

Fatte queste considerazioni parziali sui dati rappresentati dall'URP, ci sentiamo di dover ribadire quanto già evidenziato in precedenti segnalazioni effettuate nell'ottobre del 2020 e che in alcuni casi coincidono in parte o in toto con le criticità evidenziate dallo stesso URP:

- Migliorare la formazione degli operatori sul tema delle relazioni e dell'umanizzazione;

- Sviluppare ulteriormente la medicina a distanza (telemedicina, teleconsulto, ecc...) che in questo periodo di emergenza sanitaria si è dimostrata essere potenzialmente uno strumento importante a disposizione dei sanitari e dei cittadini;
- Tempi di attesa e presa in carico riabilitativo per i soggetti con gravi disabilità. Il soggetto con cronicità importanti viene generalmente considerato "stabilizzato" e conseguentemente non a rischio di acuzie; gli invalidi civili con gravi disabilità fisiche riescono ad accedere con difficoltà alle necessarie prestazioni riabilitative. Di conseguenza si rilevano le seguenti priorità: riabilitazione fisica da garantire anche ai pazienti cronici, per evitare possibili aggravamenti e per migliorare la qualità di vita e garantire la maggior autonomia possibile;
- RAO di prescrizione per visite specialistiche (non solo quindi per quelle riabilitative in senso stretto) che tengano conto della disabilità cronica e pregressa quale fattore di moltiplicazione, anziché somma dei bisogni.

L'Associazione ANFFAS segnala che a tutt'oggi non sono stati realizzati percorsi facilitati di accesso al pronto soccorso per le persone fragili (disabili, grandi anziani, persone affette da demenza) con l'introduzione del così detto "codice argento". La realizzazione di tale facilitazione con conseguenti tempi di attesa minori e possibilità di accompagnamento per il caregiver, sono di fondamentale importanza in una situazione di accesso urgente ad una struttura ospedaliera;

L'Associazione diabetici che lamenta una carenza strutturale di organici medici e infermieristici nelle strutture preposte ai controlli e alle cure costringendo molte persone affette da diabete a rivolgersi alle strutture private. In tale contesto di carenze gravi dei servizi preposti, di carenza di dotazione di nuove tecnologie (sensori sottocutanei e microinfusori) viene poi valutata negativamente la scelta di sgravare i centri specialistici ricorrendo ai medici di base.

Per la Consulta della salute
Il Presidente Renzo Dori

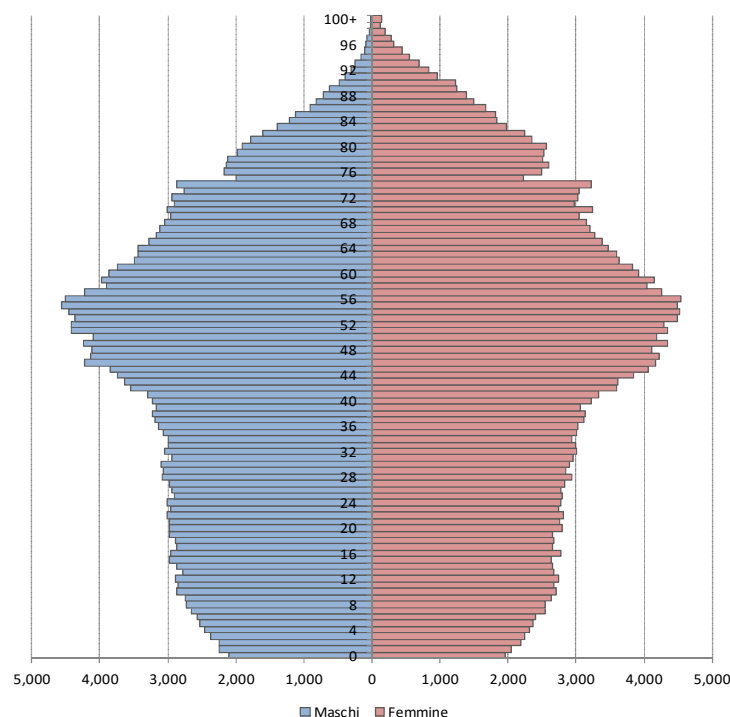
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2021 la **popolazione residente in Trentino** ammonta a 544.745 persone. Nel corso del 2020 i nati vivi residenti sono stati 4.027 e il conseguente tasso di natalità, pari a 7,4‰ abitanti, è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 6,8‰). Il numero **dei morti residenti è stato di 6.626 persone**, a cui corrisponde un tasso di mortalità del 12,2‰ abitanti, al di sotto della media nazionale pari al 12,6‰. L'aumento dei decessi è molto superiore agli anni precedenti (9,3‰ nel 2019) a causa della pandemia Covid-19.

La struttura per età della popolazione, relativa al 2021¹, conferma un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata (figura 1). Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 14,9% della popolazione totale, quelle di 65 anni e più rappresentano il 22,5% e le persone di 75 anni e più sono l'11,2%.

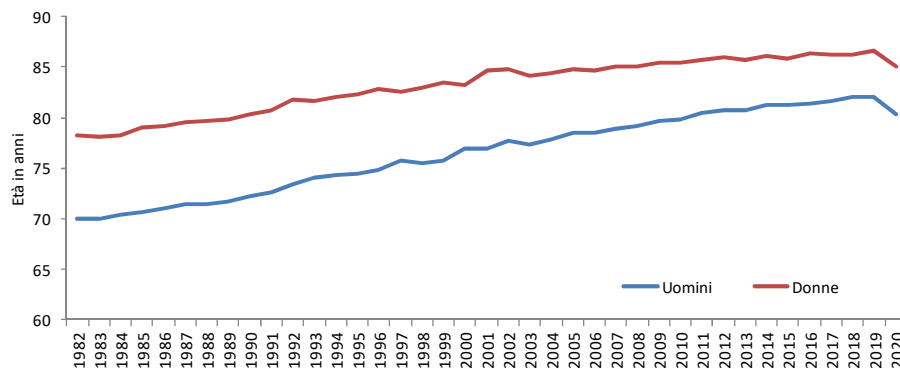
Figura 1. Struttura della popolazione trentina per genere e età. Demoistat 1.1.2021



La struttura per età della popolazione è il risultato congiunto delle seguenti componenti: natalità, mortalità e migratorietà. Il progressivo aumento del numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere (speranza di vita alla nascita) registrato negli ultimi decenni ha subito un arresto nel 2020 a causa della pandemia Covid-19. La speranza di vita dei maschi pari a 80.3 anni si è abbassata sul livello del 2008 e la speranza di vita delle donne pari a 85.1 anni è diminuita al livello 2010-2011 [figura 2]. L'indice di vecchiaia è pari a 163,1, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 163 persone sopra i 65 anni, la media italiana è pari a 184,1. Il numero medio di figli per donna è 1,35 in Trentino, valore tra i più alti in Italia, ed è 1,24 figli per donna in Italia.

¹ I dati e gli indicatori della popolazione al 1/1/2021 sono tratti dal sito <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 20/08/2021) e i dati sul movimento della popolazione sono tratti dal sito <http://www.statistica.provincia.tn.it> (ultimo accesso 20/08/2021)

Figura 2. Speranza di vita alla nascita in Trentino per genere. (ISPAT 1982-1988, Istat Health for All 1989-2016, Istat 2017-20²)



Gli stranieri residenti sul territorio provinciale al primo gennaio 2021 sono 46.576, 1304 in meno rispetto al 2020, proseguendo il calo registrato nel triennio 2015-2017. La popolazione straniera costituisce l'8,6% della popolazione totale, la percentuale in Italia è uguale all'8,5%. L'età degli stranieri è molto più giovane di quella della popolazione trentina, il 20% ha meno di 15 anni e solo il 6% ha 65 anni e oltre. I livelli di fecondità sono molto più elevati (tasso di natalità: 15,0‰ stranieri residenti rispetto a 7,1‰ dei residenti con cittadinanza italiana).

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2020, 3.900 bambini, a cui si aggiungono i 37 nati a domicilio, i 10 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 77 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale complessivo di 4.024 neonati, con un decremento di 134 nati rispetto all'anno precedente (-3,2%). I nati da donne residenti sono 3.819, di cui 3.804 nati vivi.

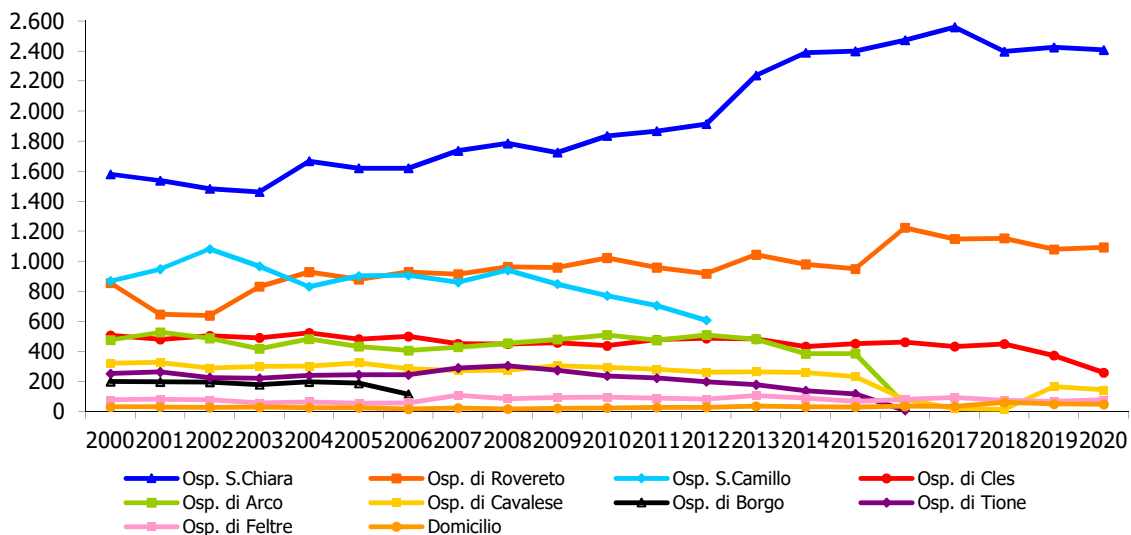
Nel 2020 il tasso di natalità provinciale (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 7,4‰ abitanti residenti (valore in costante diminuzione), mentre il tasso di fecondità totale è 1,35 figli per donna, valore in diminuzione nell'ultimo quinquennio, e secondo solo all'Alto Adige (1,69) nel panorama nazionale.

Nel 2020 il 47,5% delle donne dichiara di essere stato seguito da un'ostetrica del Percorso Nascita (dato in forte aumento rispetto al 2019), il 25,7% da un ginecologo privato, il 17,7% da un ginecologo di struttura pubblica, il 4,2% da un ginecologo del consultorio familiare e l'1,2% da un'ostetrica privata (quasi esclusivamente per i parti a domicilio).

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2020, l'87,0% della natalità trentina (l'84,3% nel 2019, l'85,6% nel 2018 e l'86,3% nel 2017). La proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali, nel 2020 rimane sui valori del 2019, dopo il marcato decremento rispetto al 2018, con un valore pari al 5,5% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti (n=223). Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali delle Giudicarie (13,3%), val di Fiemme (9,4%) e val di Fassa (8,9%).

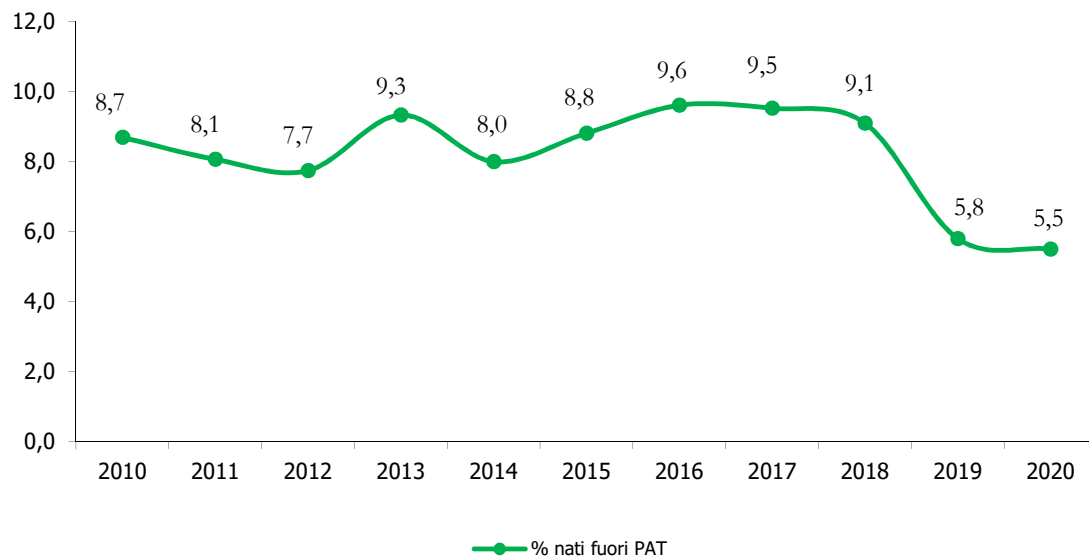
Nelle figure seguenti si illustrano gli andamenti dei nati per punto nascita e della percentuale di nati vivi di donne residenti in Provincia, partoriti in strutture extra-provinciali.

Figura 3. Provincia di Trento. Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2020



² La speranza di vita 2020 è una stima, <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 20/08/2021)

Figura 4. Proporzione di nati vivi di donne residenti, partoriti fuori provincia di Trento. Anni 2010-2020



Si ripetono i dati eccellenti di "trasporto in utero", in linea con gli anni passati, per i neonati di basso peso e di ridotta durata della gestazione, testimoniati dall'elevata concentrazione di questi casi presso l'ospedale S. Chiara di Trento, centro di riferimento provinciale.

La percentuale di madri con cittadinanza extra UE³ nel 2020 è pari al 23,7%, con un trend di decremento negli ultimi cinque anni. L'età media al parto è di 31,9 anni; per le italiane 32,4 anni, per le straniere 30,1 anni. Anche l'età media al primo figlio (complessivamente pari a 30,5 anni) differisce significativamente in base alla cittadinanza materna: 31,2 anni per le italiane rispetto ai 27,6 anni per le straniere.

Tra le partorienti del 2020, il 3,3% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 6,1% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,0% delle gravidanze "naturali").

I controlli in gravidanza (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati nel territorio: la proporzione di madri con meno di quattro visite è del 3,2%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La proporzione di donne che ha eseguito 2 ecografie (secondo quanto raccomandato nelle linee guida nazionali e internazionali) è in aumento nel tempo, pari al 6,5%. La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le straniere eseguono mediamente 3,6 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,0). Questo differenziale italiane/straniere si è comunque ridotto nell'ultimo triennio.

Per quanto riguarda le indagini prenatali in gravidanza, il 4,6% delle donne effettua almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi) per diagnosticare un'eventuale anomalia congenita. Il dato è in decremento negli anni e questo aspetto è da mettere in relazione con una crescente offerta di test di screening non invasivi: il test combinato è stato effettuato dal 78,6% delle madri (74,6% nel 2019, 69,6% nel 2018 e 61,4% nel 2017), il prelievo del DNA fetale dal 4,2% (4,0% nel 2019, 3,9% nel 2018 e 2,8% nel 2017).

La prevalenza di fumatrici in gravidanza sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2020 è pari al 6,7% (5,9% nel 2019, 6,6% nel 2018, 5,8% nel 2017 e 6,1% nel 2016). La proporzione di donne fumatrici che ha smesso appositamente durante la gravidanza è pari al 7,1%, mentre il rimanente 86,2% risulta essere non fumatrice.

Il 76,4% delle nullipare residenti frequenta un corso di accompagnamento alla nascita, proporzione in crescita negli ultimi 15 anni; il valore del 2019-2020 ha quasi raggiunto l'80% indicato come desiderabile dalle linee guida.

Dopo i già ottimi risultati degli anni 2015-2019, la proporzione di parti cesarei nel 2020 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose (19,2%).

Nel 2020 i nati morti sono stati 16 (di cui 15 da donne residenti in provincia di Trento). Il tasso di natimortalità, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pari a 4,0 per mille nati. In Italia nel 2019 il tasso di natimortalità è stato 2,6‰.

I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute, nonostante la percentuale di neonati ricoverati alla nascita rimanga elevata: 13,3% nel 2020, 15,1% nel 2019, 13,7% nel 2018 e 14,4% nel 2017 (rispetto all'11,1% del 2015 e all'8,4% del 2014); un Apgar inferiore a 4 è rilevato nello 0,37% dei casi, mentre il 4,6% dei nati vivi viene sottoposto a procedure di rianimazione (di cui lo 0,5% con intubazione).

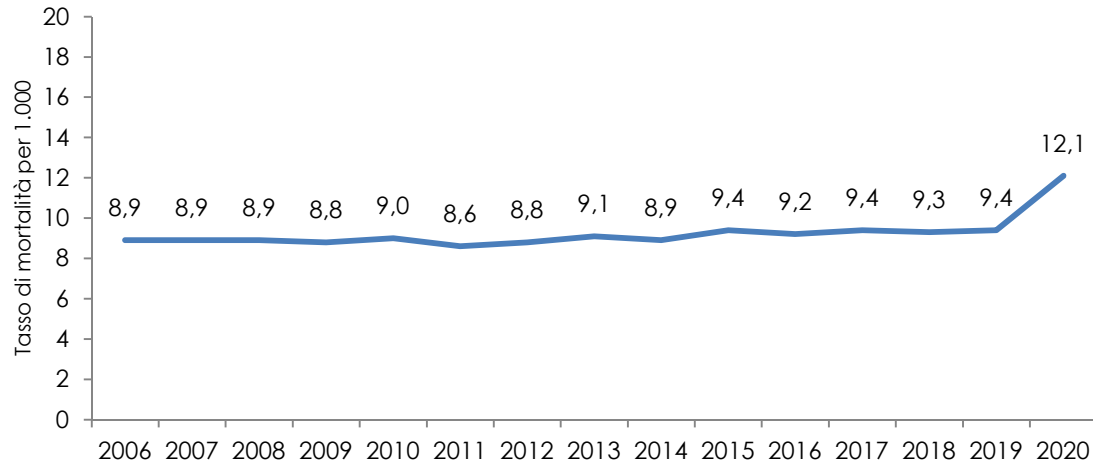
L'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda la quasi totalità dei nati vivi (97,7%). Negli ultimi 4 anni si registra però un trend di decremento della proporzione di nati vivi allattati in modo esclusivo o predominante: 80,7% nel 2020 vs. l'81,8% del 2019, l'84,7% del 2018 e l'87,1% del 2017.

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

La mortalità generale

Nel 2020 sono decedute, in provincia di Trento, 6.626 persone, con un tasso di mortalità del 12,1‰. Il numero di deceduti e contestualmente il tasso di mortalità risentono, nel 2020, dell'impatto della pandemia da Covid-19. Il trend temporale del tasso grezzo per l'insieme delle cause di morte evidenzia bene questo fenomeno, con il valore che si mantiene, sostanzialmente, stabile tra il 2006 ed il 2019, mentre evidenzia un picco ascendente nel 2020.

Figura 5. Tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento. Istat, 2006-2020



La mortalità infantile

Nel 2020, in provincia di Trento si sono registrati 6 decessi nel primo anno di vita in bambini residenti, di questi, 2 sono avvenuti fuori provincia (1 nel 2019). Nel 2020 si è registrato, quindi, una diminuzione di 2 casi rispetto al 2019. Nella tabella seguente sono riportati gli eventi riguardanti i casi residenti, suddivisi per le fasi cronologiche del decesso.

Tabella 1. Provincia di Trento. Mortalità neonatale ed infantile nei residenti. Anno 2020

N. decessi per periodo di tempo	Freq.	Freq. cum.	%	% cum.
N. nati vivi e deceduti entro il 1° giorno	3	3	50,0	50,0
N. nati vivi e deceduti tra il 2° giorno e la 1° settimana	1	4	16,7	66,7
N. nati vivi e deceduti tra l'8° giorno ed il 1° mese	2	6	33,3	100,0
N. nati vivi e deceduti oltre il 1° mese - 12° mese	0	6	0,0	100,0
Totale	6	—	100,0	—

Non è stato riscontrato un basso peso alla nascita (<2.500g) né una condizione di prematurità (< 37 settimane di gestazione) in nessuno dei deceduti nel 1° anno di vita (il peso alla nascita è stato registrato in 5 casi/6, le settimane di gestazione in 4 casi/6). Le caratteristiche alla nascita hanno grande influenza sulla mortalità nel primo anno di vita. Le diverse tipologie della mortalità infantile, nel 2020, non si discostano in maniera rilevante dagli anni precedenti, tenuto conto anche della scarsa consistenza della popolazione per cui variazioni minime degli eventi possono avere grande impatto sui tassi relativi.

Tabella 2. Provincia di Trento. Tassi di mortalità neonatale, perinatale ed infantile nei residenti. Trend 2016-2020

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

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

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

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

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

Gli stili di vita: scelte individuali e condizionamenti ambientali - Dati PASSI 2017-2020

L'abitudine al fumo

L'impatto del fumo sulla salute delle persone è notevole: metà dei fumatori muore a causa di questa abitudine/dipendenza.

In provincia di Trento circa la metà (55%) degli adulti (18-69 anni) non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (22%) e fumatori (23%; di cui 1% occasionali e 1% in astensione). Fumare è un'abitudine più diffusa tra gli uomini di cui il 25% è un fumatore rispetto al 21% delle donne. Inoltre, l'abitudine al fumo è più diffusa tra i più giovani, tra le persone con difficoltà economiche e con basso titolo di studio.

Il 3% dei trentini fuma la sigaretta elettronica; nella maggior parte dei casi con nicotina (72%). È usata soprattutto da fumatori in aggiunta alla sigaretta tradizionale (76%), quindi senza alcun beneficio per la salute.

Il 44% dei fumatori ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di smettere di fumare; il 46% dei fumatori ha tentato di smettere almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, non riuscendoci in quasi 8 casi su 10.

Il divieto di fumo è generalmente rispettato nei locali pubblici (96%) e in ambiente lavorativo (96%). Anche nella maggioranza delle case trentine non si fuma (91%), mentre in una percentuale contenuta, ma stabile nel tempo, si fuma in alcune stanze/ore/situazioni (7%) o addirittura sempre (2%), percentuali che scendono rispettivamente al 4% e all'1% in presenza di bambini.

Il consumo di alcol

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

Il 29% gli adulti trentini consuma alcol a maggior rischio perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (3%) o prevalentemente fuori pasto (20%) o perché è un bevitore binge (14%) oppure una combinazione delle tre modalità, il 38% consuma alcol in maniera moderata e il 33% non ne consuma affatto.

Il consumo di alcol è ancora un comportamento soprattutto maschile, infatti solo un uomo su 5 non consuma alcol (22%), rispetto a quasi una donna su 2 (47%), e ben il 38% degli uomini ne fa un consumo a maggior rischio, rispetto al 21% delle donne. Le donne però mostrano nell'ultimo decennio percentuali di consumo in crescita, a differenza degli uomini che invece mantengono un comportamento costante nel tempo. Consumare alcol è un'abitudine particolarmente diffusa tra i giovani: tra i ragazzi in età 18-24 anni si rilevano percentuali di consumatori di alcol a maggior rischio molto alte (54%), percentuali che scendono progressivamente all'aumentare dell'età. L'elevata istruzione è un fattore favorente il consumo di alcol a maggior rischio in particolare tra le donne: si osservano percentuali di consumatrici che aumentano al crescere del titolo di studio; mentre tra gli uomini il trend non è così lineare. Anche avere difficoltà economiche aumenta il consumo di alcol a maggior rischio e questa associazione risulta più evidente per gli uomini, meno per le donne. Infine, sia per gli uomini che per le donne il consumo di alcol è più diffuso tra i cittadini italiani.

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

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

L'attività fisica

La regolare pratica dell'attività fisica comporta una vasta gamma di benefici per la salute: riduce il rischio di sviluppo di malattie cardiache, di diversi tipi di tumori e di diabete di tipo 2, inoltre previene l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, il rischio di fratture e di disturbi muscolo-scheletrici, diminuisce lo stress e i sintomi di ansia e di depressione.

La maggior parte degli adulti trentini è fisicamente attivo o lo è almeno parzialmente (37% e 41% rispettivamente), mentre il 22% è completamente sedentario. Le donne raggiungono più difficilmente degli uomini i livelli raccomandati di pratica dell'attività fisica: gli uomini sono attivi per il 42% rispetto al 32% delle donne e sono parzialmente attivi per il 38% rispetto al 45% delle donne.

Caratteristiche come età, istruzione, situazione economica e cittadinanza influenzano la possibilità di essere sedentari che risulta più elevata all'aumentare dell'età, all'aumentare delle difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri, risulta invece più bassa al crescere del titolo di studio delle persone.

L'attenzione degli operatori rispetto alla pratica dell'attività fisica è rivolta principalmente alle persone portatrici di qualche patologia o a rischio di svilupparne (il 39% di chi ha almeno una malattia cronica e il 38% di chi è in sovrappeso/obeso riceve il consiglio di praticare attività fisica), meno alla popolazione generale (27%).

Un modo per incrementare l'attività fisica svolta è fare gli spostamenti abituali a piedi e/o in bicicletta. Il 52% degli adulti trentini ricorre alla mobilità attiva nei propri spostamenti quotidiani (il 47% fa tragitti a piedi, il 13% in bicicletta).

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

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

Sebbene tutti i trentini adulti consumino qualche porzione di frutta e/o verdura al giorno, la quota di persone che ne mangia la quantità minima consigliata è limitata ad una piccola percentuale di popolazione (14%), che oltretutto non tende ad aumentare nel tempo. La buona abitudine a consumare le cinque porzioni quotidiane di vegetali è più diffusa tra le donne, al crescere dell'età, tra le persone con elevato titolo di studio e tra i cittadini italiani.

L'uso consapevole del sale riguarda il 61% degli adulti trentini, è più frequente fra le donne e cresce all'avanzare dell'età. Prestano più attenzione all'uso del sale le persone in eccesso ponderale, in particolare gli obesi (67%) e quelle ipertese (77%). A fronte di questi dati sulla consapevolezza dei cittadini del rischio per la salute associato a un eccessivo consumo di sale a tavola, solo il 14% riceve il consiglio medico di fare attenzione alle quantità consumate.

L'eccesso ponderale riguarda il 33% degli adulti (26% sovrappeso e il 7% obeso), con una differenza significativa tra uomini e donne legata principalmente alla condizione di sovrappeso che è quasi doppia negli uomini rispetto alle donne (34% vs 19%). Sia per uomini che per donne l'eccesso ponderale è più diffuso tra i cittadini stranieri, cresce all'aumentare dell'età, delle difficoltà economiche e al diminuire del titolo di studio.

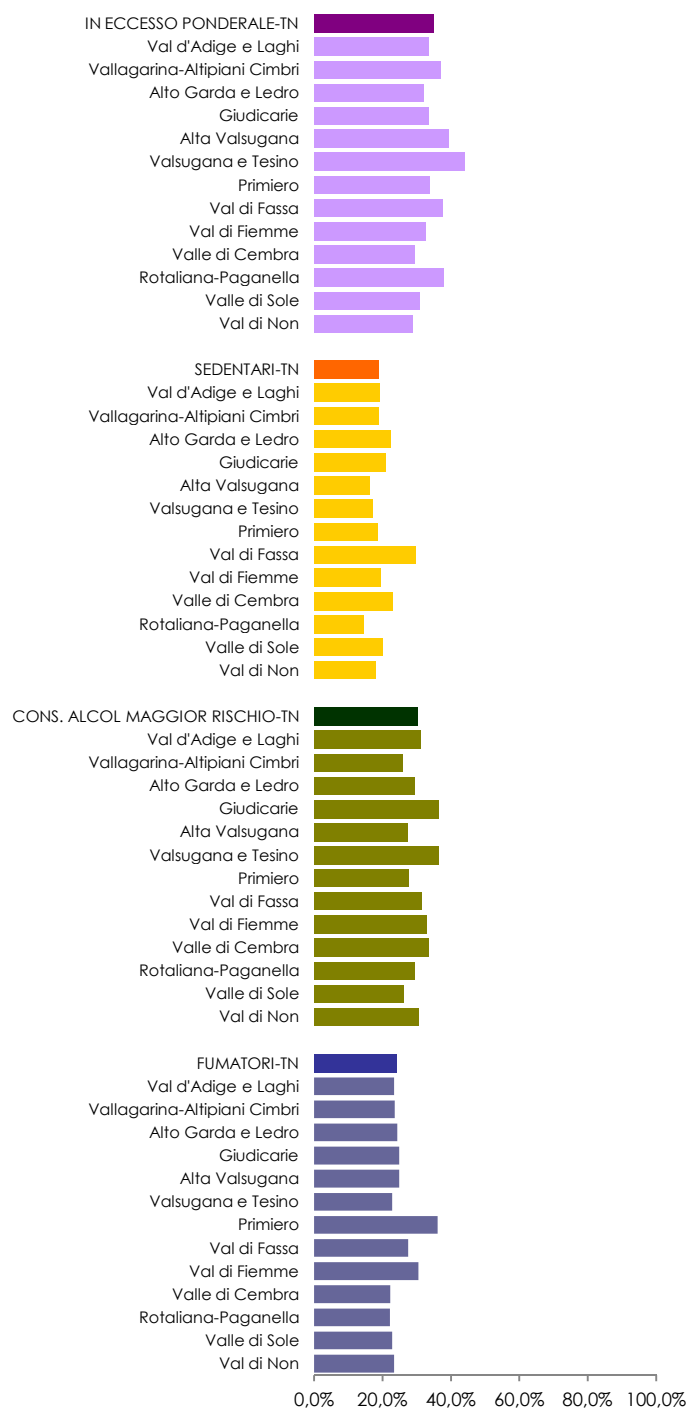
Per favorire cambiamenti migliorativi nello stile di vita delle persone sono fondamentali i consigli degli operatori sanitari. Tra le persone in eccesso ponderale segue una dieta per perdere peso il 37% di chi ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto al 13% di chi non lo ha ricevuto. Per questo è importante che i consigli degli operatori sanitari siano diffusi e non concentrati solo sulle persone obese, come invece spesso accade (riceve il consiglio di perdere peso il 75% degli obesi e il 36% dei sovrappeso).

Disuguaglianze sociali ed effetti sulla salute

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

Pensando, quindi, di annullare le differenze dei determinanti sociali spostando tutta la popolazione nei livelli più favorevoli della scala sociale in Trentino ci sarebbero in meno circa 25.300 persone con problemi di peso (con una riduzione del 22%), 15.000 sedentari (-20%) e 13.500 fumatori (-17%).

Figura 6: Fattori di rischio comportamentali. Prevalenze in provincia di Trento per rete professionale di residenza.
PASSI, 2012-2020⁴



⁴ A differenza dell'intero paragrafo in cui è stato considerato il periodo 2017-2020 in figura 6 è stato considerato il periodo 2012-2020 che permette di ottenere la numerosità campionaria sufficiente a garantire la precisione delle stime del dettaglio territoriale.

Disuguaglianze sociali ed effetti sulla salute

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

INDICATORE: Stili di vita (PASSI) ■ 3,11

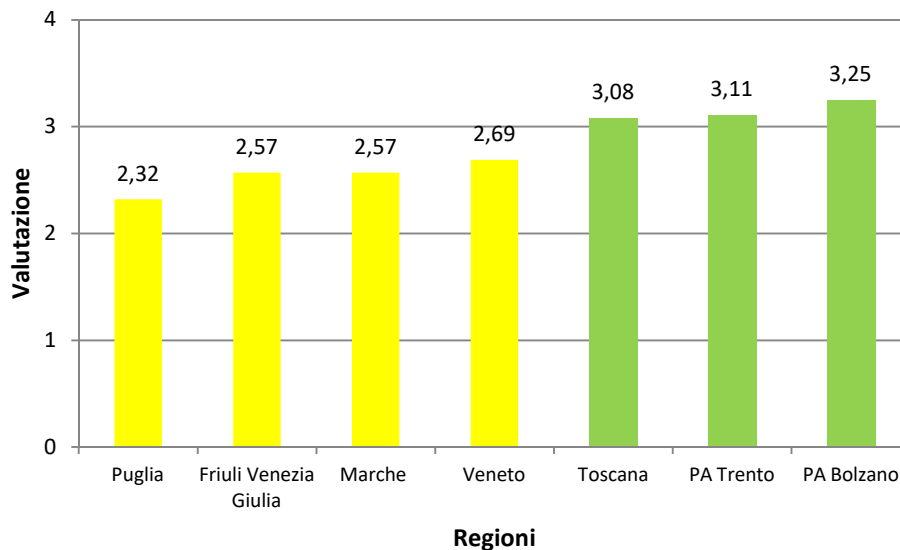
L'indicatore descrive lo stato di salute della popolazione attraverso il monitoraggio degli stili di vita e si muove lentamente nel tempo, pertanto, un miglioramento registrato oggi è determinato dalle scelte effettuate nel passato.

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

- A10.1.1 Percentuale di sedentari ■ 23.1%
- A10.2.1 Percentuale di persone obese e sovrappeso ■ 32,94%
- A10.3.1 Percentuale di bevitori a rischio ■ 28.69%
- A10.4.1 Percentuale di fumatori ■ 22.04%.

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2020, la provincia di Trento ottiene un'ottima valutazione media (3,11), collocandosi al secondo posto dopo la Provincia autonoma di Bolzano (figura 7.)

Figura 7. Stili di vita: confronto tra le regioni/province autonome aderenti al Network – S. Anna di Pisa 2020



INDICATORE: Promozione stili di vita sani (PASSI 2016-2019)

Il valore dei singoli indicatori è disponibile dalla rilevazione PASSI dell'Istituto superiore di sanità (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso 25/8/2020), invece a partire dal 2017 l'indicatore complessivo "Promozione stili di vita sani PASSI" non è più pubblicato da Network – S. Anna di Pisa:

- % persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare più attività fisica ■ 27,3%
- % persone obese consigliate dal medico o altro operatore sanit. di perdere o mantenere peso ■ 75,3%
- % persone sovrappeso consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare più attività fisica ■ 37,8%
- % bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno ■ 4,3%
- % fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare ■ 44,1%

Valutazione PASSI:

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

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

La pandemia da Sars-COV2 ha influito pesantemente sull'organizzazione dei servizi che fanno parte del Dipartimento di prevenzione su tutto il territorio nazionale.

L'outbreak epidemico di malattia da coronavirus (SARS-COV2) si è ampliato nei primi mesi del 2020 al punto da comportare, in data 11 marzo, la dichiarazione di pandemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

A partire dalla prima fase della pandemia la capacità di risposta dei servizi preposti alla sorveglianza delle malattie infettive e all'interruzione della loro trasmissione (servizi di igiene pubblica territoriale coordinati dall'U.O. Igiene e sanità pubblica) è stata notevolmente rafforzata grazie al contributo di professionisti provenienti sia dai diversi Servizi del Dipartimento di prevenzione sia dell'intera APSS, che si sono resi disponibili in quanto molte attività sul territorio e negli ospedali erano rallentate o sospese. Sono state garantite le attività necessarie per il controllo delle infezioni e cioè i *contact tracing*, le indagini epidemiologiche, la sorveglianza sanitaria per i casi positivi e per i loro contatti, la prenotazione di tamponi diagnostici e di screening, la comunicazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

L'afflusso di figure professionali con diverse professionalità ha richiesto flessibilità e adozione di aggiustamenti continui che hanno contribuito ad attivare sinergie tra le conoscenze e una "contaminazione" proficua delle competenze; è stato sviluppato un sistema gestionale informatizzato specifico che ha consentito la registrazione sia dati epidemiologici sia di dati clinici e di laboratorio sia di attivare una rapida comunicazione tra le diverse figure e sono stati definiti protocolli.

LA CENTRALE COVID

La Centrale Covid, istituita il 1 Ottobre 2020, è un'articolazione funzionale della UO di Igiene e Sanità Pubblica e si occupa della presa in carico dei soggetti risultati positivi a Sars-Cov-2 e dei loro contatti stretti, limitatamente alle disposizioni di isolamento/quarantena, contact-tracing e fine isolamento/quarantena.

La modalità di presa in carico e gestione degli isolamenti dei casi positivi e delle quarantene dei contatti stretti è stata adeguata di pari passo all'evoluzione degli indirizzi ministeriali e delle ordinanze PAT (ultime disposizioni: Ordinanza n. 57 del 24 novembre 2020 Prot. n. A001/2020/757800 - Ulteriore ordinanza in tema di Covid-19. Adozione del documento "Indirizzi operativi gestione dei casi positivi e dei contatti stretti nel mondo del lavoro").

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

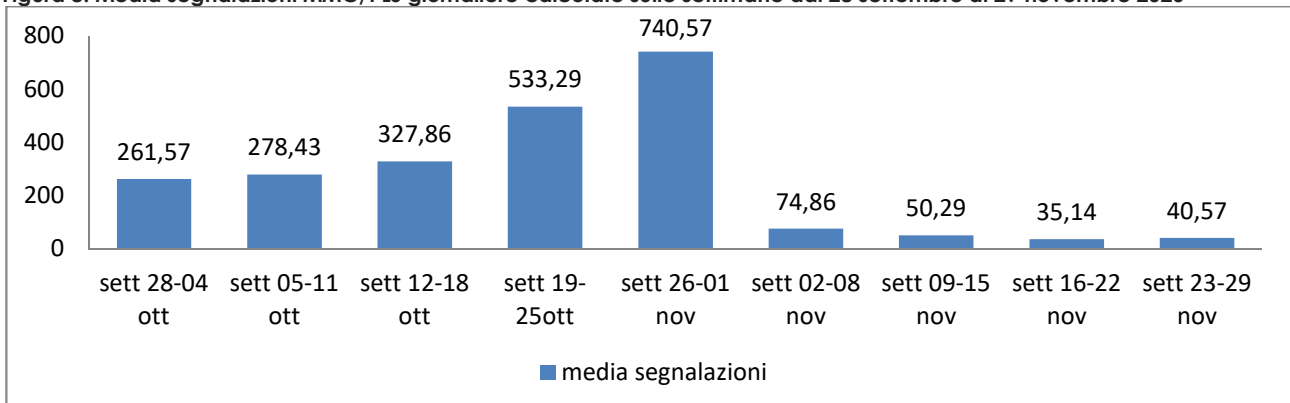
Si segnala che non sono riportati i dati relativi a:

- casi gestiti segnalati via mail
- casi gestiti inoltrati da Numero Verde
- analisi di controllo:
 - Controllo della list-view "5- segnalazioni nuove" per individuare i casi positivi non riportati nel file inviato dalla Direzione
 - Controllo della list-view "9- tutte segnalazioni aperte" per individuare eventuali errori (es. monitoraggi aperti senza isolamento)
 - Controllo della list-view "11- persi di vista" (spesso ricoverati che non hanno isolamento)

Segnalazioni MMG-PLS

Inizialmente la Centrale Covid ha preso in carico le segnalazioni provenienti da MMG/PLS per prenotare il tampone diagnostico ai loro assistiti. Le segnalazioni hanno mostrato un incremento sostanziale a partire dalla settimana 19-25 ottobre 2020, quando il volume è passato da una media giornaliera di circa 300 segnalazioni a 533 segnalazioni. La settimana successiva 26 ottobre-1 novembre ha registrato un ulteriore incremento portando la media giornaliera a 740 segnalazioni. Con l'avvio in data 2 novembre 2020 della produzione di impegnativa per tampone antigenico rapido sono calate drasticamente le segnalazioni da parte di MMG/PLS (Figura 8). Si è mantenuta per tutto il mese di dicembre la gestione di segnalazioni inappropriate, ossia casi in cui il curante ha fornito al paziente anche l'impegnativa per la prenotazione a CUP.

Figura 8. Media segnalazioni MMG/PLS giornaliere calcolate sulle settimane dal 28 settembre al 29 novembre 2020



Contact-tracing

Il servizio di Contact-tracing ha preso in carico nel periodo dal 1 ottobre al 31 dicembre 2020 un volume di 40013 soggetti positivi ai quali è stata svolta indagine epidemiologica. Nel complessivo, nello stesso periodo, sono stati impartiti 71988 isolamenti/quarantene (Figura 9).

Il servizio ha garantito una presa in carico giornaliera dei positivi notificati fino al 16 ottobre, data in cui è triplicato il numero dei casi rispetto al 14 ottobre (da 48 a 171 casi). L'aumento del numero di nuove positività ha raggiunto un picco giornaliero in data 26 novembre di 1071 casi (picco settimanale 23-29 novembre di 5568 casi) (Figura 10). Il reclutamento progressivo di personale ha consentito durante la settimana 14-20 dicembre di evadere l'arretrato ed il ritorno alla presa in carico giornaliera.

Figura 9. Numero assoluto di INIZIO isolamenti e quarantene giornalieri dal 1 ottobre 2020 al 31 dicembre 2020

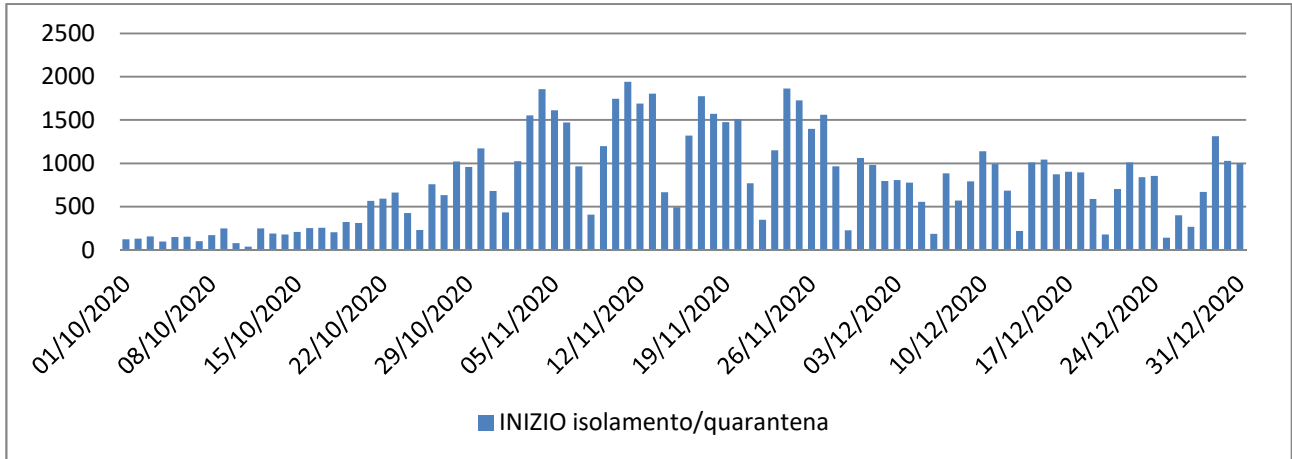
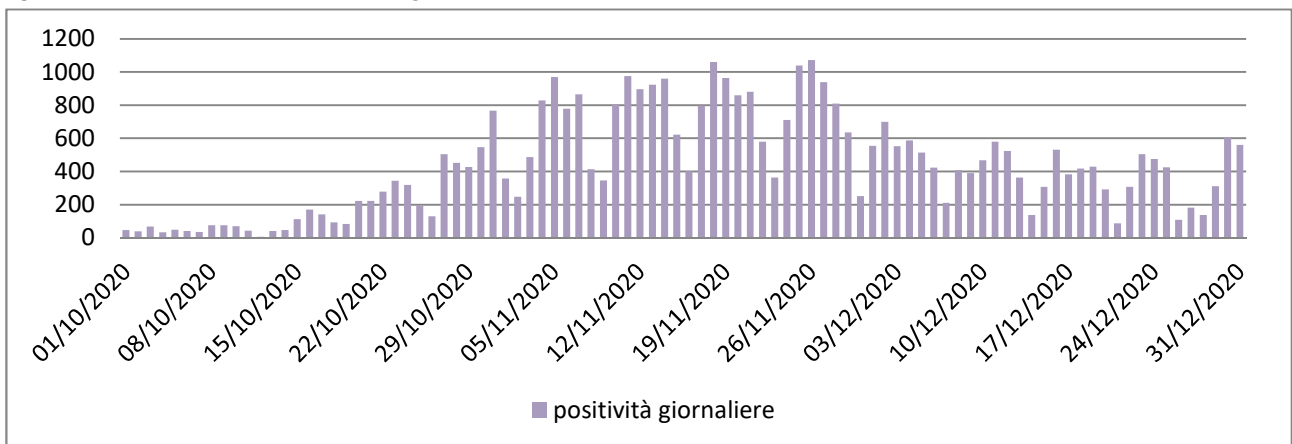


Figura 10. Numero assoluto di positività giornaliere dal 1 ottobre 2020 al 31 dicembre 2020



Scadenze d'isolamento e quarantena

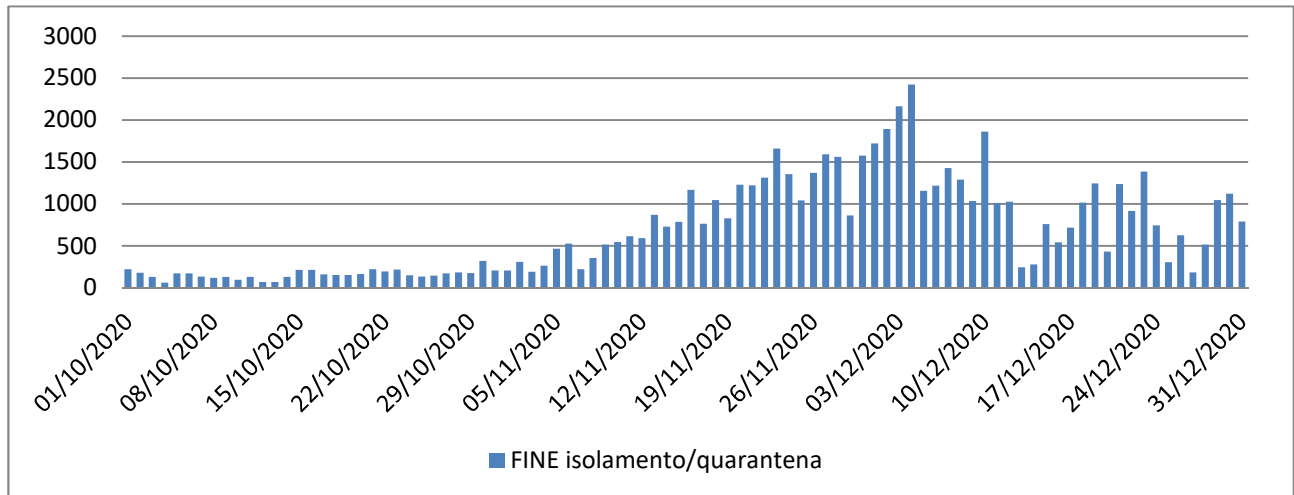
L'attività di valutazione della chiusura o proroga dell'isolamento è stata intensa fin dall'istituzione della Centrale Covid.

L'attività è comprensiva della chiusura degli isolamenti alla negativizzazione o al raggiungimento dei 21 giorni dei casi positivi e relativa proroga in condizione del permanere di sintomatologia. Inoltre gli operatori sono intervenuti nella chiusura delle quarantene dei contatti stretti dei casi positivi.

Il servizio ha preso in carico nel periodo dal 1 ottobre al 31 dicembre 2020 un volume di 63222 scadenze isolamenti/quarantene. L'aumento del numero di positività ha visto un aumento consensuale delle scadenze di isolamento/quarantena, alle distanze stabilite per legge, per la valutazione della negatività.

I volumi hanno raggiunto un picco giornaliero di 2422 scadenze in data 4 dicembre (picco settimanale 30-6 dicembre 12153 scadenze) (Figura 11). L'introduzione di nuovo personale sanitario e amministrativo, adeguatamente formato, ha permesso nel corso della settimana 14-20 dicembre la risoluzione dell'arretrato.

Figura 11. Numero assoluto di FINE isolamenti e quarantene giornalieri dal 1 ottobre 2020 al 31 dicembre 2020



Focus isolamenti scolastici

Dal 1 ottobre 2020 al 31 dicembre 2020 sono stati presi in carico dal "Team Scuole" 4390 positività (molecolari ed antigenici) di soggetti in fascia d'età 0-19 anni. Di questi, 4030 studenti erano iscritti al sistema scolastico provinciale (Tabella 3). La valutazione epidemiologica dei casi ha condotto all'isolamento di 771 sezioni tra servizi educativi per l'infanzia e istituzioni scolastiche e formative con emissioni di provvedimenti di quarantena dei gruppi/classi (Tabella 4).

Tabella 3. Positività fascia età 0-19

SCUOLE	POSITIVI	%
nido d'infanzia	202	5,0%
scuola dell'infanzia	368	9,1%
scuola primaria	902	22,3%
secondaria di 1° grado	875	21,7%
secondaria di 2° grado	1683	41,7%
Totale complessivo	4030	100,0%
non frequenta scuola PAT	360	
Totale complessivo	4390	

Tabella 4. Sezioni isolate dal 01 ottobre al 31 dicembre 2020

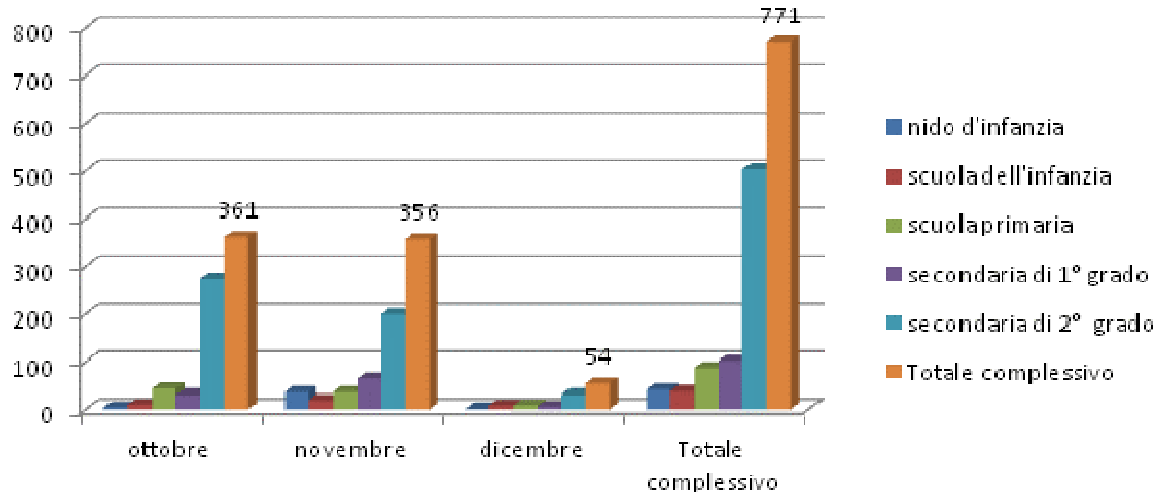
SCUOLE	N°	%
nido d'infanzia	41	5,3%
scuola dell'infanzia	38	4,9%
scuola primaria	87	11,2%
secondaria di 1° grado	102	13,2%
secondaria di 2° grado	503	65,2%
Totale complessivo	771	100,0%

Considerata la distribuzione percentuale delle positività e delle sezioni isolate, degno di interesse è il dato riferito agli studenti della scuola secondaria di 2° grado che rappresenta il 41% degli studenti positivi totali e il 65% degli isolamenti totali effettuati. Il 22,3% e il 21,7% delle positività riscontrate sono state rispettivamente in allievi delle scuole secondarie di primo grado e nelle primarie, mentre il 9,1% e il 5% nelle scuole e nidi d'infanzia.

Da tenere presente che le percentuali di gruppi/sezioni isolate nei servizi a cui afferiscono i soggetti in età 0-14 anni sono condizionate dal criterio introdotto con ordinanza provinciale n. 49 del 26 ottobre 2020 che prevede per i servizi socio-educativi per la prima infanzia, per la scuola primaria e per la scuola secondaria di primo grado, la quarantena dell'intera classe in presenza di due casi di positività fra gli allievi. Le 771 sezioni isolate nei tre mesi di attività del "Team Scuole" sono riportate nella rappresentazione grafica degli isolamenti disaggregati per tipologia di scuola, come in Figura 12. Si tenga presente che dal 5 novembre le scuole secondarie di secondo grado sono entrate in didattica a distanza (DAD) e vi rimarranno fino al 6 gennaio 2021; questo spiega il motivo del numero inferiore di isolamenti in tali istituti rispetto al mese di

ottobre. Gli isolamenti nei servizi 0-14 sono consistenti anche nel mese di novembre, ancor più se si tiene presente il criterio epidemiologico applicato dal 26 ottobre per procedere all'isolamento. Anche il ridimensionamento degli isolamenti registrato nel mese di dicembre deve essere letto, oltre che come effetto delle misure di isolamento attuate, alla luce della progressiva diffusione di modalità di didattica a distanza, soprattutto nelle scuole secondarie di 2° grado. Solo così il dato degli isolamenti scolastici trova corrispondenza con l'andamento epidemiologico generale nella fascia d'età 0-19.

Figura 12. Sezioni isolate dal 1 ottobre al 31 dicembre 2020



La prevenzione collettiva e sanità pubblica comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli.

L'Azienda sanitaria, mediante il Dipartimento di Prevenzione (DP) persegue le attività volte a garantire:

- a) la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) la salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) la sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
- f) la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Si tratta di funzioni di promozione della salute, di prevenzione delle malattie infettive e croniche, di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, tutte volte al miglioramento della qualità di vita della popolazione. Questo obiettivo viene perseguito basandosi su principi d'interprofessionalità, multidisciplinarietà ed integrazione in una logica di interconnessione della prevenzione tra umana, animale, ambientale.

I processi di integrazione e l'azione coordinata fra Dipartimento di Prevenzione, Servizio territoriale, Servizio Ospedaliero Provinciale ed altre istituzioni della vita civile sono finalizzati a rendere più efficaci le attività di prevenzione e di promozione della salute.

COPERTURE VACCINALI

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

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

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

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

INDICATORE: B7 Valutazione di performance della copertura vaccinale ■ 3.07

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

- B7.1 Copertura vaccinale MPR ■ **95.34%**
- B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani ■ **66.8%**
- B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) ■ **58.47%**
- B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari ■ **71.23%**

B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico ■ **90.86%**
B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico ■ **92.18%**
B7.7 Copertura vaccinale esavalente ■ **95.43%**
B7.8 Copertura vaccinale varicella ■ **92.64%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2020 la PAT ottiene una valutazione di performance buona (3.07), in miglioramento rispetto al 2019 (dati riferiti all'anno 2018). La performance è migliorata in tutti gli ambiti analizzati e in particolare è da sottolineare il deciso miglioramento sulla copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari (37.88% nel 2018 vs 71.23% nel 2019), complice anche l'effetto pandemia.

Figura 13: Copertura vaccinale: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2020

Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	● 2,13
Friuli Venezia Giulia	● 2,29
Liguria	● 1,73
Lombardia	● 2,78
Marche	● 2,18
PA Bolzano	● 0,34
PA Trento	● 3,07
Puglia	● 2,48
Toscana	● 3,19
Veneto	● 2,88

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

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

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

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

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

Nel corso degli anni 2019-2020, le attività sono state svolte secondo programmazione (tabella 5). Si segnala che l'attività ispettiva nel corso dell'anno 2020 ha subito una netta flessione a causa delle restrizioni legate alla pandemia da Sars-cov-2 che hanno comportato la chiusura degli impianti natatori.

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

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

Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione

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

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

Le mansioni svolte nell'ambito di tale programma prevedono:

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

Nel corso degli anni 2019-2020 le attività sono state svolte secondo programmazione (tabella 6); è stata prodotta una reportistica specifica sulla qualità delle acque balneabili della Provincia di Trento.

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

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

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

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

Tabella 7 – Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita non confinato

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

Tutela della popolazione dal rischio "amianto"

Alla struttura semplice Ambiente e Salute è affidata la valutazione dello stato di conservazione dei manufatti contenenti amianto, con particolare riguardo per quelli possibilmente presenti negli ambienti di vita. Nel biennio 2019-2020 le ispezioni hanno riguardato esclusivamente le coperture in cemento amianto, trattandosi dei manufatti più frequenti negli ambienti di vita. In questi casi, come previsto dal Progetto di Mappatura provinciale delle coperture in cemento amianto, la verifica è finalizzata all'attribuzione di un Indice di degrado che viene comunicato al Comune territorialmente competente.

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

Tabella 8 – Tutela della popolazione dal rischio amianto

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

Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici

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

Nell'anno 2019 sono state indette 2 sessioni di esami, nel 2020 solo una a causa delle restrizioni correlate alla pandemia da Sars-Cov-2 (tabella 9)

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

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

Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali

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

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

L'attività risulta ridotta nel 2020 a causa delle limitazioni conseguenti alla pandemia da Sars-Cov-2

Tabella 10 - Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali

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

Sorveglianza acque potabili

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

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

Tabella 11 - Sorveglianza acque potabili

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

Altre attività

Attività del nucleo disinfestatori

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

Tabella 12 – Attività del nucleo disinfestatori

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

Sorveglianza e prevenzione della malattia del Legionario

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

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

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

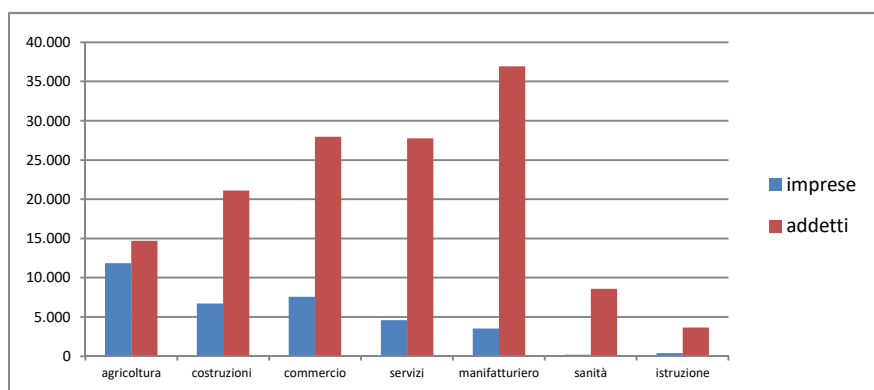
Tabella 13 – Sorveglianza e prevenzione della malattia del legionario

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

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

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

Figura 14. nr addetti per tipologia di impresa



La popolazione residente in Trentino raggiunge a fine 2020 quota 544.745 suddivisa per 277.048 femmine e 267.967 maschi, su 6.207,22 Km². Il numero di occupati alla fine dell'anno 2019 è di 239.855 (132.037 M - 107.818 F) segnando un leggero incremento rispetto agli anni precedenti e rispetto al dato nazionale (ISPAT).

Nel 2020 le imprese (CCIAA) risultano essere circa 45.000 (17% senza dipendenti, 13% con più di 5) risaltando il profilo di piccole medie imprese (70% da 1 a cinque

dipendenti).

La ripartizione delle imprese per forma giuridica vede una prevalenza di imprese individuali con 27.822 unità registrate (55%), società di capitali con 11.286 unità (22%) e le società di persone con 10.370 (21%). Le imprese artigiane iscritte nell'apposito Albo risultano essere 12.155 e confermano la progressiva leggera flessione rilevata negli ultimi quattro anni. Rispetto all'anno precedente risultano in calo le imprese giovanili (-2,9%), una tenuta di quelle femminili (+0,4%) e un incremento di imprese gestite da stranieri (+3,6%). (Fonte: CCIAA di Trento: *Struttura ed evoluzione del sistema imprenditoriale trentino*, dati del registro imprese al 31 dicembre 2020).

A livello locale gli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti da INAIL sono in leggero calo in controtendenza con l'aumento registrato a partire dal 2015. Circa il 20% sono attribuibili al settore manifatturiero, seguiti da agricoltura (15.4%) e costruzioni (14%).

Analizzando il sesso a partire dal 2010 assistiamo ad una riduzione meno evidente per il sesso femminile (39% vs 29%). Gli infortuni mortali dimostrano un trend altalenante anche se in incremento del biennio 2018/19.

L'andamento delle malattie professionali presenta nell'ultimo triennio un importante incremento in particolare per la categoria delle patologie muscolo scheletriche, sostanzialmente distribuite a metà tra agricoltura e industria, commercio e servizi. Appare evidente una sproporzione tra il numero delle malattie professionali e la dimensione dell'ambito: gli occupati in agricoltura risultano circa il 7% del totale. Pur dovendo considerare l'effetto di una spiccata attenzione al problema nel mondo agricolo (per lo più a carico dei lavoratori autonomi), è verosimile che via sia una consistente sottostima negli altri settori. I casi di tumori professionali riconosciuti sono circa 4-6 all'anno, in prevalenza legati ad esposizioni ad amianto. Anche in questo caso il dato è probabilmente sottostimato rispetto a quanto atteso sulla base dei dati epidemiologici (il 4% dei tumori potrebbero avere una genesi professionale).

L'alta prevalenza delle malattie muscolo scheletriche si riflette spesso sull'idoneità lavorativa, dato questo rilevabile nell'ambito del ricorso al giudizio del medico competente, dove si riscontra una percentuale di lavoratori ricorrenti con tali patologie pari al 72% del totale (in particolare a carico dell'arto superiore e del rachide lombare) con quadri clinici rappresentati da un corollario di patologie che impattano notevolmente sull'idoneità lavorativa.

Per quanto riguarda il personale negli ultimi tre anni il numero di tecnici della prevenzione che operano in all'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (U.O.P.S.A.L.) è abbastanza costante, pur risentendo di una situazione di carenza comune a livello nazionale come ben raffigurato dal rapporto del Gruppo Tecnico Interregionale del 2018 da cui risulta che l'attività di vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro ha costantemente registrato a livello nazionale un andamento decrescente.

Individuare il fabbisogno di operatori sulla base di standard rimane tuttavia un target non facile da raggiungere tenuto conto della differenze strutturali e logistiche del tessuto produttivo di ciascun territorio, tenuto conto che una parte cospicua dell'attività del personale tecnico sanitario in UOPSAL (70/80%) è costantemente dedicato all'attività di inchiesta di polizia giudiziaria in supporto alla Procura per obiettivi di giustizia per certi aspetti non sempre allineati con quelli di prevenzione.

Per il complessivo ambito della prevenzione, la domanda in tema di salute e sicurezza sul lavoro è in buona parte "inespressa" e quella rilevabile è prevalentemente correlata al sistema di tutela dei vari soggetti interessati, peraltro governato da precise norme e leggi. La quota "visibile" della domanda si esplica – da una parte – attraverso richieste di informazione o di supporto da parte di lavoratori, rappresentanti per la sicurezza, imprenditori, consulenti, sia singoli che associati e, dall'altra, sotto forma in richieste di intervento ispettivo di vigilanza, di segnalazione di altri enti o nelle attività di polizia giudiziaria delegate dalla magistratura.

Le prestazioni in tema di SSL della U.O.P.S.A.L. vengono realizzate quindi, in parte su richiesta o e sono "reattive" e, in parte, d'ufficio o "di iniziativa", avviate in senso proattivo, in esecuzione di piani mirati o comunque su priorità individuate, anche coniugando l'attività di assistenza con quella di vigilanza.

Per la parte "inespressa" si è lavorato strutturando a sistema uno "sportello" per l'assistenza che ha consentito di facilitare l'accesso all'informazione a tutti gli stakeholders afferenti al mondo del lavoro con ricadute positive sotto vari aspetti ed in particolare rafforzando l'empowerment da parte delle piccole aziende cui il nostro territorio è fortemente caratterizzato. Sono state pianificate e realizzate diverse di attività di informazione, assistenza e formazione in materia di salute e di sicurezza nei confronti delle imprese, dei lavoratori ed Enti e anche in tale prospettiva fin dal 2015 è stato realizzato un percorso educativo denominato "Un'alleanza per la sicurezza" per favorire l'inserimento nel percorso curricolare le tematiche di salute e sicurezza e proposto nelle scuole Trentine, dapprima in maniera sperimentale e successivamente inserito nell'offerta formativa rivolta agli istituti scolastici primari.

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

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

Nel 2020 l'attività di prevenzione si è dovuta concentrare anche sull'**emergenza Covid** e ciò ha comportato un impiego di risorse importante anche a fronte della particolare gestione richiesta nei confronti del personale. A partire da marzo si è attivata una campagna di prevenzione con un'azione di sensibilizzazione e supporto alle aziende e ai lavoratori nell'applicazione degli specifici protocolli nazionali e provinciali. Sono state privilegiate le realtà con un alto numero di personale o di utenza (grandi aziende, market ecc.) in cui le procedure e le misure di tutela dal contagio, oltre ad essere di particolare rilevanza, devono essere attentamente osservate. In un fase centrale, questa attività è stata svolta anche in collaborazione e condivisione di altre forze di polizia sul territorio in un'azione congiunta sotto la regia del Commissariato del Governo per la provincia di Trento. L'attività oltre che d'ufficio è stata svolta anche in risposta a segnalazioni, in particolare ad opera delle rappresentanze sindacali. L'attività viene svolta utilizzando una scheda all'uopo predisposta e usufruibile dalle aziende stesse ai fini di autocontrollo.

Nel corso dell'attività non sono state rilevate violazioni alle norme di tutela in relazione al rischio biologico e gli interventi si sono limitati alle indicazioni di rafforzamento delle misure di tutela previste dal protocollo aziendale. L'attività ha permesso di verificare più di 800 realtà aziendali.

In correlazione all'emergenza Covid l'attività si è necessariamente concentrata su casi di infezione manifestatisi in particolare tra lavoratori appartenenti alla filiera della logistica e della lavorazione della carne, casi che si sono configurati come veri e propri "cluster epidemici" (focolai) e che hanno necessitato di un approccio dipartimentale sommandosi aspetti inerenti la salute e sicurezza ma anche azioni di sanità pubblica in particolare collegate all'individuazione di casi e al "contact tracing". L'attività nel complesso ha registrato il nostro intervento su circa 50 focolai che sono stati gestiti con la campagna di tamponamento dei lavoratori e rafforzando le misure anticovid aziendali.

Infine tenuto conto delle caratteristiche del nostro territorio a vocazione agricola, che prevede l'impiego di lavoro stagionale durante le fasi di raccolta, è stata collaudata una strategia di igiene pubblica che prevedeva la cosiddetta "quarantena attiva" con la possibilità di far lavorare gli operatori a piccoli gruppi ("bolle") facilitando così l'attività di tracciamento in caso di comparsa di sintomi o positività al Covid. Questo ha comportato, in affiancamento, un'attività di tamponamento a tutti gli operatori da parte di personale UOPSAL con la somministrazione di più di tremila tamponi alla popolazione con risultati soddisfacenti in termini di controllo complessivo della specifica situazione epidemiologica. Anche grazie ai buoni risultati la strategia è stata consolidata anche nel 2021.

Nel complesso, le condizioni di sicurezza sul lavoro in Trentino appaiono migliorate nel tempo e il grado di adempimento delle normative è da considerare soddisfacente, anche grazie alla – pur lenta - crescita di una cultura della sicurezza nelle imprese e nei lavoratori, all'implementazione di sistemi di gestione della sicurezza nelle imprese, allo sviluppo di competenze nei soggetti interessati. A tal fine potranno giovare ulteriormente i nuovi approcci di controllo basati su modelli partecipativi (Piani Mirati di Prevenzione) e di analisi degli infortuni basate su modelli standardizzati di descrizione delle dinamiche infortunistiche (vedi INFORMO) che sul nostro territorio hanno già trovato positivo riscontro, per il primo aspetto in ambito forestale e, per il secondo, in alcuni ambiti aziendali privati e che continueranno nel prossimo quinquennio anche in osservanza delle linee di indirizzo contenute nel piano di prevenzione in corso di programmazione nazionale e provinciale.

Per contro, il consolidarsi degli effetti della lunga recessione economica mettono ancora in difficoltà alcuni settori produttivi, rischiando, in alcuni casi, di determinare arretramenti dei positivi livelli raggiunti, anche per riduzione degli investimenti in sicurezza.

INDICATORE: Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) ■ **2.39**

Nel sistema di valutazione delle performance sanitarie regionali della scuola S. Anna di Pisa, tale indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi agli indicatori 15.2 e 15.3:

F15.2 Copertura del territorio ■ **2,20**

F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti ■ **9.11%**

F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati ■ **4,46 %**

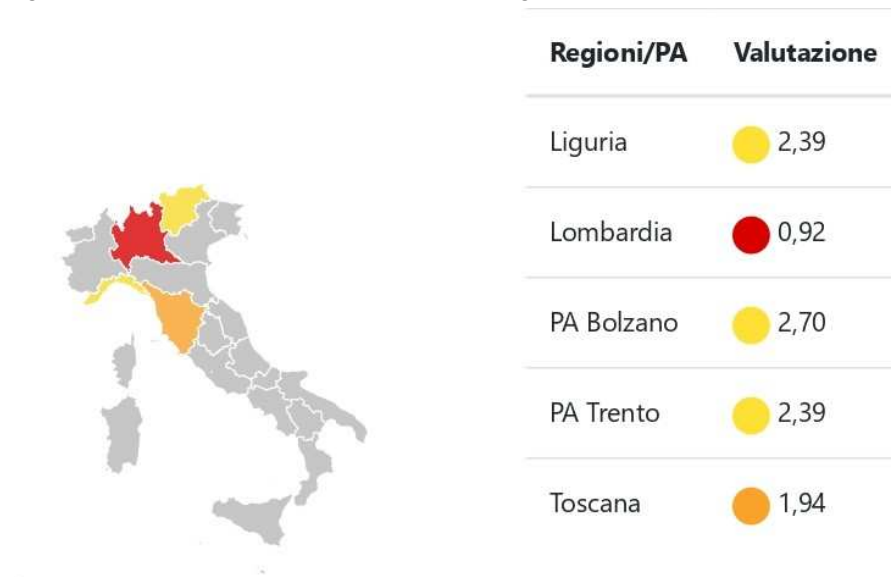
F15.3 Efficienza produttiva ■ **2,58**

F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL ■ **58.65 %**

F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL ■ **73.55%**

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, la PAT ottiene una valutazione di performance media, alla pari della Regione Liguria (2.39 – Figura 15).

Figura 15: Sicurezza sul lavoro: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2020



SALUTE ANIMALE E IGIENE URBANA VETERINARIA

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

- la sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali;
- la sorveglianza sulla riproduzione animale;
- la gestione del sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale;
- il controllo sul benessere degli animali da reddito;
- la profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali;

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

Si riportano alcuni indicatori che sintetizzano le attività svolte:

Tabella 14	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Numero allevamenti bovini e ovini/caprini sottoposti a controllo nell'ambito dei piani di profilassi ufficiali	2.631	2.567	2.520	2.504	1.913	1.790
Numero di ovini/caprini sottoposti a controllo sierologico individuale per brucellosi	36.724	23.983	22.285	22.090	16.436	14.642
Numero di bovini sottoposti a prova intradermica per tubercolosi	39.010	23.522	15.735	23.686	16.187	22.594
Attestazioni sanitarie per le movimentazioni degli animali da reddito rilasciate	4.903	5.860	5.435	5.331	5.502	4.936
Numero di controlli ufficiali in allevamento per la verifica del rispetto della normativa in materia di benessere animale, anagrafe zootecnica, gestione del farmaco, alimentazione animale, igiene della mungitura e sicurezza alimentare	879	879	966	937	812	744
Numero di gatti di colonia sterilizzati	468	469	711	641	694	557
Numero di episodi di morsicatura da parte di animali d'affezione controllati	384	379	445	505	479	313
Numero interventi su segnalazione per animali selvatici	225	182	204	213	198	195

L'esito delle attività ha portato a:

- mantenimento della qualifica sanitaria del territorio della provincia di Trento "ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, brucellosi bovina, brucellosi ovina e caprina e leucosi bovina enzootica", a garanzia della tutela della salute pubblica e del patrimonio zootecnico oltre che delle transazioni commerciali di animali e alimenti;
- riduzione dei pericoli legati alla non corretta o inadeguata gestione degli allevamenti ai fini del contenimento delle situazioni di rischio per la salute pubblica e il benessere animale;
- prevenzione delle zoonosi e degli inconvenienti igienici legati alla convivenza uomo/animale.

SICUREZZA ALIMENTARE – TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI

La "sicurezza alimentare" è un obiettivo strategico a livello comunitario, nazionale e regionale rispetto al quale è fondamentale l'attività di controllo lungo tutta la filiera produttiva degli alimenti di origine animale e non, "dal campo alla tavola", e dei mangimi.

Gli interventi di controllo ufficiale si articolano in un complesso sistema di verifiche finalizzate a prevenire i rischi per la salute pubblica, nonché assicurare, a protezione degli interessi dei consumatori, la corretta applicazione delle norme comunitarie e la lealtà delle transazioni commerciali.

I risultati dell'attività di controllo ufficiale sono misurabili sia come numero di controlli effettuati sia come efficienza dei controlli.

INDICATORE. Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate

Questo indicatore esprime la capacità del controllo ufficiale di:

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

Dal 2016 sono stati applicati indici di copertura non uniformi per le diverse macrocategorie di imprese che tengono conto delle valutazioni del rischio effettuate negli anni precedenti: la frequenza dell'attività di controllo è stata modulata in base alle tipologie e alle dimensioni delle imprese alimentari, salvaguardando l'indice generale di copertura richiesto dal Piano

provinciale integrato dei controlli per il triennio 2020-2022 e dalle Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004.

Comunque, viene assicurato annualmente un volume di controllo totale costante in termini numerici.

Tabella 15: Percentuale di imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate sul totale e percentuale di imprese controllate sul totale in anagrafe.

	2016	2017	2018	2019	2020
N° Imprese alimentari di produzione e confezionamento controllate/N° imprese alimentari di produzione e confezionamento in anagrafe	53%	40,3%	39,5%	48,3%	217/578 37,5%
N° imprese alimentari controllate /N° imprese alimentari in anagrafe (esclusi i produttori primari)	14,2%	14,9%	16,8%	18%	1285/9887 13%

Nel 2020 a causa della pandemia in corso le attività programmate sono state svolte parzialmente, sia perché il personale incaricato del controllo ufficiale è stato impiegato in altre mansioni legate all'emergenza, sia perché molte imprese sono risultate inattive o chiuse.

Le imprese alimentari con relazione di controllo con almeno una non conformità sono state 67 ed hanno dato luogo a:

13 sanzioni amministrative di cui 3 su utilizzatori di fitosanitari;

1 notizia di reato su attività di ristorazione

69 provvedimenti prescrittivi.

INDICATORE: Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale

Questo gruppo di indicatori monitora la tutela degli alimenti di origine animale garantita

- attraverso lo svolgimento delle azioni finalizzate all'emissione del giudizio di commestibilità delle carni ottenute dalla macellazione degli ungulati domestici (numero di animali delle specie bovina, suina, ovina, caprina ed equina sottoposti a visita ante mortem e post mortem in occasione della macellazione negli stabilimenti della provincia di Trento);
- attraverso l'attuazione del piano nazionale residui negli allevamenti e negli impianti di macellazione della provincia di Trento (numero di campioni di matrici animali prelevati e inviati al laboratorio chimico dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie);
- attraverso l'attuazione del piano dipartimentale per la sicurezza alimentare e la programmazione operativa dei controlli ufficiali (ispezioni) eseguiti dai Servizi Veterinari presso le imprese alimentari con riconoscimento ex reg. (CE) 853/2004 (numero di ispezioni eseguite negli stabilimenti riconosciuti in attuazione del programma di attività).

Tabella 16. Controlli ufficiali e tutela degli alimenti di origine animale.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<u>Commestibilità delle carni</u>								
Indicatore: numero capi macellati sottoposti a visita ante e post-mortem e percentuale di capi controllati sui macellati	82.885 (100%)	90.097 (100%)	91.910 (100%)	92.951 (100%)	88.184 (100%)	91.517 (100%)	89.890 (100%)	89.993 (100%)
<u>Residui nei prodotti alimentari di origine animale di sostanze vietate, farmaci e contaminanti ambientali.</u>								
Indicatore: numero di campioni di matrici animali controllati e percentuale del totale dei campioni programmati	193 (113%)	117 (100%)	208 (110%)	203 (107%)	174 (100%)	179 (100%)	182 (100%)	203 (100%)
<u>Ricerca di non conformità negli stabilimenti con riconoscimento comunitario</u>								
Indicatore: numero di controlli ufficiali negli stabilimenti e percentuale dei controlli programmati	832 (106%)	820 (105%)	772 (99%)	595 (96%)	746 (109%)	756 (95%)	736 (119%)	638 (106%)

L'esito delle attività ha portato a:

- formalizzazione del giudizio di commestibilità (ammissione o esclusione dal consumo umano) sul 100% delle carcasse degli animali ammessi negli impianti di macellazione;
- formalizzazione, a seguito di rilievo di non conformità, di 23 provvedimenti prescrittivi (10 in stabilimenti riconosciuti, 13 in strutture registrate) e di 9 contestazioni di violazione amministrativa;

- accertamento conformità negli allevamenti e negli impianti rispetto al rischio residui di sostanze vietate (es.: promotori della crescita), farmaci, contaminanti ambientali (es.: micotossine, metalli pesanti).

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, INCLUSI LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI ED I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING

La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti e dunque di migliorare la salute stessa. È una funzione centrale della sanità pubblica e contribuisce alla lotta contro le malattie trasmissibili e non trasmissibili e contro altre minacce per la salute" (Carta di Bangkok, 2005).

Il monitoraggio, la valutazione e la pianificazione delle azioni di promozione della salute sono essenziali per garantire appropriata e pronta risposta ai bisogni della comunità. Nella nostra provincia sono attivi i seguenti sistemi di monitoraggio e sorveglianza: Okkio alla salute e HBSC (per l'età evolutiva), PASSI (dai 18 anni) e PASSI d'Argento (oltre i 65).

Gli interventi di educazione e promozione alla salute sono rivolti principalmente, ma non esclusivamente, alle scuole del Trentino. La realizzazione delle attività proposte è possibile attraverso il coinvolgimento di operatori di diverse discipline e professioni afferenti al Dipartimento di Prevenzione, al Servizio Territoriale o al Servizio Ospedaliero Provinciale.

INDICATORE: istituti aderenti ad interventi di educazione e promozione alla salute sul totale degli istituti target, per area di intervento

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

Tabella 17. Numero degli istituti aderenti sul totale degli istituti target, per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2018-19	2019-20	2020-21
Sana alimentazione e attività fisica	52 (42,6%)	54 (44,3%)	62 (50,8%)°
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	57 (46,7%)	68 (55,7%)	62 (50,8%)°
Benessere socio-affettivo sessuale	109 (89,3%)	107 (87,7%)	-*
Primo soccorso	52 (91,2%)	52 (91,2%)	-*

*Attività sospesa causa pandemia. °Attività condotta in meet

INDICATORE: Media ore di intervento di promozione alla salute per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

L'indicatore esprime il carico di lavoro sostenuto in termini di ore di interventi di educazione alla salute nella scuola per singolo Istituto che aderisce all'intervento. Consente di valutare l'omogeneità dell'impegno aziendale in relazione all'area tematica, normalizzandolo al target di intervento. L'indicatore è l'espressione di una media aritmetica ed è calcolato dal rapporto che vede a numeratore le ore di attività dei professionisti nell'educazione alla salute e al denominatore il numero degli Istituti scolastici (di ogni ordine e grado) che hanno aderito alla proposta di educazione alla salute dell'Azienda sanitaria (vedi tabella 18)

Tabella 18. Media ore per singolo istituto scolastico aderente per area di intervento

	Anno Scolastico		
	2018-19	2019-20	2020-21
Sana alimentazione e attività fisica	6	6	6*
Alcool, fumo e sostanze psicotrope	29	33	6*
Benessere socio-affettivo sessuale	35	38	-
Primo soccorso	65	65	-

*Evento in meet, causa pandemia

Da febbraio 2020 il Servizio Promozione alla salute ha rimodulato la propria attività in funzione delle priorità dettate dalla **pandemia COVID-19**. Il Servizio ha dedicato le proprie risorse all'attività del contact tracing in riferimento al contesto scolastico provinciale oltre che rappresentare l'interlocutore principale APSS con le autorità scolastiche e dei servizi conciliativi con cui sono state predisposti i documenti di riferimento per la prosecuzione delle attività: protocollo salute e sicurezza nelle scuole – Covid 19 scuole dell'infanzia (3-6 anni) . vers. 1 3 giugno 2020 e successive rivisitazioni. Gruppo interdipartimentale: dipartimento prevenzione e istruzione; protocollo salute e sicurezza nelle scuole – Covid 19 nidi d'infanzia e micronidi (0-3 anni) . vers. 1 3 giugno 2020 e successive rivisitazioni. Gruppo interdipartimentale: dipartimento prevenzione e istruzione; protocollo salute e sicurezza nelle scuole – Covid 19 Servizi conciliativi ed estivi 2020 per bambini ed adolescenti. vers. 2, 19 giugno 2020 e successive rivisitazioni. Gruppo interdipartimentale: dipartimento prevenzione e Agenzia per la famiglia.

Programmi organizzati di screening per patologia tumorale

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

La pandemia da Sars-COV2 ha influito pesantemente sulle campagne di screening oncologico su tutto il territorio nazionale.

L'outbreak epidemico di malattia da coronavirus (SARS-COV2) si è ampliato nei primi mesi del 2020 al punto da comportare, in data 11 marzo, la dichiarazione di pandemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La sospensione degli inviti agli screening provinciali si è verificata a partire dal 12 marzo 2020. Durante il periodo di sospensione delle sole attività di primo livello (invito delle persone senza sintomi), nel periodo dal 12 marzo 2020 al 11 maggio 2020 sono state comunque garantite tutte le attività di secondo e terzo livello (esami di approfondimento e di follow up ed eventuale trattamento).

A partire da maggio 2020 i tre programmi di screening oncologico provinciali, dopo riunioni dei comitati tecnici, sono stati riattivati nel rispetto delle indicazioni per il contrasto alla diffusione di SARS-COV2.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha accompagnato le Regioni e le Province Autonome nella ripresa delle attività di prevenzione secondaria. L'ONS e i referenti regionali e provinciali hanno monitorato l'andamento della ripresa confrontando le persone invitate alle campagne di screening e aderenti nel 2020 a quelle invitate e aderenti nel 2019 (<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-degli-screening-dicembre-2020>).

Screening per il tumore del colon-retto: l'invito della popolazione (Donne e Uomini di 50-69 anni) è ripartito con i volumi di programmazione ante-COVID a metà maggio 2020. Testato il sistema durante l'estate 2020, a partire da settembre gli inviti sono stati "accelerati" per consentire di recuperare il ritardo. Nel 2020, a fronte di 66692 uomini e donne da coinvolgere nello screening, sono state invitate 58104 persone (87%). Nel primo quadrimestre 2021, da gennaio ad aprile sono state invitate 26111 persone (il 34% delle 75854 di cui 8588 da invitare nel 2020). Il pieno recupero degli inviti del 2020 è avvenuto nel mese di febbraio 2021. L'adesione stimabile nel primo quadrimestre 2021 è del 54%.

Screening per il tumore della cervice uterina: l'invito al primo livello delle donne di età compresa tra 25 e 64 anni, è ripartito a maggio. Occorre segnalare che nel 2019 si è conclusa la transizione dal precedente modello organizzativo al nuovo: il passaggio da Pap-test ogni 3 anni a HPV-test ogni 5 anni ha determinato un numero minore di Donne da invitare nel 2020 e nei prossimi anni. Questo elemento non è stato considerato nel rapporto ONS sulla ripresa degli screening, per rendere omogeneo il confronto con altre Regioni che non hanno ancora adottato il nuovo modello di screening.

Nel 2020, a fronte di 27788 Donne da coinvolgere, sono state invitate 27199 Donne (98%). Da gennaio a maggio 2021 sono state invitate 14965 Donne (il 49% delle 30168 di cui 572 da invitare nel 2020). Il pieno recupero degli inviti del 2020 è avvenuto nel mese di gennaio 2021. L'adesione non ha subito variazioni rispetto al periodo pre-COVID19.

Screening per il tumore della mammella, il programma è ripreso con i primi appuntamenti dopo sospensione il 15 giugno 2020 al regime compatibile con gli spazi disponibili all'utenza presso le strutture di competenza nel rispetto delle disposizioni in materia di distanziamento. Tutte le altre attività complementari allo screening, non si sono mai interrotte nel periodo di lockdown (percorsi per Pazienti sintomatiche, Pazienti in follow-up, Pazienti in trattamento chemioterapico, gestione delle Pazienti da inviare a chirurgia, Approfondimenti di II livello generati prima della sospensione del programma).

Nel 2020, a fronte di 36300 Donne (50-69 anni) da coinvolgere, sono state invitate 14433 Donne (40%).

INDICATORE: Estensione dell'invito al target di riferimento per singolo programma di screening

Target popolazione: pap-test donne di 25-65 anni; mammografia donne di 50-69 anni; colon-retto donne e uomini di 50-69 anni. La diffusione dei programmi di screening organizzati è indice dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica territoriale. Lo standard atteso (come da Piano Nazionale e Provinciale di Prevenzione) è di essere oltre il 90% per tutti i programmi.

Tabella 19. ESTENSIONE dell'invito al programma di screening

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

INDICATORE: Adesione all'invito per singolo programma di screening

Questo indicatore valuta l'impatto e l'efficienza dei programmi di screening oncologico.

Standard desiderabile: cervice uterina > 60% (S.Anna di Pisa); mammella > 75% (GISMa); colon retto > 65% (GISCoR);

Standard accettabile: cervice uterina 40-50% (S.Anna di Pisa); mammella > 60% (GISMa); colon retto > 45% (GISCoR).

Tabella 20. ADESIONE ai programmi di screening

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

INDICATORE: Valutazione di performance degli screening oncologici ■ 4.47

Nel sistema di valutazione delle performance sanitarie regionali della scuola S. Anna di Pisa tale indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai sottoindicatori B5.1, B5.2, B5.3:

B5 Screening oncologici ■ 4,47

B5.1 Screening mammografico ■ 4.69

B5.1.1 Estensione screening mammografico ■ 96.92 %

B5.1.2 Adesione screening mammografico ■ 80.29 %

B5.1.6 Percentuale di adesione agli approfondimenti 99,82%

B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina 97,45

B5.3 Screening coloretale ■ 3,73

B5.3.1 Estensione screening coloretale ■ 108.46 %

B5.3.2 Adesione screening coloretale ■ 49,49 %

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, nel 2020 APSS ottiene una valutazione di performance ottima (4.47) e sostanzialmente stabile rispetto al 2019 (4.53), confermandosi la migliore realtà del network.

Figura 16. Screening oncologici: confronto tra le regioni/PA aderenti al Network – S. Anna di Pisa anno 2020

Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	0,37
Friuli Venezia Giulia	3,51
Liguria	1,06
Lombardia	0,91
Marche	2,50
PA Bolzano	1,84
PA Trento	4,47
Puglia	0,53
Toscana	2,69
Umbria	3,96
Veneto	2,72

ASSISTENZA TERRITORIALE

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Lo sviluppo di un sistema socio-sanitario rappresenta la condizione ed il presupposto per strutturare ed articolare una risposta ai bisogni delle persone nelle situazioni di fragilità, attraverso l'offerta di una progettualità congiunta di interventi sanitari e di azioni di protezione sociale. Le aree di fragilità individuate dalla L.P. 16/2010 sono: materno – infantile, età evolutiva, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze.

Il programma di attività 2020 è stato impostato per dare continuità e consolidamento ai processi fondamentali dell'integrazione socio-sanitaria e per sviluppare progettualità innovative in linea con gli obiettivi assegnati dalla Giunta provinciale.

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

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

- come noto il sistema RSA è stato fortemente colpito dall'emergenza Covid. Al di là degli aspetti prettamente sanitari ed assistenziali, il sistema è stato interessato da numerose azioni a livello organizzativo:
 - le azioni volte a contrastare l'epidemia hanno compreso l'attivazione e l'organizzazione di strutture specificatamente dedicate all'accoglienza dei malati e successivamente delle persone guarite che necessitavano di ulteriore assistenza in ambiente protetto con conseguente adeguamento dei sistemi informativi di APSS e RSA (posti letto/strutture Covid, di Transito, Temporanei);
 - APSS ha sostenuto le RSA nella definizione e implementazione dei piani Covid per l'erogazione in sicurezza delle attività, in ottemperanza alle Direttive e Linee guida provinciali;
 - è stata eseguita la registrazione giornaliera e definita la reportistica relativa alla mortalità in RSA. E' stato creato un sistema di registrazione dei dati dedicato alle RSA a supporto della Task Force provinciale. La reportistica è stata utilizzata per il monitoraggio del fenomeno durante la prima ondata ed è stata utilizzata a supporto dei momenti di informazione e restituzione dei dati alla popolazione;
 - la gestione della vigilanza tecnico-sanitaria ed amministrativa delle RSA, così come anche delle altre strutture socio sanitarie ha subito uno stop a causa dell'emergenza Covid.
- per quanto riguarda le altre strutture afferenti all'area dell'integrazione, le attività dei Centri diurni per anziani, dei Centri residenziali per disabili, dei Centri diurni socio riabilitativi per disabili, delle Comunità socio sanitarie per adulti sono state necessariamente rimodulate in base all'andamento pandemico, prevedendo anche lo svolgimento di attività domiciliare in luogo delle attività diurne gruppali;
- APSS ha sostenuto anche queste strutture nella definizione e implementazione dei piani Covid per l'erogazione in sicurezza delle attività, in ottemperanza alle Direttive e Linee guida provinciali;
- alcuni gestori di Centri diurni per anziani, le cui attività sono state sospese nella prima fase della pandemia, hanno garantito con i propri operatori supporto assistenziale sia ad APSS (presso l'Unità Covid delle Viole) sia ad una RSA;
- l'attività dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle UVM in tutte le aree di fragilità individuate dalla legge (anziani, disabilità, età evolutiva, salute mentale e dipendenze) è stata condizionata dalla necessità di essere effettuata in parte in modalità a distanza. I dati relativi alle attività delle UVM sono riportati successivamente con indicatori specifici ed evidenziano una significativa diminuzione del numero delle persone valutate nell'anno 2020 rispetto all'anno precedente. Permangono comunque le consuete modalità di integrazione tra servizi sanitari e sociali, che consentono attraverso incontri di rete la gestione di numerose situazioni;
- è stata garantita la continuità nell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) per i piani ADI, ADICP, ADPD. L'attività è stata rimodulata secondo le indicazioni delle linee guida per la gestione dei servizi in condizione di sicurezza che hanno anche previsto inizialmente l'obbligatorietà ed in seguito la possibilità di trasformazione dell'intervento di assistenza domiciliare socio assistenziale in servizio socio sanitario in presenza di un piano in favore di un utente sospetto o Covid positivo. I servizi hanno pertanto registrato un aumento del numero di utenti seguiti e piani attivi;
- la gestione del processo di valutazione ed erogazione dell'assegno di cura ha subito un rallentamento dovuto alla necessità di sospendere le visite in presenza e sostituirle con visite da remoto.

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

- sono state raccolte ed analizzate le Relazioni sanitarie dei coordinatori sanitari di RSA. L'attività ha compreso la raccolta ed analisi dei dati di performance delle RSA relative all'anno 2019; la restituzione dei dati ad UPIPA, SPES ed alle strutture partecipanti; la pianificazione degli strumenti di registrazione dei dati online, attualmente in utilizzo per l'elaborazione dati delle relazioni sanitarie 2020;
- in attuazione dell'obiettivo 1.A.5. (Dimissioni protette a domicilio), è stato avviato il progetto di potenziamento del supporto assistenziale nelle dimissioni protette a domicilio, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, seppur condizionato nel numero delle attivazioni dall'emergenza Covid;
- in attuazione dell'obiettivo provinciale 1.D è stato sperimentato il modello organizzativo delle UVM per i minori ed è stato rielaborato il ruolo del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC);

- sono proseguiti in collaborazione con Fondazione Demarchi i percorsi informativi e formativi a supporto dei caregiver, con l'obiettivo di far acquisire consapevolezza nei caregiver stessi, negli operatori e in generale nell'opinione pubblica dell'importanza di questa figura e delle problematiche connesse al ricoprire questo ruolo;
- sono proseguiti in collaborazione con le Comunità di Valle i progetti di sensibilizzazione sul tema delle demenze;
- i progetti di Cohousing psichiatrico in essere prima della pandemia sono stati mantenuti con un buon riscontro da parte di accolti e accoglienti anche durante il lockdown e nel corso dell'anno sono stati avviati ulteriori nuovi progetti;
- sono state realizzate delle azioni di coordinamento per il monitoraggio degli utenti delle strutture riabilitative estensive dell'area della salute mentale e delle comunità per minori; è stata aggiornata la procedura relativa agli ingressi nelle strutture estensive;
- è stato dato avvio al sistema informativo di supporto delle Comunità per minori e di una struttura riabilitativa estensiva.

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

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

Nel 2020 sono state valutate dai PUA 3.411 persone; complessivamente le valutazioni sono state 3.766.

La tabella riporta la distribuzione territoriale delle persone valutate, suddivise per genere, e del numero di valutazioni dei diversi PUA. Le persone valutate sono donne nel 61% dei casi.

Tabella 21 - Distribuzione per PUA delle persone valutate e delle valutazioni anno 2018-2020. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

PUA	2018		2019		2020	
	Totale utenti *	Totale valutazioni	Totale utenti *	Totale valutazioni	Totale utenti *	Totale valutazioni
PUA Andalo	nr. compreso in PUA Mezzolombardo		4	4	1	1
PUA Borgo Valsugana	420	465	318	369	186	220
PUA Cavalese	224	266	200	232	151	172
PUA Cembra	94	99	89	96	62	64
PUA Cles	280	293	283	296	191	201
PUA Folgarida	39	44	28	28	20	21
PUA Malè	141	151	131	133	54	54
PUA Mezzolombardo	302	314	314	334	261	274
PUA Pergine	571	675	628	741	456	505
PUA Pozza di Fassa	68	84	50	56	31	34
PUA Riva del Garda	349	352	296	300	292	299
PUA Rovereto	823	921	655	732	447	492
PUA Tione	340	443	322	401	220	240
PUA Tonadico	147	180	141	160	118	140
PUA Trento	1.653	1.949	1.338	1.549	885	1011
PUA Vezzano	81	94	85	112	36	38
Totale	5.532	6.330	4.882	5.543	3.411	3.766

* un utente può aver avuto più di una valutazione nell'anno, anche da PUA diversi

Nell'anno 2020, in continuità con gli anni precedenti, la prima tipologia di azione intrapresa è stata l'attivazione UVM richiesta in n. 2.933 situazioni; ciò significa che rispetto alle 3.766 pratiche, nell'80% dei casi si trattava di bisogni complessi tali da attivare il percorso UVM. Le 2.933 richieste attivazione UVM hanno riguardato nel 90% dei casi persone con età uguale o superiore a 65 anni.

La seconda e la terza voce più frequenti riguardano l'informazione/orientamento e l'attivazione di piani sanitari di assistenza domiciliare (l'attivazione di piani domiciliari integrati socio-sanitari è invece successiva ad una valutazione UVM).

Gli interventi di attivazione dei servizi sociali non sono numericamente elevati in quanto il servizio sociale gestisce direttamente le richieste a livello degli sportelli sociali/poli sociali, mentre al PUA sono inviate, anche da parte degli stessi servizi sociali, le situazioni più complesse che richiedono pertanto l'attivazione della UVM.

Tabella 22 - Distribuzione della tipologia delle azioni intraprese dai PUA anno 2018 - 2020. Fonte: Qlik Atl@nte PUA

Tipologia di azioni intraprese dal PUA (NB: su una stessa pratica possono essere indicate più azioni intraprese)	2018 (su 6.195 valutazioni)	2019 (su 5.422 valutazioni)	2020 (su 3.766 valutazioni)
Attivazione UVM	4.712	4.233	2.933
Attivazione Piano di Assistenza Domiciliare	639	354	132
Informazioni/Orientamento	640	636	392
Attivazione Servizio Sociale	122	89	70
Inoltro al servizio cure palliative segnalazione RSA/RSO	45	17	2
Attivazione CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze)	19	17	12
Attivazione Psichiatria	15	6	7
Proposta nomina amministratore di sostegno	12	13	9
Attivazione risorse informali	27	18	8
Attivazione Neuropsichiatria Infantile	2	0	2
Attivazione Alcolologia	10	5	4
Attivazione CDCA (Centro disturbi comportamento alimentare)	1	1	0
Attivazione SerD	5	0	0
Attivazione associazioni di volontariato	3	1	2
Attivazione Psicologia Clinica	4	0	0
Attivazione SMAC (Serv. Multidisciplinare Adolescenti Complessi)	0	1	0
Altro*	455	247	150

*con la voce "Altro" sono state documentate una serie di azioni intraprese dai PUA ad integrazione o alternative alle azioni classificate per rispondere ai bisogni delle persone e dei punti di attenzione relativamente alla attivazione della rete dei servizi.

2 INDICATORE: Attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare

UVM Area Anziani

Nel 2020 sono state effettuate 3.302 valutazioni su 2.839 persone anziane. Il numero di valutazioni si è notevolmente ridotto a causa della grave emergenza causata dalla pandemia Covid 19.

Nell'analisi va considerato che le voci assistenza domiciliare e intervento servizio sociale sono sottodimensionate rispetto alla reale attivazione dei servizi che avviene anche in modo indipendente rispetto alla valutazione UVM.

Tabella 23 - Numero utenti valutati e numero valutazioni anno 2019 - 2020. Fonte: Qlik Atl@nte

UVM	2019		2020	
	Nr. utenti *	Nr. valutazioni	Nr. utenti *	Nr. valutazioni
UVM Alto Garda e Ledro	368	463	274	333
UVM Borgo Valsugana	272	317	206	247
UVM Cles	275	322	182	201
UVM Fassa	73	85	69	77
UVM Fiemme	183	215	136	161
UVM Giudicarie e Rendena	444	603	225	261
UVM Lavis	61	86	48	60
UVM Malè	96	117	74	86
UVM Mezzolombardo	205	243	152	180
UVM Pergine	395	488	257	298
UVM Tonadico	111	132	100	117
UVM Trento	1.136	1.387	697	797
UVM Vallagarina (Rovereto)	590	737	419	484
Totale	4.209	5.195	2.839	3.302

* un utente può aver avuto più di una valutazione, anche da UVM diverse.

Tabella 24 - Esito UVM - codifica progetto assistenziale proposto area anziani anni 2018 - 2020. Fonte: Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale ⁽¹⁾	2018	2019	2020
Accoglienza in residenza (R.S.A.)	2.596	2.852	2.142
Assistenza domiciliare (ADI, ADICP, ADInf, SAD ecc...)	971	751	495
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	943	1.350	650
Accoglienza in residenza (R.S.A.O.)	626	631	305
Centro Diurno Anziani	711	753	295
Altro ⁽²⁾ (altri interventi, ADPD, ...)	177	242	134
Intervento Servizio Sociale	10	10	5

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

⁽²⁾ Nella voce altro è compresa l'Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza ADPD

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

Per quanto riguarda le aree di fragilità diverse dall'area anziani, è stata svolta un'importante attività nell'area Età evolutiva. In quest'area, un gruppo di miglioramento composto da APSS (Cure Primarie, NPI, SMAC, Servizio di Governance dei processi socio sanitari), Servizio sociale del Comune di Trento, PAT (Dipartimento Salute e Politiche Sociali) ha lavorato per creare una nuova modalità operativa orientata a migliorare l'efficacia della funzione UVM nelle fasi valutative, progettuali e di monitoraggio dei percorsi dei minori, compresa la fase di transizione verso l'età adulta. Il PUA ha mantenuto il suo ruolo centrale come filtro e prima valutazione delle segnalazioni o richieste di attivazione UVM per età evolutiva.

Le nuove modalità operative sono state recepite all'interno delle direttive 2021 "Servizi socio-sanitari nell'ambito delle aree disabilità e riabilitazione, salute mentale, materno infantile ed età evolutiva, dipendenze", in termini di funzionamento generale, profili professionali coinvolti, attori territoriali interessati.

Nel corso del 2020 è stata revisionata anche la procedura della Commissione tecnica strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico - riabilitativi a carattere estensivo, al fine di aggiornare i passaggi operativi in essere con PUA ed evitare sovrapposizioni della *mission* della Commissione tecnica con quella di UVM. La procedura è stata approvata dalla Direzione Integrazione socio sanitaria.

Per quanto riguarda l'attività delle UVM, nelle tabelle seguenti si riportano il numero di persone valutate e le valutazioni effettuate nel 2020.

Tabella 25 - Numero utenti valutati in UVM anno 2020. Fonte: Qlik Atl@nte

UVM	Età Evolutiva		Disabilità		Salute Mentale Adulti		Dipendenze	
	vautaz.	utenti *	vautaz.	utenti *	vautaz.	utenti *	vautaz.	utenti *
UVM Alto Garda e Ledro	7	6	4	3	2	2	0	0
UVM Borgo Valsugana	2	2	18	15	0	0	0	0
UVM Cles	3	2	1	1	2	2	0	0
UVM Fassa	0	0	0	0	2	2	0	0
UVM Fiemme	0	0	3	3	6	5	1	1
UVM Giudicarie	1	1	1	1	3	3	0	0
UVM Lavis	0	0	0	0	6	2	0	0
UVM Malè	3	3	0	0	3	3	1	1
UVM Mezzolombardo	4	3	3	3	1	1	1	1
UVM Pergine	7	7	13	12	7	7	0	0
UVM Tonadico	3	2	6	6	0	0	1	1
UVM Trento	25	21	48	44	6	6	97	83
UVM Vallagarina	6	6	4	4	4	4	0	0
Totale	61	53	101	92	42	37	101	87

* un utente può essere valutato più volte, anche da UVM diverse

Tabella 26 - Esito UVM- progetto assistenziale proposto area età evolutiva, disabilità, salute mentale adulti e dipendenze.

Fonte Qlik Atl@nte

Codifica progetto assistenziale *	2018	2019	2020
Strutture residenziali	320	357	153
Strutture semiresidenziali	76	42	18
Assistenza domiciliare (ADI, ecc...)	99	58	20
Accoglienza in residenza (R.S.A. e R.S.A.O.)	27	27	9
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	20	9	4
Progetto di vita indipendente	16	18	19
Progetto NPI	16	9	9
Intervento Servizio Sociale	32	10	8
Intervento Servizio Salute Mentale	17	12	6
Intervento Alcolologia	11	5	0
Altro	116	129	81

* per la stessa persona possono essere proposti più progetti assistenziali

Dai dati delle valutazioni di tutte le aree di fragilità si evidenzia come la proposta assistenziale numericamente più rilevante sia quella che coinvolge le strutture presenti a livello territoriale. Tuttavia, esiste un'altra area progettuale dedicata, invece, alla domiciliarità.

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

Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) prevede l'erogazione di prestazioni di tipo socio assistenziale che consistono sostanzialmente in igiene, cura e mobilitazione della persona in favore di persone non autosufficienti o parzialmente

autosufficienti per i quali sono stati attivati i percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Integrata-Cure Palliative (ADI-CP).

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

Nell'anno 2020 hanno beneficiato complessivamente del servizio SAD in ADI e in ADI Cure Palliative, Assistenza Domiciliare per le Persone con Demenza (ADPD) 1.020 persone. La tabella descrive le tipologie di servizi attivati.

L'attività è stata rimodulata secondo le indicazioni delle linee guida per la gestione dei servizi in condizione di sicurezza che hanno anche previsto inizialmente l'obbligatorietà ed in seguito la possibilità di trasformazione dell'intervento di assistenza domiciliare socio assistenziale in servizio socio sanitario in presenza di un piano in favore di un utente sospetto o Covid positivo.

Tabella 27 - Numero utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anni 2018 - 2020. Fonte: AtI@nte

Tipologia di servizio	%	Nr. Utenti 2018*	%	Nr. Utenti 2019*	%	Nr. utenti 2020*	%
SAD ADI	31%	256	31%	249	28%	299	29%
SAD ADICP	53%	448	53%	504	56%	563	55%
ADPD	16%	133	16%	142	16%	170	16%
Totale	100%	837	100%	895	100%	1.032	100%

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

Figure 17 e 18. Distribuzione per genere utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2020. Fonte: AtI@nte

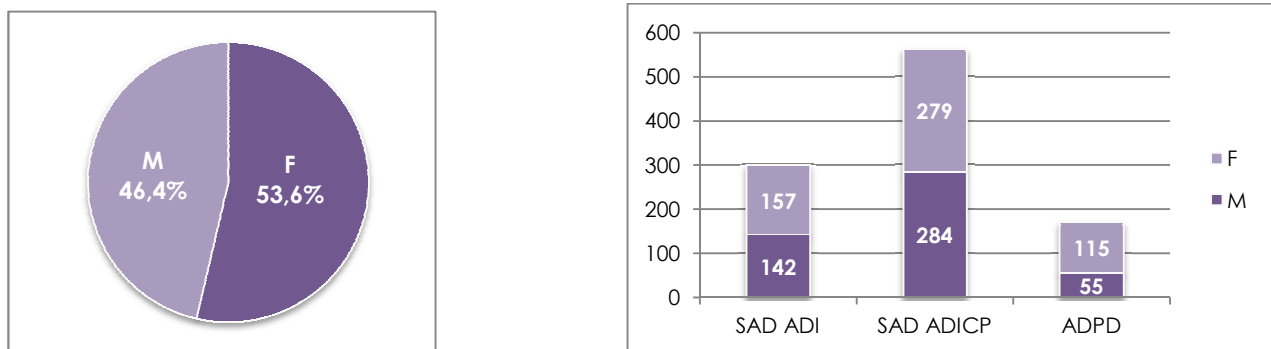
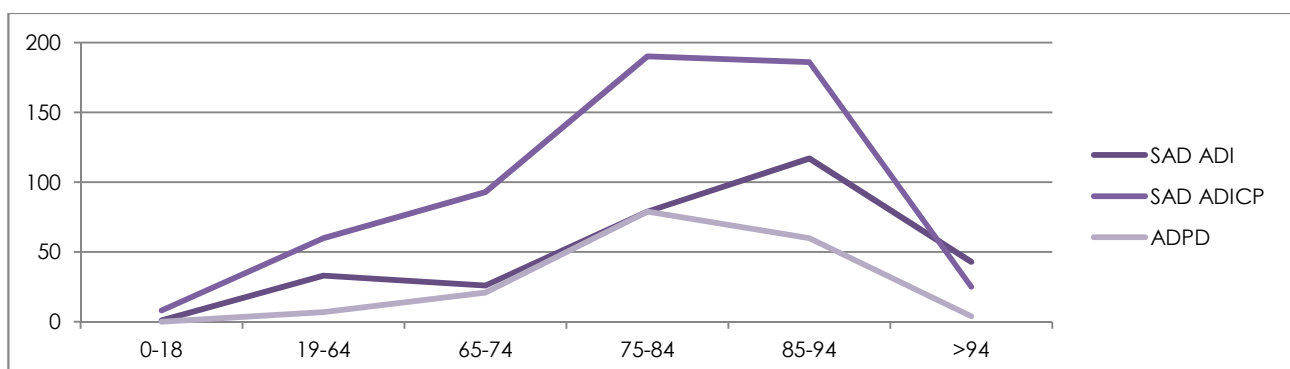


Figura 19. Distribuzione per classi d'età utenti SAD in ADI, ADICP e ADPD anno 2020. Fonte: AtI@nte



I dati delineano alcune caratteristiche dell'utenza e dei progetti assistenziali:

- nel SAD in ADI a supporto della cronicità il tempo di presa in carico è di lunga durata e la famiglia spesso si avvale anche di altre risorse, quale l'assistente familiare privata. La fascia di età 85-94 è la più rappresentata, e sul totale prevalgono le donne (157 su 299 persone totali);
- nel SAD in ADI Cure Palliative, a supporto delle fasi di fine vita, il tempo di presa in carico è di breve durata, spesso alcune settimane. In questa tipologia di SAD uomini e donne sono rappresentati in egual misura.
- nell'ADPD, a supporto dell'assistenza per le persone con demenza, con finalità prevalentemente educative o di sollievo al caregiver familiare o in affiancamento all'assistente familiare privata, la media delle ore settimanali si attesta su un numero più basso rispetto alle altre modalità di assistenza. Prevalgono nettamente le donne, in coerenza con l'epidemiologia della malattia (115 su 170 persone totali).

I servizi di assistenza domiciliare socio-sanitaria, proprio per la complessità dei bisogni delle persone, integrano l'impegno dei caregiver familiari nell'assistenza e supportano la famiglia offrendo l'opportunità di mantenere la persona a casa propria il più a lungo possibile.

Dimissioni protette a domicilio

Il DPCM 12/1/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", prevede che le cure domiciliari siano integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta. Nel 2019 l'Azienda sanitaria ha delineato una proposta di intervento di assistenza domiciliare, finalizzato a supportare i piani assistenziali dei pazienti in dimissione protetta che integra l'attuale offerta dei servizi assistenziali domiciliari e che si caratterizza per l'alta intensità dell'intervento domiciliare nella post dimissione. La proposta di intervento ha individuato il profilo dei pazienti, gli obiettivi prioritari, gli esiti misurabili, l'intensità di intervento e le professionalità coinvolte.

Ad ottobre 2020, nonostante le notevoli difficoltà causate dalla pandemia Covid 19 si è iniziato a erogare il servizio con i primi pazienti eleggibili. Data la disponibilità di ore di assistenza nell'ambito dei contratti vigenti, le ore necessarie per queste prime attivazioni sono state erogate all'interno del budget complessivo della gara di affidamento del servizio di assistenza domiciliare già in essere.

4 INDICATORE: Centri diurni per anziani - appropriatezza di accesso al servizio

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

La fruizione dei Centri diurni anziani e Alzheimer nel 2020 è stata pesantemente condizionata dalla pandemia Covid fin dal suo esordio. Già a partire dal 18 marzo 2021 si è giunti alla completa chiusura delle attività dei Centri, in applicazione del Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18.

Per far fronte almeno in misura parziale al venir meno di questa fondamentale funzione, al fine di garantire interventi non differibili in favore di persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario, nel rispetto delle misure di sicurezza, gli enti gestori dei centri diurni hanno garantito forme assistenziali individuali, domiciliari o a distanza. Gli operatori di alcuni centri diurni sono stati inoltre impegnati in attività di supporto assistenziale presso l'unità Covid delle Viole e presso una RSA.

Successivamente, a partire da giugno 2020, in considerazione del mutato contesto epidemiologico, è stato possibile prevedere la ripresa delle attività nei centri diurni per anziani purché ubicati in sedi differenti da quelle adibite ad RSA o in contesti in cui fosse possibile garantire l'accesso e l'utilizzo di spazi e personale in maniera esclusiva, previa validazione da parte di APSS del "Piano per la Ripresa dei Servizi" elaborato dell'ente gestore.

Il servizio presso i Centri Diurni esterni ha potuto quindi gradatamente riprendere, mentre, in considerazione delle caratteristiche strutturali ed organizzative, la sospensione dell'attività dei CD integrati, PIC e PICA ha riguardato tutta la restante parte dell'anno.

Date le premesse sopra riportate si è ritenuto non significativo elaborare e riportare i dati di analisi propri di questa sezione, in quanto parziali e sostanzialmente distorti dalle numerose e diverse situazioni contingenti che si sono verificate nel corso dell'anno e nelle varie strutture.

5. INDICATORE: La rete clinica per i disturbi cognitivi e le demenze

Nel 2020 è proseguita l'applicazione del PDTA per le persone con demenza e le loro famiglie - approvato con delibera della Giunta provinciale n. 2350 del 28 dicembre 2017 - anche attraverso l'azione della Rete clinica disturbi cognitivi e demenze istituita con delibera del Direttore Generale del 12 dicembre 2017 n. 497.

Il Piano provinciale demenze - XVI Legislatura, è stato approvato con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1241 del 21 agosto 2020.

Nell'anno 2020, ed in particolare nei mesi di marzo, aprile, maggio, novembre e dicembre, a causa dell'emergenza Covid, gli ambulatori CDCD sono stati in parte sospesi (ambulatori ospedalieri) mentre quelli rimasti operativi (ambulatori extra ospedalieri) sono stati impegnati a garantire la gestione delle situazioni urgenti con particolare riferimento alla presenza di disturbi del comportamento. E' stata avviata la sperimentazione delle prestazioni in telemedicina: gli specialisti ed il personale infermieristico hanno tenuto frequenti contatti telefonici con i caregiver ed i familiari dei pazienti al fine di garantire la continuità terapeutica ed il sostegno; si è proceduto inoltre ad avviare la sperimentazione delle visite in teleconferenza.

Dopo il mese di giugno 2020, nell'ambito della fase di regressione dell'infezione, si è provveduto a supportare gli ambulatori nella ripresa delle attività garantendo la sicurezza dei pazienti e degli operatori, pur mantenendo attivo il canale della gestione telefonica ed in teleconferenza dei casi.

Dal mese di luglio e fino ad ottobre 2020 sono riprese le attività in tutti gli ambulatori CDCD della rete ma successivamente da novembre, con la comparsa della seconda ondata dell'infezione Covid, è stata imposta la chiusura forzata degli ambulatori per esterni. I pazienti in carico e gli appuntamenti sono stati comunque gestiti dagli specialisti in servizio presso gli ambulatori territoriali assicurando visite, consulenze, contatti telefonici e supporti ai famigliari dei pazienti con disturbi cognitivi.

Sono stati altresì diffusi a tutti i medici di medicina generale gli orari ed i riferimenti degli specialisti CDCD disponibili ad effettuare consulti telefonici fra professionisti per la discussione dei casi.

I dati di attività riferiti all'intero anno 2020, tenuto conto delle limitazioni dovute all'emergenza Covid, dimostrano la sostanziale tenuta dell'offerta specialistica e la costante presa in carico dei pazienti (anno 2018 n. 1.178 prime visite e n. 1.803 controlli; anno 2019 n. 1.552 prime visite e n. 2.170 controlli; anno 2020 n. 1.305 prime visite e n. 2.389 visite di controllo).

L'attività clinica presso i CDCD è stata caratterizzata da un inevitabile stallo nel trend positivo che ha interessato le annualità precedenti con un decremento di 28 visite totali rispetto al 2019.

L'11% delle situazioni valutate in CDCD è stato inviato al PUA di riferimento per l'approfondimento dei bisogni assistenziali e l'attivazione della rete dei servizi.

La rilevazione riferita all'intero anno 2020 riporta più di 1.000 prestazioni in telemedicina da parte degli specialisti.

Di seguito si riportano l'attività diagnostica effettuata dai CDCD e le principali caratteristiche dei pazienti seguiti dalla Rete clinica.

Tabella 28 - Nr. visite per ambito territoriale anno 2020. Fonte: Qlik CDCD

Ambiti Territoriali	nr. prime visite	nr. controlli	nr. contatti telefonici	Totale visite
CENTRO NORD	526	825	476	1.351
CENTRO SUD	381	1.054	358	1.435
EST	178	216	60	394
OVEST	220	294	130	514
Totale	1.305	2.389	1024	3.694

Figura 20. Distribuzione prime visite e visite di controllo per CDCD anno 2020. Fonte: Qlik CDCD

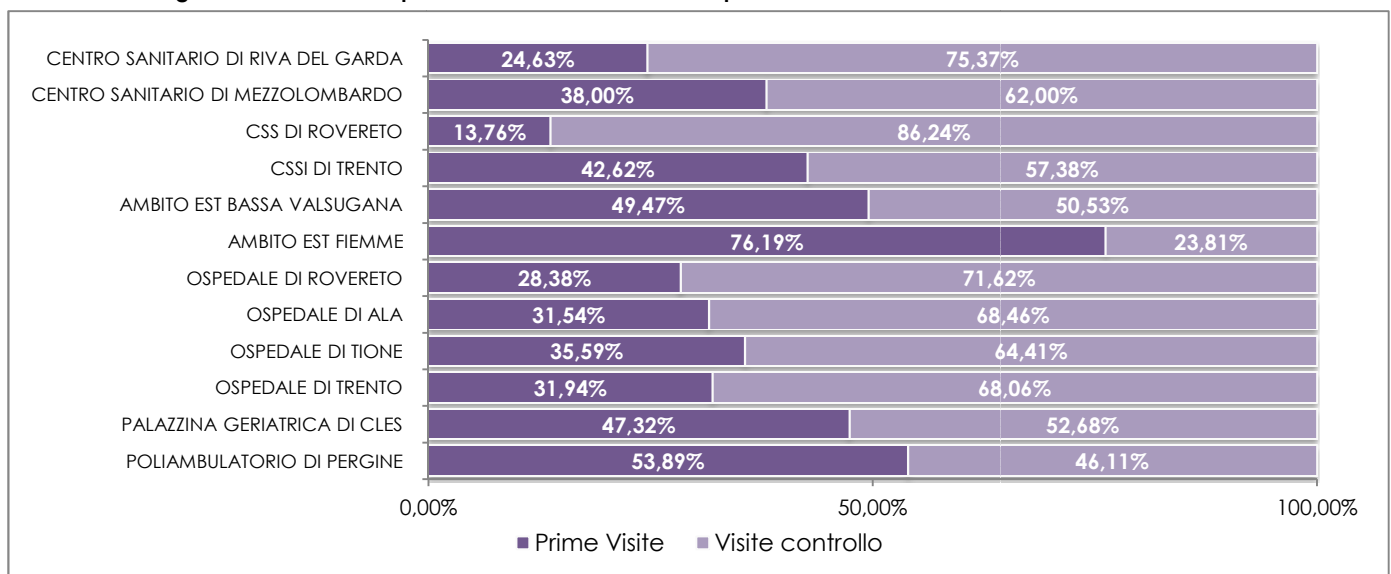


Figura 21. Distribuzione per genere dei pazienti CDCD anno 2020. Fonte: Qlik CDCD

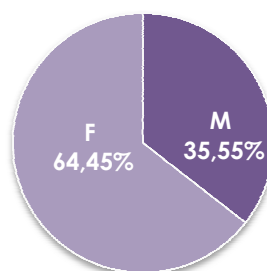
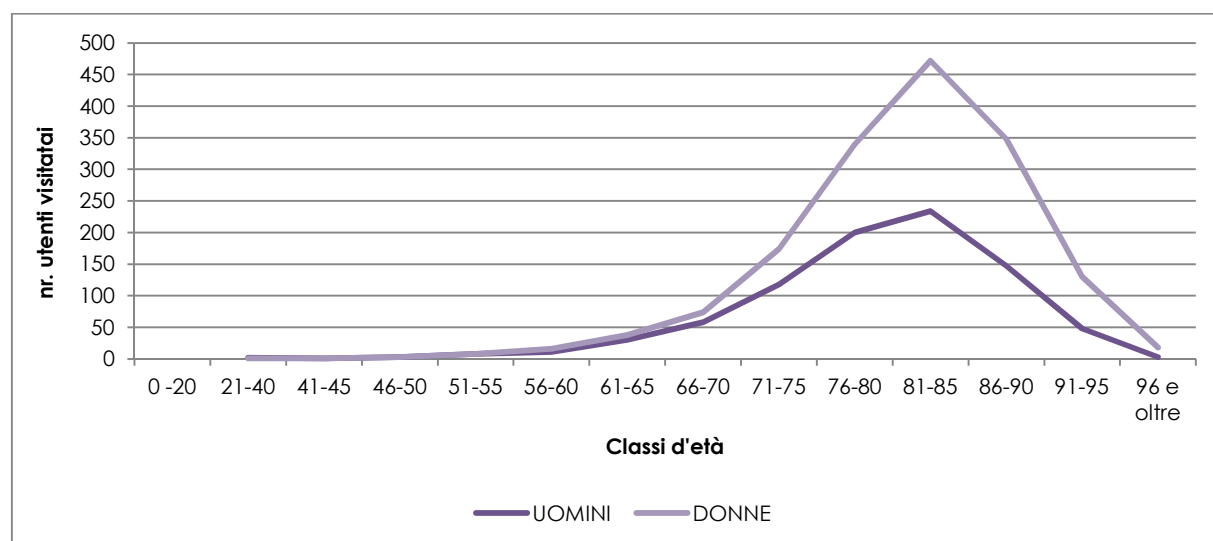


Figura 22. Distribuzione per classi d'età pazienti visitati in CDCD anno 2020. Fonte: Qlik CDCD



ASSISTENZA DI BASE

La Medicina di Base assicura l'assistenza sanitaria dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, professionisti in convenzione con APSS.

In provincia sono presenti, a fine 2020, n. 334 Medici di Medicina Generale a fronte di una popolazione di età superiore ai 14 anni pari a 469.250 e n. 71 Pediatri di Libera Scelta per un numero complessivo di pazienti dai 0 ai 14 anni pari a 75.495. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta erogano prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura sia in forma ambulatoriale che a domicilio in collaborazione con le unità operative di Cure Primarie; i cittadini effettuano la scelta medica relativamente al medico e/o al pediatra presso gli uffici prestazioni dei Servizi Amministrazione dislocati sul territorio.

1.2.1 INDICATORE: Efficacia assistenziale territoriale: tassi d'ospedalizzazione delle patologie croniche

Uno degli indicatori con cui può essere misurata l'efficacia dell'assistenza di base è il "tasso di ospedalizzazione" dei pazienti affetti da patologie croniche, quali, ad esempio, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o diabete. Infatti, una minore ospedalizzazione di questi pazienti è indirettamente indice di una buona presa in carico e di una corretta gestione dei pazienti a domicilio a cura del medico di famiglia o del pediatra, limitando il ricorso all'ospedalizzazione. Le patologie croniche dovrebbero essere gestite principalmente a livello territoriale secondo specifici percorsi di diagnosi e trattamenti, comprensivi degli interventi per la prevenzione e per l'educazione sanitaria, riservando le ospedalizzazioni ai soli casi complessi.

L'indicatore complessivo "efficacia assistenziale territoriale" assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è riportato in parentesi):

(25%) C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) **105.95 per 100.000**

(25%) C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) **30.42 per 100.000**

(25%) C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) **14.78 per milione**

(25%) C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) **20.53 per 100.000**

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

Figura 22.: C11A.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2020

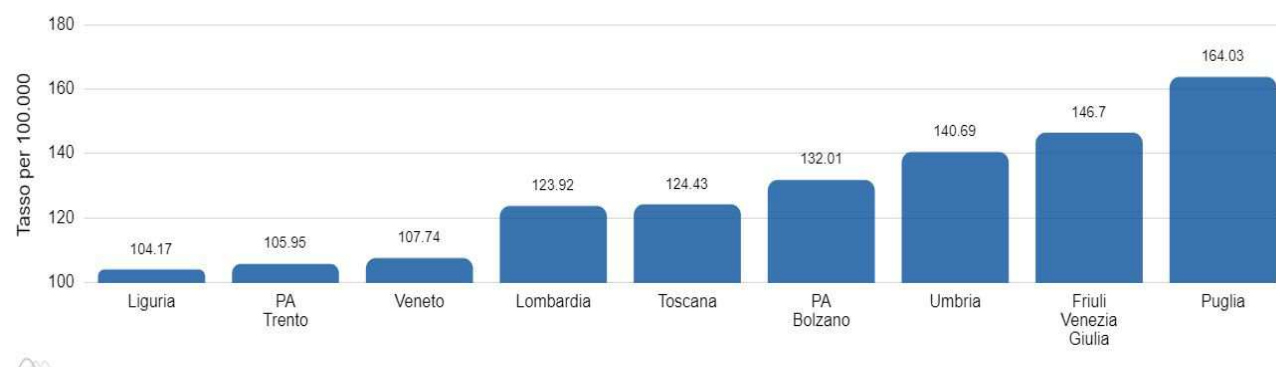


Figura 23: C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50 – 74 anni). Anno 2020

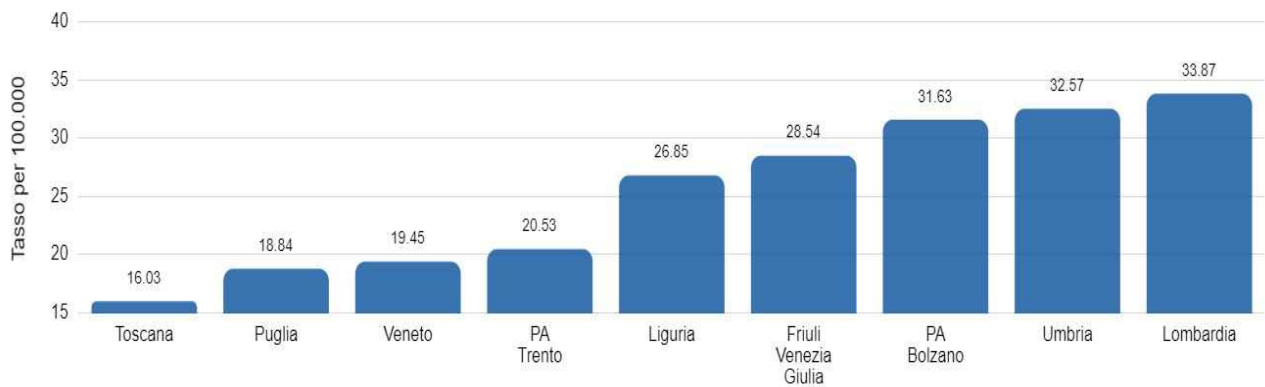
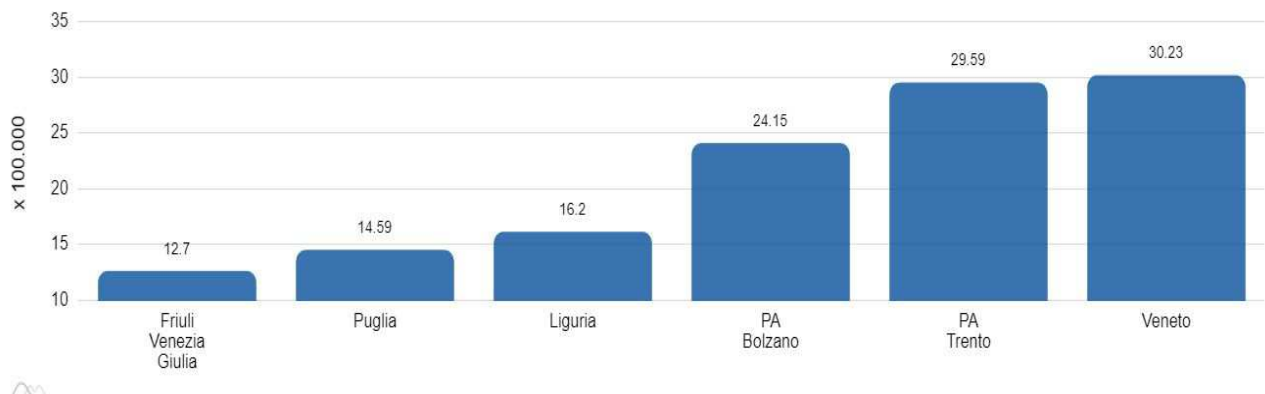


Figura 24: D03CA - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete.



1.2.4 INDICATORE: Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica

Tale indicatore esprime la qualità dell'assistenza in età pediatrica attraverso la misurazione di una serie di indicatori clinico-sanitari, scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale, che della condivisione con i professionisti.

L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti sottoindicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):

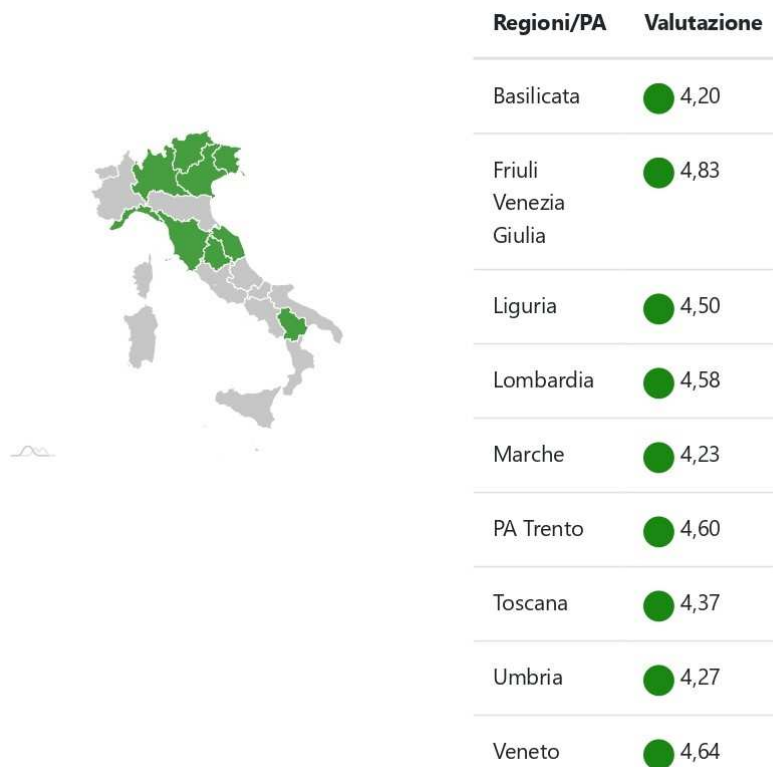
C7D Pediatria ■ 4,60

C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica ■ **5,79 per 1.000 ab/die**

C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica ■ **0,71 DDD per 1000**

Nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, nel 2019 APSS risulta sopra la media del Network con una valutazione di performance ottima (4,60).

Figura 25: C7D Valutazione di performance dell'assistenza pediatrica (Network - S. Anna di Pisa; anno 2020)



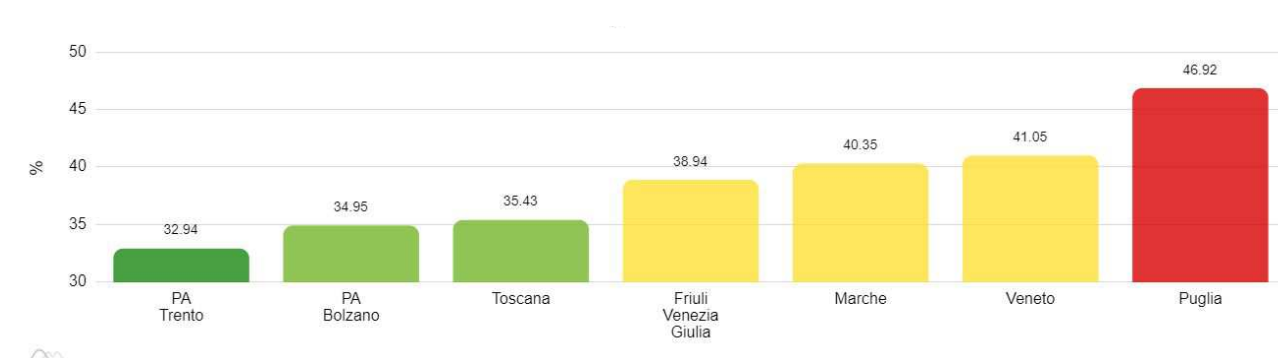
1.2.5 INDICATORE: Stili di vita - sedentarietà e percentuale persone obese e in sovrappeso

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i Paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardio-vascolari, osteoporosi e depressione. La Provincia di Trento (PAT), come evidenziato dai dati emersi dallo studio Passi, presenta una percentuale di persone sedentarie del 23.09% inferiore rispetto alla media nazionale (26,38). La percentuale di persone obese e in sovrappeso 32.94% risulta inferiore rispetto alla media italiana e la più bassa del Network.

Figura 26. A10.1.1 Percentuale di sedentari – Anno 2020



Figura 27. A102.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso – Anno 2020

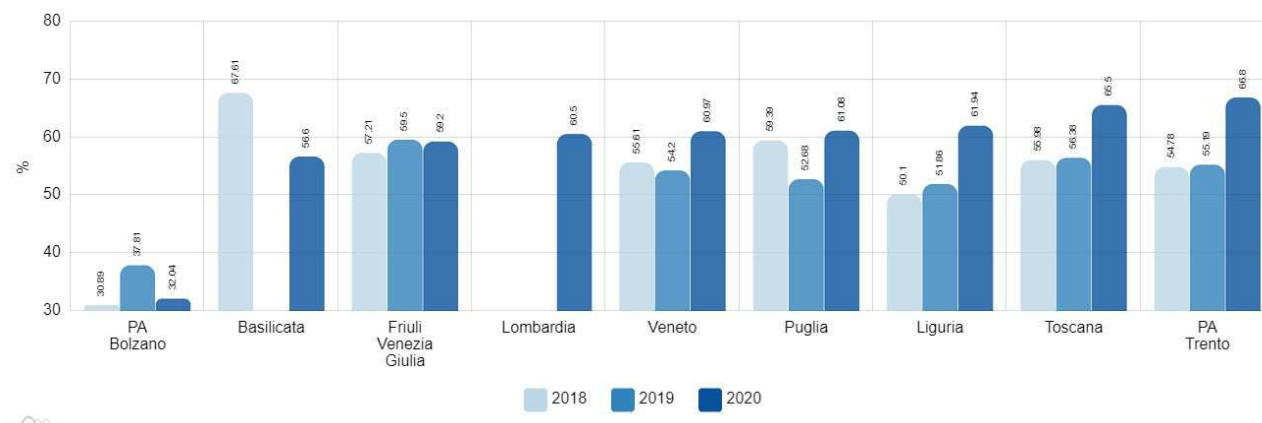


1.2.6 INDICATORE: Copertura vaccinazione antinfluenzale per gli anziani.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un intervento di sanità pubblica in grado di prevenire ricoveri per le complicanze, soprattutto negli anziani. Negli ultimi anni, sono stati avviati vari percorsi formativi rivolti agli operatori dei servizi vaccinali, ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, al fine di condividere le modalità di promozione delle vaccinazioni. In aggiunta, sono state attivate una serie di campagne informative per la popolazione.

Il dato relativo alla copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64 anni risulta positivo, nel confronto con le altre Regioni del Network - S. Anna di Pisa, rispetto ai dati dell'anno 2019 per la copertura vaccinale antinfluenzale negli over 64, APSS risulta fra le realtà con i tassi più elevati.

Figura 28. B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (> = 65 anni). Trend 2018-2020



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

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

Il numero totale di ore di apertura del servizio è stato pari a 165.090.

Tabella 29 - Servizio di continuità assistenziale: dati attività periodo 2018-2020

Anno	Ore apert.	Cons. Tel.	Interv. ambul.	Interv. dom.	tot. Interventi	Ricoveri prescritti	% dom/ tot.	% amb/ tot.	% tel./ tot.	% ric./ tot.
2018	175.809	19.059	74.102	10.470	111.477		10,64	66,47	17,09	6,90
2019	174.740	19.946	76.060	10.378	113.933	9201 (*)	9,1	73,3	17,6	8
2020	165.090	37.272	41.742	8.896	94.945	6.948*	9.4	44	39.3	7.32

(*Il totale comprende: disposto ricovero in ospedale n. 237; attivato Trentino emergenza 118 n. 1.267 e inviato al Pronto Soccorso n. 5.444 (Fonte dati Qlik - Continuità assistenziale)

CURE DOMICILIARI

I servizi Cure Domiciliari nel primo semestre dell'anno hanno subito una pesante riorganizzazione interna per far fronte alla pandemia e ri-orientare le attività alla luce dei nuovi bisogni, in primis la presa in carico dei pazienti con infezione da Covid-19 a domicilio. La Centrale Covid è stata istituita presso le Cure Domiciliari ai primi di marzo 2020, a Trento con funzioni di coordinamento aziendale.

Inizialmente la Centrale Covid delle Cure Primarie, costituita da medici delle cure primarie e coordinatori infermieristici, ha svolto un ruolo di regia delle risorse sanitarie mobilizzabili, centralizzando la gestione dei pazienti e dei conviventi, dalla diagnosi al contact tracing, alla presa in carico domiciliare, garantendo un monitoraggio quotidiano e tracciando le attività nella piattaforma cloud @home. A fine marzo sono stati allestiti i Drive through tamponi.

La Centrale Covid crea e assegna i piani di cura alle 11 équipe territoriali di residenza, governa le dimissioni dagli ospedali e dai Pronto Soccorso, invia alle strutture alternative al domicilio (Covid hotel). Tra marzo e giugno 2020, 11 medici USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) con 20 infermieri dedicati agli accessi domiciliari e circa 80 operatori, prevalentemente infermieri, impiegati nei monitoraggi telefonici hanno seguito a domicilio circa 10.000 cittadini, di cui 5.400 positivi.

Parallelamente, contrariamente all'atteso, l'attività ordinaria delle Cure Domiciliari e Palliative ha subito un incremento.

Il modello di presa in carico dei pazienti Covid ha previsto che i medici USCA fossero inseriti nel contesto organizzativo delle Cure Domiciliari, costituendo così un importante nodo della rete assistenziale, *trait d'union* tra il paziente, il MMG e l'ospedale. Gli sviluppi di @home, piattaforma in uso dal 2018, hanno garantito la continuità informativa tra tutti gli attori coinvolti. In particolare, è stata creata una nuova tipologia di piano di cura (ACv19) per identificare la presa in carico dei pazienti affetti da Covid-19 sintomatici attraverso il monitoraggio telefonico attivo, secondo protocolli internazionali che si sono via via sviluppati e sono stati inseriti nel gestionale.

Nel report relativo al 2020, quindi, oltre ai tradizionali piani di cura per la presa in carico dei pazienti a domicilio, troviamo i pazienti seguiti per Covid, che non presentano le caratteristiche tipiche dei pazienti in carico (anziani non autosufficienti, con malattie croniche e non trasportabili) ma sono una popolazione senza altre patologie diverse dall'infezione da Covid, che è stata target del servizio solo per il periodo di isolamento o di sintomatologia legata al Covid.

Le cure domiciliari si suddividono in quattro livelli di complessità:

- assistenza infermieristica occasionale (AIO): si tratta prevalentemente di prelievi, e sono stati
- assistenza domiciliare infermieristica (ADInf);
- assistenza domiciliare programmata (ADP);
- assistenza domiciliare integrata (ADI), comprese cure palliative (ADICP).

Per tutte le cure domiciliari non occasionali, la presa in carico è preceduta da una valutazione multidimensionale del paziente, che ha l'obiettivo di valutare i suoi bisogni, sia sanitari che psicologici e sociali, per elaborare anche con la collaborazione del malato e della sua famiglia, un piano assistenziale individualizzato (PAI).

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

INDICATORE: Prevalenza di persone assistite a domicilio ogni 1000 residenti.

Tabella 30 - Utenti in Carico 2020 (sono esclusi gli accessi occasionali) con e senza piani ACv19

Equipe Cure Domiciliari per RETI PROFESSIONALI TERRITORIALI	Popolazione residente al 1/01/2020	N. utenti con accessi - compresi piani Covid)	Tasso/1000 ab	N utenti con accessi - senza piani Covid	Tasso /1000 ab
Val di Non	39.408				
Valle di Sole	15.543				
Ambito Ovest - Sole e Non (2 RPL)		1.501	27,32	1040	18,93
Rotaliana-Paganella	35.470				
Valle di Cembra	11.077				
Ambito Ovest - Rotaliana e Cembra (2 RPL)		1.066	22,90	629	13,51
Giudicarie	37.119	1.734	46,71	792	21,34
Alto Garda e Ledro	51.674	1.409	27,27	705	13,64
Val di Fiemme	20.202	834	41,28	378	18,71
Val di Fassa	10.131	570	56,26	200	19,74
Primiero	9.820	293	29,84	228	23,22
Valsugana e Tesino	27.078	855	31,58	673	24,85
Alta Valsugana	55.470	1.548	27,91	981	17,69
Vallagarina-Alt.Cimbri	96.457	2.225	23,07	1682	17,44
Val d'Adige e Laghi	135.976	3.313	24,36	2147	15,79
Totale	545.425	15.348	28,14	9455	17,34

L'aumento della prevalenza che si osserva nelle colonne in giallo riproduce la gestione della pandemia sul territorio da parte dei Servizi Cure Domiciliari, che ha visto la presa in carico di più di 5500 persone seguite a domicilio con sintomi, tra marzo e agosto 2020 (con monitoraggio attivo a distanza, oltre che con visite a domicilio di medico e/o infermiere e per tamponi a domicilio), ed il monitoraggio di tutti i conviventi del nucleo familiare in isolamento.

SERVIZI CONSULTORIALI

Nel corso del 2020 l'attività consultoriale è stata garantita, nel periodo in cui per la pandemia è stato imposto il periodo di lockdown, per le funzioni di base correlate alla violenza di genere, percorsi IVG e percorso nascita, inclusa l'assistenza domiciliare alla puerpera e la gestione integrata con Centrale Covid delle gravide e puerpere covid-19 positive. La limitazione ha riguardato l'attività di screening e l'attività consultoriale individuale differibile. L'attività di educazione alla salute rivolta ai gruppi classe (terze medie) è stata mantenuta riformulando la modalità di offerta a distanza in modalità agile, e questo ha permesso di mantenere l'offerta consultoriale come in periodo pre-covid.

I Consultori sono servizi con funzioni di consulenza, promozione della salute, assistenza sanitaria, psicologica e sociale (Legge 29 Luglio 1975 n.405 e Legge Provinciale 29 Agosto 1977 n. 20), che afferiscono alle UU.OO. Cure Primarie dei Distretti. L'accesso ai Consultori è libero, gratuito e non necessita di prescrizione medica.

In APSS sono attivi dieci Consultori.

Nei Consultori sono presenti professionisti di diverse discipline, di area sociale, sanitaria e psicologica che operano in équipe multidisciplinare.

Le principali aree di intervento riguardano:

- educazione socio-affettiva e sessuale in ogni fase della vita del singolo e della coppia;
- consulenze su contraccezione e sessualità nelle diverse età della vita;
- controllo della fertilità e procreazione responsabile;
- percorso di accompagnamento della donna che affronta l'interruzione volontaria della gravidanza;
- visite ostetrico/ginecologiche;
- percorso nascita: assistenza, sostegno e cura in gravidanza e puerperio, cura del neonato;
- incontri di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità con incontri in gruppo pre- e post-parto;
- incontri monotematici informativi per determinanti di salute 0-2 anni (progetto 1000 giorni)
- consulenza psicologica riguardo le tematiche relazionali personali, di coppia, familiari e/o genitoriali;
- consulenza per le tematiche legali e sociali (diritto di famiglia, difficoltà nella relazione di coppia, accompagnamento e sostegno in separazioni e divorzi);
- percorso di accompagnamento per la donna in situazione di maltrattamento o violenza;
- progetto "Conoscere il Consultorio" per le scuole superiori;
- progetto edu-chi-amo per scuole medie
- consulenza, assistenza, e sostegno per le richieste di contraccezione di emergenza;
- prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile e delle malattie sessualmente trasmesse.
- visita domiciliare in puerperio (offerta al 100% delle donne residenti in provincia)

INDICATORE: Numero di nuovi utenti dei Consultori

Al fine di promuovere la fruibilità e l'accessibilità della fascia giovane della popolazione, è fondamentale per il Consultorio la capacità di risposta, che si traduce in capacità di intercettare nuovi utenti. Questa fetta di utenza, se non trova risposte in tempi ragionevoli, si rivolge altrove e ciò rappresenta un fallimento dal punto di vista della capacità di fare prevenzione rispetto a stili di vita salutari e comportamenti affettivi e sessuali sani e consapevoli.

Quindi, l'indicatore "numero di nuovi utenti" rappresenta un indice di aderenza della struttura alla propria missione. Complessivamente, nei vari Consultori dei Distretti, i nuovi utenti sono stati n. 9.604 nel 2016, n. 7.381 nel 2017, n. 8.497 nel 2018, n. 8.430 nel 2019 e n. 7.537 nel 2020.

Tabella 31 - Nr Nuovi utenti dei Consultori (anni 2018-2020)

	Borgo	Cavalese	Cles Malè	Fiera di Primiero	Mezzolombardo	Pergine	Riva d.G.	Rovereto	Tione	Trento
2018	646	549	853	279	348	901	1246	1097	502	2120
2019	641	460	790	280	418	819	1002	1052	545	2422
2020	720	528	679	213	391	657	823	1000	491	2035

Tabella 32 - Nr. nuovi utenti di età 15 - 25 anni dei Consultori (anni 2018-2020)

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

Più della metà dei giovani maschi, che costituiscono un'utenza residuale dei consultori, accede al Consultorio di Trento dove è garantita la presenza quindicinale dello specialista urologo.

La capacità di intercettare nuova utenza dipende da numerosi fattori, dagli orari di apertura alla flessibilità delle agende in base alle priorità dei bisogni, alla disponibilità di personale formato e capace di decodificare richieste, alle modalità di interazione con i cittadini che devono essere semplificate e avvalersi di tecnologie digitali e dell'utilizzo di social network specie per la comunicazione con gli adolescenti e i giovani.

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

Il progetto "Conoscere il consultorio" è attivo da più anni ed è realizzato allo scopo di facilitare l'accesso ai servizi consultoriali per pre-adolescenti e adolescenti. Tale progetto s'inserisce all'interno del concetto di promozione della salute

che la carta d'Ottawa del 1986 indica come processo per mettere in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Il progetto prevede un incontro strutturato con gli operatori del consultorio delle classi seconde delle scuole secondarie di II° grado e Centri di Formazione Professionale. L'incontro avviene nella sede del Consultorio e viene programmato nel corso dell'anno scolastico in coordinamento con le segreterie dei Dirigenti scolastici.

Questo momento di avvicinamento ai servizi da parte delle classi superiori ha la finalità di rendere spontaneo e naturale l'accesso al consultorio non solo nei momenti di urgenza (la contraccezione d'emergenza, per esempio), ma soprattutto per pianificare ed avviare una contraccezione, discutere di problematiche della sfera sessuale, conoscere le modalità di trasmissione e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Per questo ogni consultorio deve garantire tempo di apertura e personale dedicato all'accoglienza che sia in condizioni di dare risposta all'adolescente che si rivolge al consultorio dopo averlo conosciuto.

Tabella 33 - Adesione al Progetto Conoscere il Consultorio Anno Scolastico 2019-2020 N. classi

Sede Consultorio	N. Classi 2018/2019	N. Classi 2019/2020
BORGO VALSUGANA	37*	19
CAVALESE	21	12
CLES con MALE'	28	18
FIERA DI PRIMIERO	3	6
MEZZOLOMBARDO	9	9
PERGINE VALSUGANA	11	3
RIVA DEL GARDA	12	33
ROVERETO	48	67
TIONE DI TRENTO	18	18
TRENTO	69	75
Totale	215	260

* compresi gli incontri con le classi di terza media

INDICATORE: Incontri di accompagnamento alla nascita

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

Tabella 34 - Incontri pre-parto per sede consultoriale (anno 2020)

SIT-SM-04-09A Corsi Pre-Parto	N° Contatti	N° Corsi	Media Partecipanti
BORGO VALSUGANA	79	9	7,21
CAVALESE	96	7	12,53
CLES	159	15	8,45
FIERA DI PRIMIERO	41	5	7,03
MALE'	6	1	4,50
MEZZOLOMBARDO	123	10	9,87
PERGINE VALSUGANA	183	11	12,59
RIVA DEL GARDA	203	13	12,79
ROVERETO	279	16	15,88
TIONE DI TRENTO	120	13	7,31
TRENTO	430	27	12,54
Totale	1.719	127	11,16

Le evidenze di letteratura raccomandano che tutte le donne primi - gravide dovrebbero partecipare agli IAN attraverso un'offerta attiva. Gli attuali fattori limitanti l'accesso sono l'essere straniera, l'essere giovani con meno di 30 anni e, in particolare, con meno di 20 anni, e l'essere casalinghe.

Tabella 35 - Incontri post-parto per sede consultoriale (anno 2020)

SIT-SM-04-09B Corsi Post-Parto	N° Contatti	N° Corsi	Media Partecipanti
BORGIO VALSUGANA	31	7	4,56
CAVALESE	41	4	7,09
CLES	69	10	6,55
FIERA DI PRIMIERO	12	2	6,60
MALÈ	5	1	5,00
MEZZOLOMBARDO	69	9	7,67
PERGINE VALSUGANA	26	2	7,33
RIVA DEL GARDA	73	10	7,30
ROVERETO	87	10	7,58
TIONE DI TRENTO	36	9	3,33
TRENTO	173	20	6,88
Totale	622	84	6,50

Progetto Percorso Nascita

La diffusione del "Percorso nascita Ostetrica Dedicata" nel corso del 2020 ha visto un incremento complessivo delle utenti secondo lo standard atteso con l'accoglimento del 100% delle richieste pervenute. Si ricorda che il tasso di reclutamento viene calcolato considerando il numero di primi colloqui effettuati, esclusi preconcezionali, in rapporto al numero di parti avvenuti negli ospedali del Trentino e Feltre da donne residenti in provincia.

Tabella 36 - Tasso di reclutamento provinciale e tasso di adesione effettiva

(il dato 2020 sarà assestato dopo pubblicazione del report natalità 2020 con i dati definitivi dei parti e dei nati da residenti in Provincia)

	Dato 2016	Dato 2017	Dato 2018	Dato 2019 assestato	Dato 2020
Popolazione di riferimento	4301	4012	3881	3934	3934
Numero primi colloqui	1484	1879	2354	2821	3232
Percentuale reclutamento/ copertura	34,50%	46,83%	60,65%	71,70%	82,15%

	Dato 2018	Dato 2019 assestato	Dato 2020
Popolazione di riferimento	3881	3934	3934
Numero primi colloqui	2354	2821	3232
numero donne successivamente escluse da pn *	416	393	301
tot donne rimaste in carico pn	1938	2428	2931
percentuale effettiva adesione	49,93%	61,71%	74,50%
*abbandono per .p., aborto 1 e 2 trim, ivg, itg, trasferimenti			

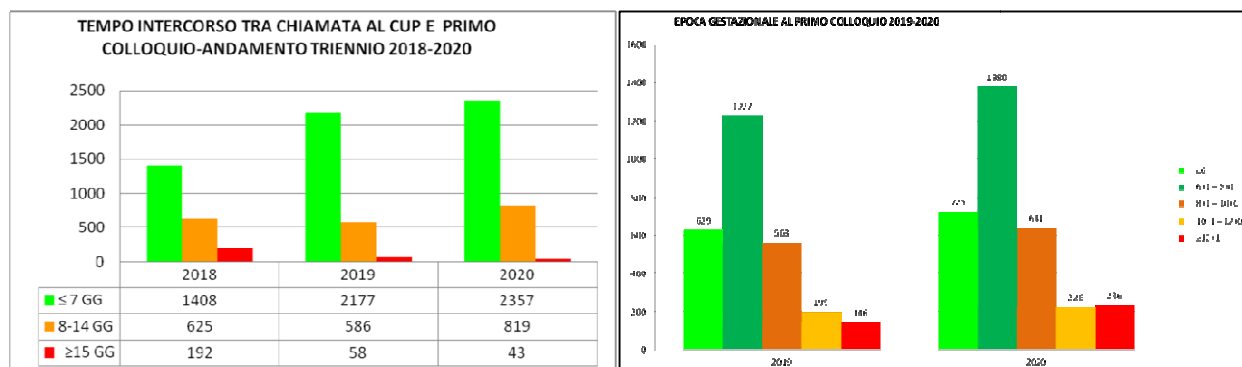
Il tasso di adesione effettiva considera invece il numero di donne reclutate che hanno effettivamente aderito al percorso fino al momento della nascita e quindi è filtrato dalle donne che hanno avuto una interruzione del percorso prima della nascita (per interruzione della gravidanza o per abbandono legato a trasferimento o scelta di altro servizio). La percentuale di donne che abbandonano il percorso per scelta di libera professione è di circa il 4% ed è un dato costante negli anni mentre invece il 3 % circa abbandona per trasferimento presso altre sedi. Ragionevolmente non ci si attende un incremento ulteriore della percentuale di donne reclutate per il futuro, ma è importante mantenere una corretta e tempestiva informazione così da favorire l'accesso a tutte le donne interessate.

E' aumentato il numero di donne che hanno richiesto l'accesso al percorso nascita oltre la 12 settimana gestazionale, che spesso indicano come motivazione la non conoscenza di tale opportunità.

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

La tempestività della presa in carico assume ancora maggiore importanza nel nostro territorio in cui il numero di donne che non assumono acido folico in epoca preconcezionale e non esegue alcun tipo di esame e accertamento in previsione di una gravidanza è ancora considerevole.

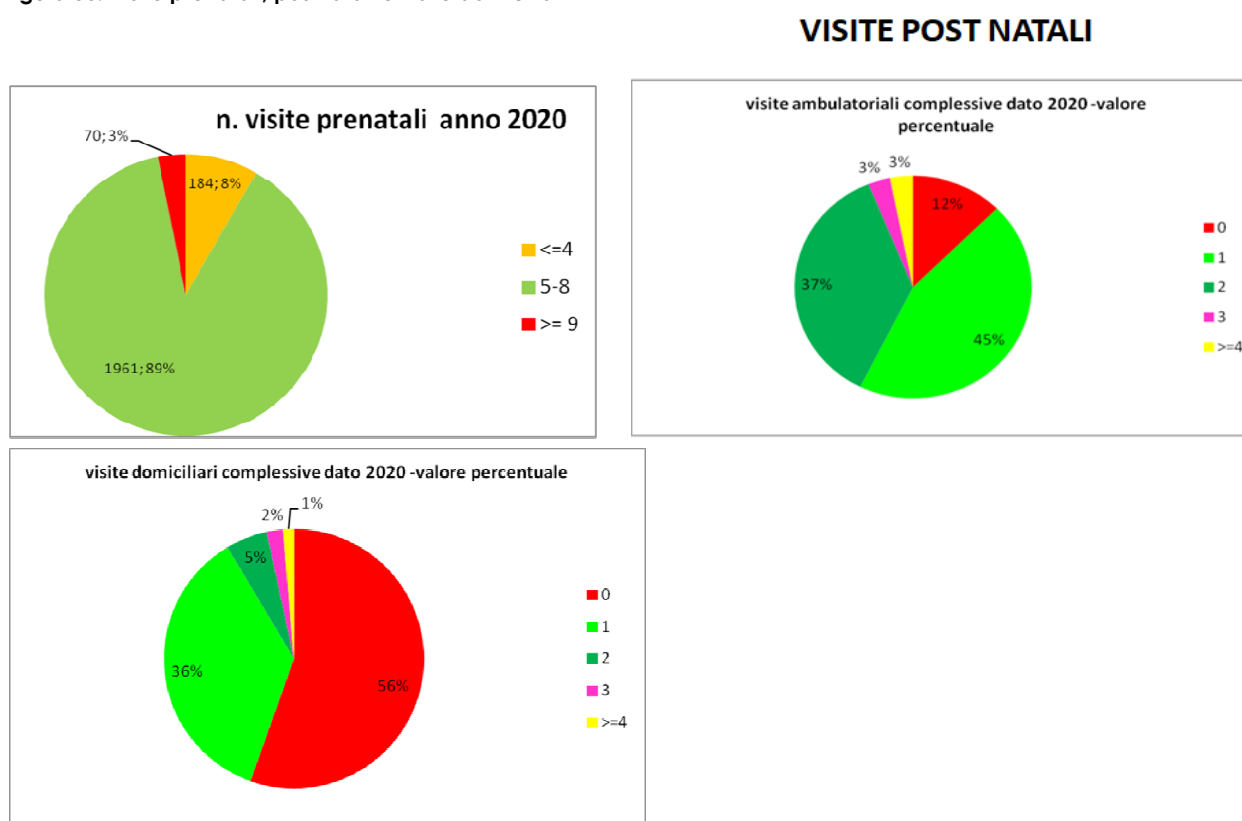
Figura 29. Tempo intercorso tra chiamata CUP e primo colloquio e epoca gestazionale alla presa in carico



Attraverso la puntuale raccolta di dati relativi a tutte le donne inserite nel percorso nascita vengono monitorati gli indicatori di appropriatezza sia del percorso che delle prestazioni erogate. Tali dati sono elaborati in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia clinica e valutativa verificandone la corrispondenza anche con i dati del flusso Cedap.

L'analisi è contenuta nella relazione estesa sul percorso nascita 2020: in estrema sintesi si conferma l'adeguatezza del numero di visite prenatali che le donne eseguono, le visite in puerperio assicurate a tutte le puerpere dopo la dimissione così come il numero di ecografie che, anche secondo l'osservatorio S. Anna, è il dato maggiormente in linea con le indicazioni dei LEA.

Figura 30. Visite prenatali, postnatali e visite domiciliari



Percorso nascita e pandemia Covid 19.

L'organizzazione pre-covid, che aveva già visto la collocazione dell'attività legata al monitoraggio della gravidanza e del puerperio in ambito territoriale, si è rivelata particolarmente funzionale anche nella gestione della pandemia. Infatti sono

stati assicurati a tutte le donne i controlli previsti attuando modalità di accesso pianificate e differenziate così da garantire distanziamento, ma anche tempestività laddove le prestazioni non risultassero differibili. E' stato possibile farsi carico anche delle donne afferenti ad ambulatori divisionali così da contenere le occasioni di accesso ospedaliero e nei casi di positività al tampone Covid-19, elaborare un piano di monitoraggio e presa in carico specifico in collaborazione con la centrale Covid e il Pua di riferimento.

L'istituzione di un case manager per il percorso Covid ha permesso di presidiare le situazioni più complesse sia da un punto di vista clinico che di soddisfazione delle donne: ciò conferma l'efficacia della continuità offerta dalle ostetriche e la validità del modello adottato.

Le risposte anonime date dalle donne ai questionari inviati dall'osservatorio S. Anna, nonché le note libere da loro inviate in calce ai questionari evidenziano come non solo il livello organizzativo abbia elementi per una valutazione più che positiva del percorso, ma anche la percezione delle utenti sia molto favorevole.

SALUTE MENTALE

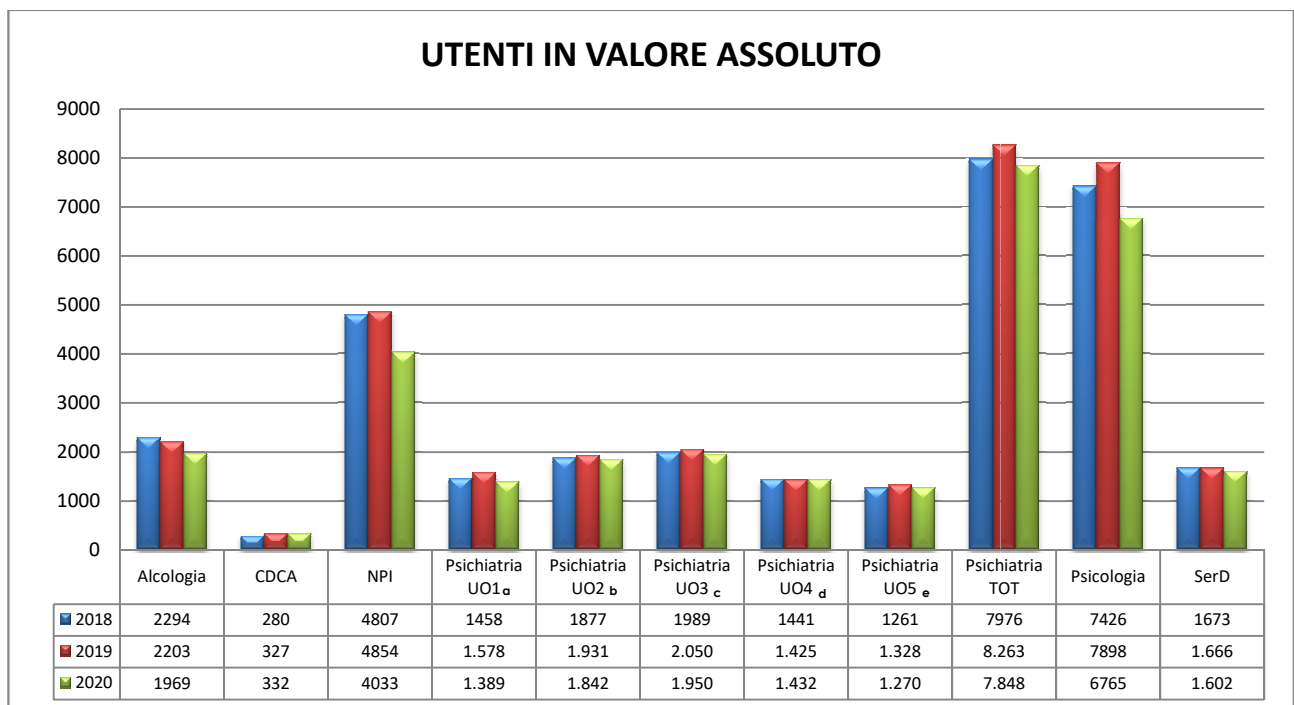
L'Area di salute mentale rappresenta un'articolazione del Servizio Territoriale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

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

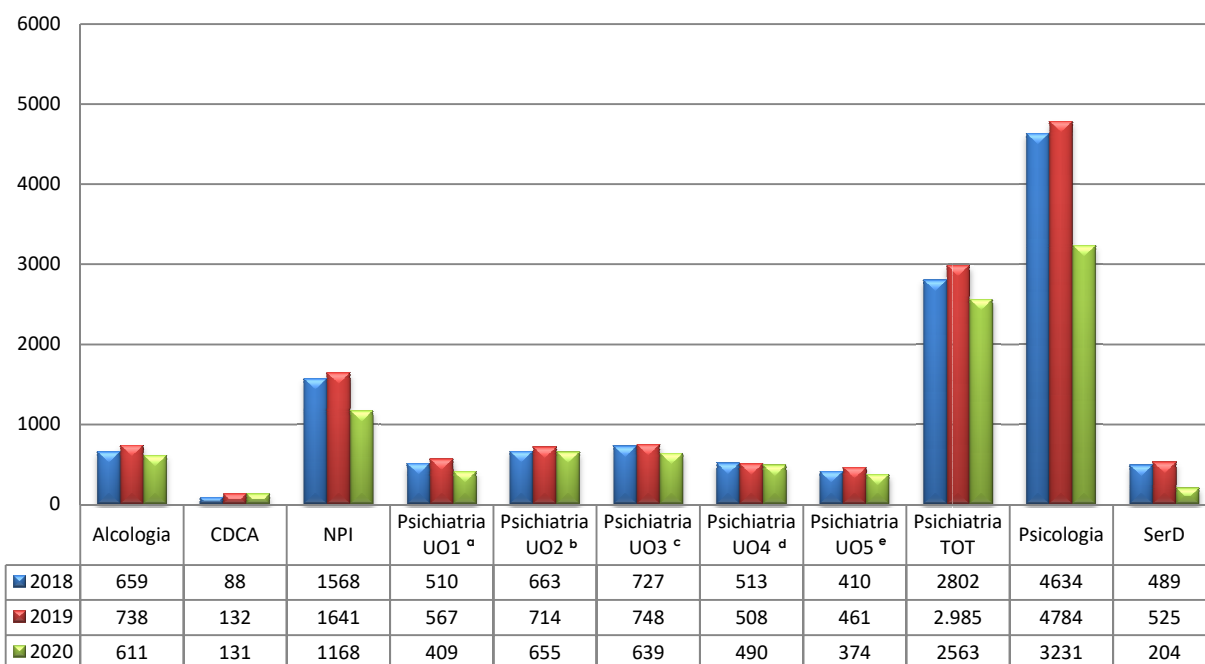
La Mission dell'Area salute mentale è:

- assicurare presa in carico e interventi di prevenzione, cura e riabilitazione alle persone con disturbi psichici, con disturbi psicologici, con disturbi del comportamento alimentare, con dipendenze da sostanze e comportamentali, ai minori con disturbi di interesse neuropsichiatrico e con disabilità complesse, attraverso la promozione e lo sviluppo della qualità delle relazioni tra professionisti, utenti e loro familiari, centrate sulle pratiche di recovery, sulla fiducia e sulla speranza reciproca tra operatori e utenti, sulla ricerca della maggior soddisfazione possibile delle aspettative di qualità di vita degli utenti.
- attuare percorsi e processi basati su 'patti di cura' condivisi, valorizzando e promuovendo la partecipazione attiva di utenti e familiari, in ragione del loro sapere esperienziale e in un'ottica di supporto tra pari.

Nelle figure 31 e 32 seguenti sono riportati gli utenti in carico e i nuovi utenti per Unità Operativa/Servizio nell'anno 2020



NUOVI UTENTI IN VALORE ASSOLUTO



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

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

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

^d UO 4 di psichiatria: Vallagarina, Altipiani Cimbri

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

Da precisare che nel corso del 2019 la UO 2 di Psichiatria e la UO 4 di Psichiatria sono state unificate, ma per chiarezza anche nel presente Bilancio di Missione i dati di questi 2 servizi sono presentati ancora in modo distinto.

DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA

Premessa. Impatto della pandemia

I servizi offerti dal Dipartimento di psichiatria nel 2020 hanno subito l'impatto della pandemia Covid19. Questo in sintesi l'impatto sulle attività svolte:

- le attività di urgenza sono rimaste invariate;
- i ricoveri hanno subito una significativa contrazione e dal 06/11/2020 al 04/06/2021 il SPDC di Arco è stato convertito all'accoglienza esclusiva dei pazienti Covid positivi con patologia psichiatrica acuta o provenienti dal circuito residenziale/domiciliare. In realtà già dal 21/10/2020 il SPDC di Arco aveva messo a disposizione a tal fine due stanze di degenza, soluzione rivelatasi eccessivamente impegnativa in relazione alla ristrettezza degli spazi e all'andamento pandemico. In quell'arco temporale il SPDC di Arco ha accolto 38 pazienti, 19 dei quali con diagnosi principale psichiatrica e 19 con diagnosi principale positività Covid-19;
- le visite domiciliari si sono svolte nel rispetto delle indicazioni nazionali e provinciali, mutevoli nel tempo (zone rosse, arancioni e gialle). In particolare quando la provincia è stata codificata in zona rossa e arancione le visite domiciliari sono state limitate alle sole urgenze e i pazienti sono stati monitorati prevalentemente da remoto, attraverso telefonate e meet; quando necessarie, le visite domiciliari sono state svolte in spazi esterni con i DPI adeguati. Quando invece la codifica provinciale era gialla le visite domiciliari sono riprese mantenendo scrupolosamente le attenzioni finalizzate a limitare la diffusione del contagio (DPI, distanziamento, igiene..);
- le attività riabilitative gruppali sono state svolte via meet per la maggior parte del tempo. Con il miglioramento della situazione pandemica si sono riprese attività composte da piccoli gruppi, mantenendo le indicazioni previste per la limitazione del contagio (igiene, capienza massima ambiente, DPI..);
- le attività rivolte alla famiglia ed alla rete terapeutica sono sempre state mantenute alternando momenti in presenza e a distanza, sempre in conformità con le normative nazionali e in base alla situazione pandemica.
- le attività maggiormente orientate verso l'esterno (progetti inserimento lavorativo; sensibilizzazione comunità, scuole, rete dei volontari) sono quelle che hanno maggiormente risentito per la pandemia poiché hanno subito una battuta d'arresto nel 2020.

L'esperienza svolta in questo periodo ha permesso di sperimentare la possibilità di utilizzare contatti da remoto, certamente utilizzabile anche in futuro, pur essendosi resa evidente una sostanziale amputazione della ricchezza del contatto interpersonale in presenza.

La MISSIONE dipartimentale

Le Unità Operative di psichiatria hanno il compito di tutelare e promuovere la salute mentale della popolazione dell'intero territorio della provincia autonoma di Trento, contrastando i fattori di stigma ed esclusione correlati alla patologia.

Obiettivi generali del Dipartimento di psichiatria sono:

- la promozione della salute mentale intesa come benessere psicologico, relazionale e sociale;
- la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale nell'intero arco della vita adulta;
- la messa in comune delle esperienze e delle conoscenze fra professionisti dei vari ambiti territoriali, con particolare attenzione agli interventi e trattamenti di efficacia scientificamente documentata, promuovendo la partecipazione attiva dei pazienti e dei loro familiari ai percorsi di cura, nell'ottica di un consenso alle cure che da informato divenga partecipato.
- Garantire la costante attenzione all'uso razionale delle risorse.

Nel perseguire questi obiettivi, le UUOO di psichiatria:

- concorrono alla tutela dei diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e/o disturbi mentali, favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di stigma e discriminazione;
- assicurano la coerenza e la continuità degli interventi operando in collaborazione e sinergia con le agenzie sanitarie e sociali del territorio, evitando la frammentazione dei percorsi di cura e assistenza, al fine di assicurare una costante attenzione all'integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale;
- favoriscono la partecipazione attiva degli utenti, dei loro familiari, delle associazioni, dei cittadini attivi e del volontariato ai percorsi di cura e più in generale all'elaborazione di approcci partecipati alla tutela della salute mentale, nel rispetto della soggettività e dei diritti di tutte le persone interessate.

Coerentemente con l'obiettivo di budget assegnato nel 2020 il Dipartimento di psichiatria è stato impegnato nella stesura di una proposta di ottimizzazione dell'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, sintetizzata in un documento che prevede due piste progettuali:

1. la creazione di un Centro dedicato alle acuzie dell'età evolutiva
2. la creazione di 1-2 Centri 24 ore territoriali, dedicati alle acuzie degli adulti e alternativi al ricovero in SPDC

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

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

- **Il SPDC di Arco** ricovera pazienti provenienti dalle Comunità di Valle dell'Alto Garda e Ledro, delle Giudicarie, della Vallagarina e della Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri.
- **Il SPDC di Trento** ricovera pazienti provenienti dalla Val d'Adige, dalle Comunità della Valle dei Laghi, della Rotaliana-Königsberg, della Paganella e della Val di Cembra.
- **Il SPDC di Borgo** ricovera pazienti provenienti dalle Comunità di Valle dell'Alta Valsugana e Bersntol, della Bassa Valsugana e Tesino, del Primiero, della Val di Fiemme, del Comun General de Fascia, della Val di Non, della Val di Sole.
- **Il Centro 24 ore di Cles** accoglie, in alternativa all'ospedalizzazione, pazienti in acuzie provenienti dall'Ambito Ovest (Comunità della Val di Sole, Val di Non, Rotaliana Königsberg, Paganella, Val di Cembra). Durante la pandemia il CSM 24 di Cles si è reso eccezionalmente disponibile ad accogliere pazienti provenienti da altre aree territoriali.

I ricoveri possono essere effettuati su base volontaria nel caso in cui il paziente accetti le cure e la degenza, o in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio nel caso in cui le rifiuti e non siano disponibili idonee e tempestive misure sanitarie extraospedaliere.

INDICATORE: Trend delle dimissioni per SPDC, e Trend delle dimissioni per UO (parametrato a 100.000 abitanti), delle giornate di degenza per UO (parametrato a 100.000 abitanti), delle giornate di degenza per SPDC e della durata media della degenza nei servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nel triennio 2018-2020.

Figura 33

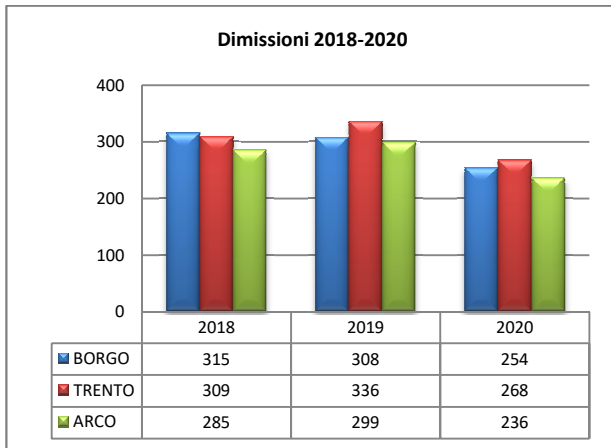


Figura 34.

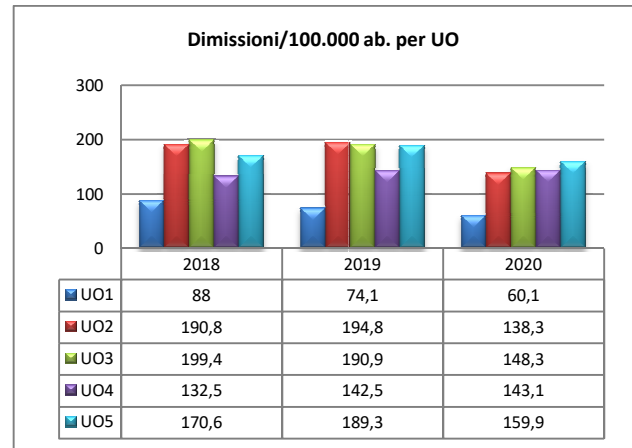


Figura 35

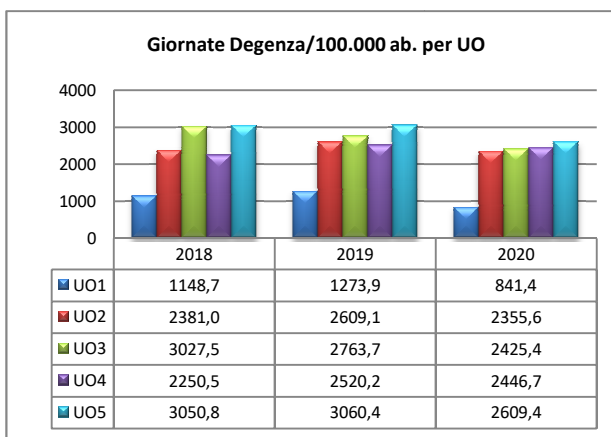


Figura 36

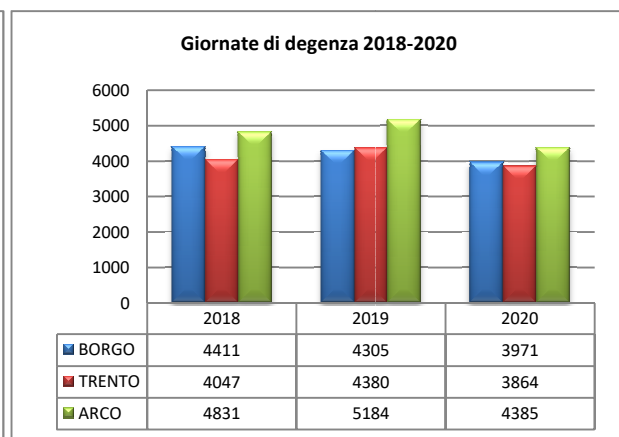
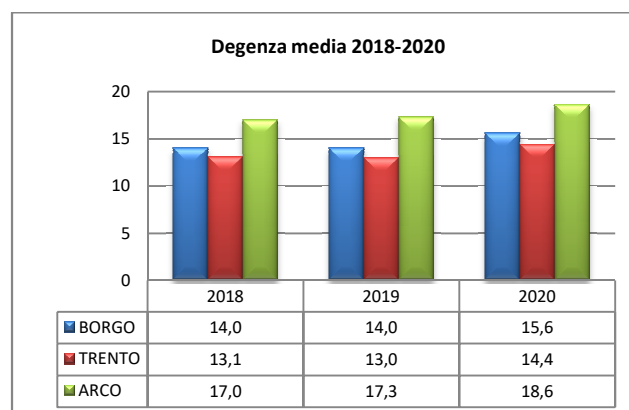


Figura 37



INDICATORE: Trend del numero di ricoveri, delle giornate di degenza, del tasso di occupazione e della degenza media per il Centro 24 ore di Cles nel triennio 2018-2020

Tabella 37

Centro 24 ore	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Numero Ricoveri	113	90	78
Giornate di Degenza	1151	1090	1094
Tasso di Occupazione	79%	75%	75%
Degenza media	10,6	12,4	13,4

I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) in regime ospedaliero

Il Trattamento sanitario obbligatorio in regime ospedaliero è un intervento sanitario che può essere applicato in caso di motivata necessità ed urgenza qualora sussistano contemporaneamente tre condizioni:

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

INDICATORE: Trend dei TSO (numero dei ricoveri in TSO e numero di utenti ricoverati in TSO) per SPDC e numero di TSO/100.000 abitanti per UO.

Figura 38

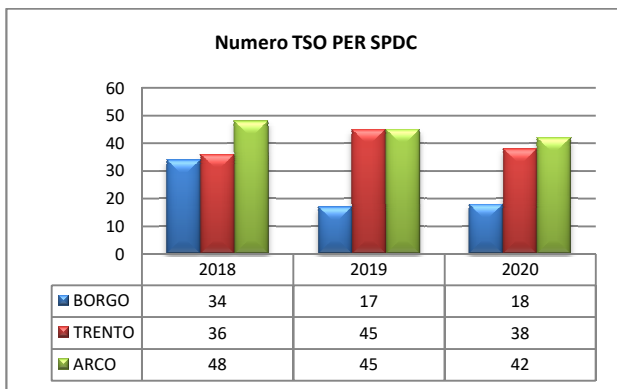


Figura 39

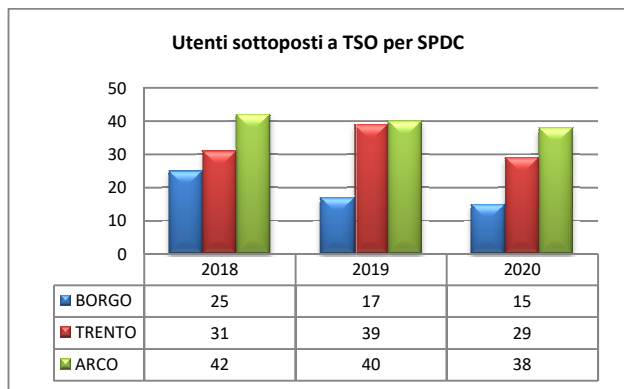
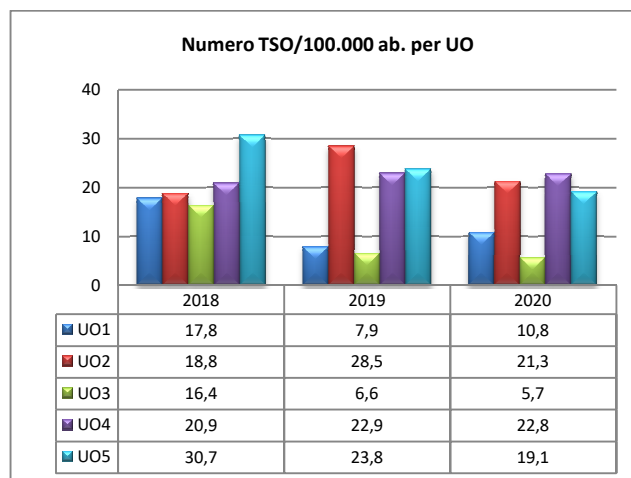


Figura 40

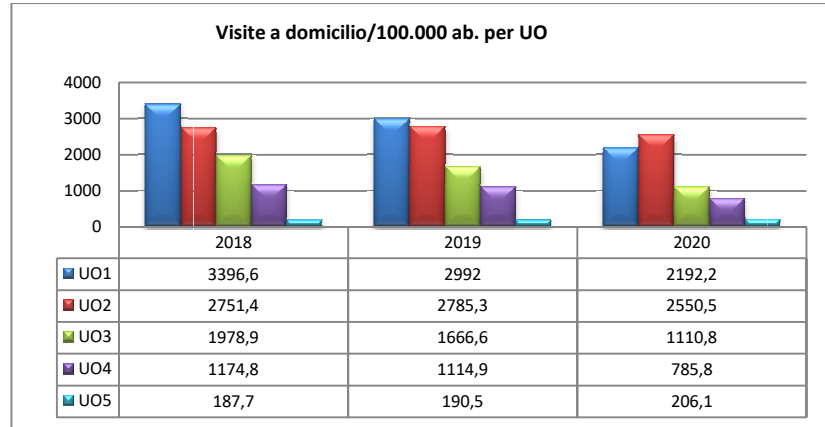


L'attività domiciliare

L'attività domiciliare rappresenta un indicatore sensibile della territorialità dei Servizi di salute mentale. Di seguito i dati delle visite al domicilio del paziente parametrati a 100.000 abitanti.

INDICATORE: Visite a domicilio 2018-19-20 per UO parametrate a 100.000 abitanti

Figura 41



L'abitare

L'abitare nella nostra provincia si declina, in linea peraltro con i dettati nazionali, in 3 tipologie di residenzialità:

1. Strutture intensive. Dedicate a utenti in fase di criticità, offrono programmi riabilitativi intensivi con l'obiettivo di un rientro al proprio domicilio o di un passaggio alle opportunità offerte dall'abitare 'leggero'.
2. Strutture estensive. Dedicate a utenza con prevalenti bisogni socio-riabilitativi che richiedono programmi riabilitativi post-intensivi
3. L'Abitare leggero. Prevede una minore presenza oraria degli operatori e una maggiore autonomia degli ospiti. E' rivolto ad utenti provenienti dal polo intensivo/estensivo oppure ad accesso diretto. Si distinguono in:
 - Appartamenti a bassa protezione: sono strutture residenziali finanziate dal sociale e/o dal sanitario, gestite da enti pubblici e/o dal privato sociale, che accolgono utenti in regime residenziale con presenza degli operatori limitata a fasce orarie diurne. Sono luoghi dove sperimentare una maggiore autonomia e implementare le capacità di affrontare la vita quotidiana.
 - Convivenze di auto mutuo aiuto: due o più persone scelgono di abitare insieme per reciproco sostegno relazionale e/o per vantaggio economico. Il presupposto è che le persone si scelgano e che siano motivate a mettersi in gioco. Le ricadute si misurano in termini di aumentate possibilità di dialogo, sostegno reciproco, supporto emozionale, autostima. Per i Servizi il vantaggio è la riduzione del bisogno di alloggi, di sostegno economico, di assistenza domiciliare (che viene condivisa fra i conviventi). Le case possono essere alloggi di edilizia popolare (ospitalità con certificato dei Servizi Sociali o Sanitari), private, o di associazioni. Gli operatori che supportano le convivenze possono essere operatori dei Servizi pubblici, di Cooperative/Associazioni convenzionate, volontari, cittadini attivi, ecc.
 - Accoglienza adulti: l'intervento di "accoglienza adulti presso famiglie e singoli" è previsto dalla normativa provinciale di settore quale misura alternativa ai servizi residenziali per persone che non possono essere adeguatamente assistite nel proprio ambito familiare. Promuove i diritti di cittadinanza di persone particolarmente in difficoltà, coniugando tali bisogni con quelli di persone in carico ai Servizi Sociali per problematiche legate alla mancanza di stabilità abitativa/lavorativa e/o richiedenti protezione internazionale. Nel caso in cui queste persone presentino elevate competenze relazionali ed un buon livello di tolleranza al disagio psichico e sociale possono diventare (previo percorso formativo) famiglie accoglienti. Nasce nel 2012, la prima sperimentazione del progetto di Accoglienza Adulti "Amici per Casa" e nel 2017 il progetto "Cohousing per pazienti psichiatrici". Le accoglienze possono essere attuate in casa dell'utente, in casa dell'accogliente o in case intestate ad un ente del privato sociale.

INDICATORE: Strutture intensive ed estensive: numero posti letto e occupazione posti letto per UO, degenza media nell'anno, degenza complessiva (dati anno 2020).

Tabella 38

ANNO 2020	INTENSIVE					ESTENSIVE**			
	Centro-Nord	Est	Centro-Sud Vallagarina	Centro-Sud Alto Garda	TOT	Valenza provinciale			TOT
	Casa Del Sole	I Rododendri	CTR Ala	Villa Ischia		Maso San Pietro	I Larici	Villa San Pietro	
N° Posti Letto (P.L.)	13	10	12	10	45	30	10	6	46
Tasso P.L./10.000 ab. N°	0,96	0,81	1,24	1,13	0,83	0,55	0,18	0,11	0,84
N° Utenti	26	10	21	26	83	29	10	5	44
Utenti UO 1	0	0	0	0	0	5	2	1	8
Utenti UO 2	26	0	0	0	26	5	2	2	9
Utenti UO 3	0	10	0	0	10	12	5	1	18
Utenti UO 4	0	0	21	0	21	5	1	0	6
Utenti UO 5	0	0	0	26	26	2	0	1	3
Giornate di Degenza	4024	1449	2669	2771	10913	9804	3660	1580	15044
Degenza Media	154,8	144,9	127,1	106,6	131,5	338,1	366,0	316,0	341,9
Indice di Occupazione Posti Letto	0,85	0,40	0,61	0,76	0,66	0,90	1,00	0,72	0,90

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

Spunti di riflessione/criticità

Dai dati riportati si coglie come la rete dei Servizi provinciali rivolti alle persone sofferenti di disturbi psichici e alle loro famiglie sia ricca e articolata, con un'offerta di Servizi che copre un'ampia gamma di bisogni.

Alcune differenze quantitative e qualitative fra le performances delle Unità Operative di psichiatria richiederanno approfondimenti e confronti che mirino a garantire la scientificità delle proposte terapeutico/riabilitative e l'equità di accesso alle risorse per il cittadino.

Si segnalano, a mero titolo esemplificativo, alcuni fra i dati che certamente meriteranno un approfondimento:

1. Un tasso di TSO che appare superiore alla media nazionale, con differenze fra le varie sedi territoriali che andrebbero indagate (media nazionale 15 TSO/100.000 abitanti, dati ISTAT).
2. Un utilizzo assai dissimile, da parte delle Unità Operative del territorio provinciale, dei posti letto disponibili nel polo residenziale sia intensivo che estensivo.
3. Un utilizzo del polo estensivo che si spinge ampiamente oltre i limiti previsti dalla programmazione provinciale (in termini di tempi di permanenza). E' allo studio un'ipotesi di alleggerimento del polo estensivo tramite creazione di nuclei famiglia dedicati ai pazienti long users.
4. Una notevole differenza fra le offerte domiciliari delle varie Unità Operative, con una forbice nell'ordine di 1 a 10.
5. L'evidenza di un utilizzo dei posti letto ospedalieri da parte dell'Ambito Ovest (UO 1) nettamente inferiore rispetto ad ogni altra UO (2020: un terzo delle giornate di degenza in SPDC rispetto a ogni altra sede territoriale). Tale evidenza, certamente legata alla presenza in quell'Ambito del Centro 24 ore, dovrebbe invitare a verificare la possibilità di dare corso ad analoghe esperienze in altre sedi territoriali.

Questi alcuni fra i molti possibili spunti di riflessione. E' evidente che le differenze non possono essere mortificate tramite semplicistiche quanto rozze attribuzioni di merito. Talvolta segnalano criticità, frequentemente rappresentano ricchezze esperienziali, sempre richiedono confronti e approfondimenti.

I bilanci in fondo servono proprio a questo.

PSICOLOGIA CLINICA

MANDATO ISTITUZIONALE

L'U.O. di Psicologia eroga i livelli essenziali di assistenza (LEA) psicologici su tutto il territorio provinciale e trasversalmente a varie funzioni di cura, territoriali e ospedaliere. Principio guida è il mantenimento della centralità del paziente e dei suoi bisogni. Risponde ai bisogni di promozione, prevenzione, mantenimento, cura e recupero della salute psicologica della persona nell'intero ciclo di vita, in applicazione degli indirizzi provinciali e nei seguenti setting di cura, brevemente descritti:

Ambulatorio: Assistenza psicologica ambulatoriale rivolta al minore, all'adolescente, all'adulto, alla coppia e alla famiglia. Il cittadino può rivolgersi spontaneamente o su invio del MMG o PLS al Servizio per problematiche inerenti la sfera emotiva, affettiva e comportamentale. In taluni casi sono presenti problematiche attinenti la vita relazionale o problemi familiari. In genere queste situazioni vengono affrontate proponendo una valutazione psicologica e se necessaria una presa in carico di tipo psicoterapeutico, di breve o media durata di tipo individuale, di coppia, gruppale o familiare. Viene anche svolto, se necessario, un lavoro di rete con altri servizi coinvolti nel progetto di cura.

Salute Mentale Territoriale - SPDC: Presa in carico di soggetti affetti da problematiche di salute mentale che possano beneficiare di trattamenti psicologici, inviati dai servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e Psichiatria. Nelle situazioni indicate esiste un protocollo di collaborazione tra Servizi di Salute mentale che permette prese in carico congiunte per gli utenti che necessitano di cure integrate. All'interno del protocollo sono attivi gruppi psicoterapeutici con pazienti che soffrono di sintomatologia da attacchi di panico, disturbi depressivi e pazienti border-line. Presso l'SPDC si effettuano, su richiesta, interventi di valutazione psicodiagnostica per pazienti ricoverati al fine di contribuire alla diagnosi.

Consulorio: Assistenza alla famiglia, alle coppie, alla maternità ed ai minori. Educazione alla maternità e alla procreazione responsabile. Assistenza psicologica e tutela della salute della donna e del minore, assistenza alle donne in stato di gravidanza. Consulenze rivolte all'adolescenza e ai problemi della sessualità. Vi sono interventi rivolti a futuri genitori e gruppi di preparazione alla genitorialità. Interventi di sostegno alle donne vittime di violenza o con dipendenza affettiva, come previsto dalle linee guida aziendali e provinciali.

Scuola - BES: (L.104/92 e L170/2010) Assistenza psicologica, ed eventuale certificazione, per gli alunni segnalati dalla scuola, con fragilità cognitive ed emotive che necessitano di un percorso individualizzato e di integrazione scolastica. I percorsi prevedono incontri di rete tra genitori, i referenti scolastici e il sanitario per concordare e monitorare il progetto individualizzato.

Affido familiare e Adozioni nazionali e internazionali: Valutazione e supporto alle funzioni genitoriali come da normativa sia in fase pre che post affido/adozione. Accompagnamento del bambino durante la prima fase dell'adozione e durante tutto il periodo dell'affido.

Tribunale: Collaborazione con il Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minori e Procura a favore dei minori segnalati, in situazioni di pregiudizio o con necessità di intervento psicologico.

Servizio Sociale: collaborazione con il Servizio Sociale nei procedimenti di valutazione richiesti dalla Procura o per attivazione di progetti integrati di rete a sostegno dei minori e delle rispettive famiglie, secondo un protocollo specificatamente sottoscritto.

Centro per l'Infanzia: Assistenza psicologica ai minori ospitati presso il centro per l'Infanzia in stato di abbandono o in situazione di disagio e/o vittime di abusi, nonché ai loro familiari, interventi di supervisione all'equipe educativa e partecipazione ai progetti di rete.

Ospedale: Grazie ai Percorsi Diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA), è garantita l'assistenza psicologica ai pazienti ricoverati in un intervento continuo e integrato con il medico per dare risposte più mirate ai bisogni della popolazione in fatto di "umanizzazione" delle cure. L'attività più intensa è svolta presso gli Ospedali di Trento e di Rovereto, ma essa riguarda anche gli ospedali periferici, nonché il Centro di Protonterapia.

PMA: collaborazione con il Centro provinciale di Procreazione medicalmente assistita: consulenza, presa in carico di coppia o individuale, partecipazione all'equipe.

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

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

Disturbi Cognitivi e Demenze (CDGD) secondo quanto disposto dalla Delibera Provinciale 2350 del 2017. L'intervento neuropsicologico collabora al processo di inquadramento diagnostico e definizione dei bisogni del paziente e del caregiver, sia dal punto di vista emotivo che cognitivo, fornisce al paziente e/o al familiare/caregiver supporto psicologico, sostegno, formazione e informazione sulla gestione delle principali problematiche nell'elaborazione della malattia e per la successiva gestione a domicilio, dà l'opportunità al paziente di accedere a percorsi di stimolazione cognitiva personalizzati, individuali o di gruppo.

Dipendenze patologiche (SERD): Assistenza psicologica all'interno del Servizio per le Dipendenze Patologiche, rivolta a utenti con diagnosi di tossicodipendenza, soggetti "a rischio di uso" e utenti con problematiche di gioco d'azzardo. Il sostegno è rivolto anche alle famiglie e all'equipe di lavoro.

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

Adolescente complesso "SMAC": assistenza psicologica all'interno del Servizio Multiprofessionale Adolescenza Complessa in cui collaborano tre psicologi per la valutazione e cura di situazioni ad alto rischio evolutivo in fase adolescenziale. Tale centro garantisce una stretta collaborazione con le Comunità educative e terapeutiche per adolescenti attive nella provincia di Trento.

Codice Rosso Con l'entrata in vigore della legge 19 luglio 2019, n.69, l'Azienda Sanitaria, su richiesta della Procura della Repubblica di Trento, a partire dal Dicembre 2019 ha attivato una convenzione che stabilisce collaborazione e supporto alla polizia giudiziaria di professionisti esperti in Psicologia. In particolare il protocollo di collaborazione stabilisce che lo Psicologo affianchi la polizia giudiziaria nelle operazioni di ascolto della vittima offesa, sia essa minore o persona vulnerabile.

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

Durante l'emergenza Covid-19 (13 marzo – 31 luglio 2020), l'U.O. di Psicologia ha convertito gran parte della propria attività clinica fino a quel momento effettuata in presenza, in prestazioni psicologiche telematiche effettuate da remoto.

Durante questo periodo, sono stati erogati 6418 (dato QLIK anno 2020) colloqui psicologici, consulenze, psicoterapie.

Al termine dell'emergenza, con la ripresa dell'attività clinica in presenza, la modalità da remoto è stata mantenuta per:

- permettere ai pazienti che dovevano affrontare un periodo di quarantena/isolamento fiduciario per Covid-19, di non perdere i colloqui psicologici già programmati e garantire la costanza della presa in carico;
- effettuare consulenze ed incontri di rete con operatori di altri servizi socio-sanitari, a loro volta raggiungibili solo o prevalentemente da remoto;
- effettuare riunioni interne all'U.O. di Psicologia, di tipo clinico o organizzativo.

Oltre all'attività ordinaria sopra descritta, l'U.O. di Psicologia si è resa disponibile a collaborare alla gestione aziendale dell'emergenza Covid-19, partecipando sia alla Cabina di regia della APSS – sottogruppo supporto psicologico, che al Nucleo di Supporto Covid, dedicato alle equipe di cura e agli operatori di tutta la APSS (in collaborazione con le Direzioni Mediche, il Servizio delle Professioni Sanitarie), con Triage attivo 7 giorni su 7, attraverso un numero telefonico e indirizzo mail dedicato.

Modello Organizzativo: L'assegnazione delle richieste è avvenuta attraverso il sottogruppo di coordinamento psicologico composto dal Direttore dell'U.O. di Psicologia affiancato da due dirigenti psicologi dell'area ospedaliera, che hanno eseguito quotidianamente l'analisi della domanda e l'hanno indirizzata al professionista psicologo maggiormente rispondente alla tipologia della richiesta. Al primo colloquio veniva compilata una scheda di accesso on line per la raccolta di dati anagrafici, sintomi e richieste riferiti dell'operatore sanitario.

44 psicologi hanno dato la loro disponibilità per rispondere a:

- 1) richieste individuali (in presenza o da remoto), tutte evase nell'arco delle 24h, differenziando le risposte in interventi psicologici focali sul trauma, supporto alla genitorialità e alla comunicazione con i propri figli, supporto al lutto (47 richieste individuali, dei quali, il 74% non si era mai rivolto in precedenza ad uno psicologo).
- 2) richieste per interventi gruppali, che sono state concordate con il Coordinatore infermieristico del singolo reparto richiedente; gli interventi a supporto delle equipe si sono svolti in presenza, secondo i criteri di tutela e rispetto delle norme di sicurezza entro 7 giorni dalla richiesta. È stata svolta attività psicologica di debriefing, elaborazione dell'esperienza, sostegno al vissuto di emergenza, supporto alla comunicazione delle cattive notizie, contenimento delle reazioni da lutto traumatico, gestione dello stress lavoro correlato degli operatori (34 interventi gruppal di supporto psicologico alle equipe, che hanno interessato 400 operatori di Terapie intensive, Malattie Infettive, Medicina ad alta intensità, Pneumologia della APSS – con indice di stress lavorativo medio di 4,15 su scala 0-5).

L'U.O. di Psicologia ha ottenuto il PREMIO QUALITA' 2020 - SPECIALE COVID - WWW.PREMIOQUALITA.IT - WWW.NETWORKJCI.IT

INDICATORE: Attività di monitoraggio degli esiti dei trattamenti psicologici.

Gli esiti dei trattamenti psicologici vengono costantemente valutati attraverso il monitoraggio routinario dell'efficacia degli interventi erogati agli utenti che si rivolgono all'area della Psicologia Ambulatoriale (tarda adolescenza – età adulta) secondo principi di appropriatezza ed equità della cura. Per valutazione di esito si intende la sistematica misurazione empirica degli effetti delle prestazioni psicologiche (tra cui l'intervento psicoterapeutico) sul miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione cui sono rivolte.

A questo scopo viene utilizzato il questionario self-report CORE-OM (internazionalmente riconosciuto e validato in Italia), che con i suoi 34 items, valutati su una scala a 5 punti, indaga quattro domini o dimensioni individuali (Benessere, Problemi, Funzionamento, Rischio), ulteriormente riassunti in una scala totale (Core Tot.): lo strumento misura il cambiamento a livello sintomatologico, le capacità di adattamento del paziente, la qualità del vissuto del benessere psicologico ed individua anche la presenza di fattori di rischio (riconosciuti nella letteratura internazionale), permettendo una più efficace prioritizzazione degli interventi terapeutici. I dati vengono raccolti mediante un software (Moni.Ser.), appositamente ideato e sviluppato per l'*outcome management*. I risultati di tale attività sono resi noti dall'U.O. di Psicologia anche mediante lavori scientifici e congressi. La tabella sottostante riporta gli utenti a cui è stato fino a fine 2020 somministrato il questionario CORE-OM in entrata (pre-intervento) ed in uscita (post-intervento) e i dati socio-demografici relativi ai pazienti per cui è stato possibile effettuare l'analisi.

Tabella 39 - Dataset CORE-OM

Numero pazienti valutati	5083
Età media	38,5
Range	13-87
Genere	Femmine (70,2%)
	Maschi (29,8%)
Pazienti Disfunzionali (sopra il cut-off) in entrata	70,6%

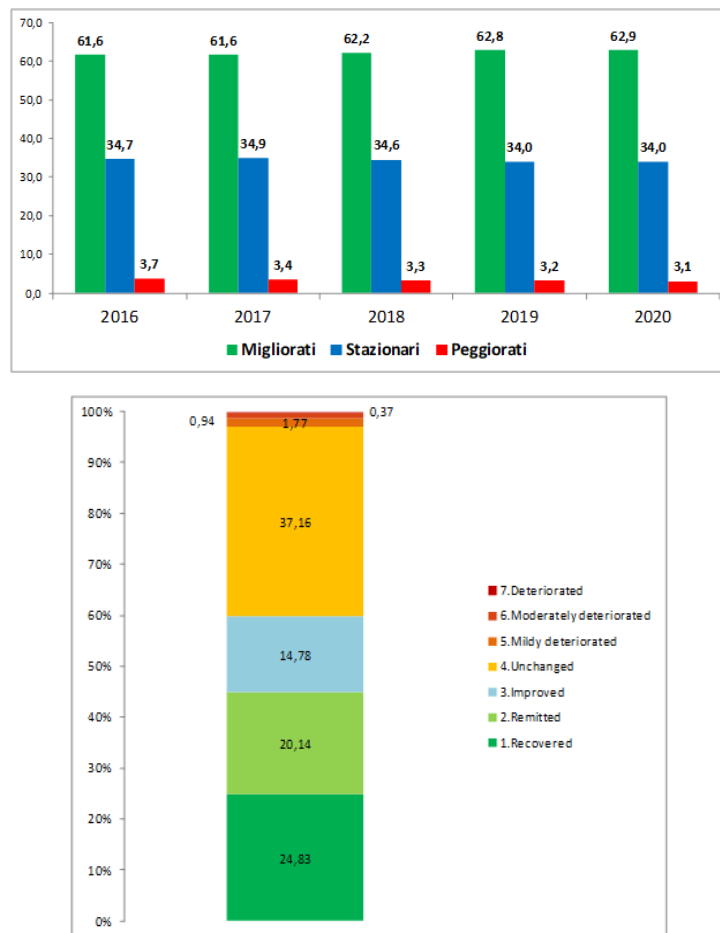
Tabella 40 - Punteggi medi di domini del CORE-OM e dell'RCI, in entrata ed in uscita

MISURAZIONI	2016		2017		2018		2019		2020	
DIMENSIONI CORE - OM	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
Benessere	2,3	1,4	2,27	1,36	2,27	1,35	2,26	1,34	2,26	1,34
Problemi	1,9	1,1	1,92	1,06	1,92	1,06	1,91	1,05	1,92	1,05
Funzionamento	1,5	1,1	1,52	1,07	1,52	1,06	1,52	1,05	1,52	1,05
Rischio	0,3	0,1	0,30	0,11	0,30	0,11	0,29	0,11	0,29	0,11
Core Tot.	1,5	0,9	1,53	0,93	1,53	0,93	1,53	0,92	1,53	0,92

Nella tabella sono rappresentati i punteggi medi per ogni dimensione pre e post trattamento negli anni 2016-2017-2018-2019-2020. Si nota come, dopo il trattamento psicologico, i punteggi medi diminuiscono in ogni dimensione, quindi in termini di medie, i pazienti concludono l'intervento psicologico riportando miglior benessere.

Nella sottostante figura possiamo osservare le percentuali dei pazienti che, dopo il trattamento psicologico, hanno ottenuto un miglioramento significativo (RCI sceso sotto il cut-off) attribuibile con significatività clinica e statistica all'efficacia del trattamento ricevuto.

Figura n. 42 e n.43: distribuzione percentuale dei risultati di efficacia dei trattamenti psicologici.



Nella seconda figura viene analizzato in modo più approfondito l'esito della cura nei pazienti, utilizzando una suddivisione più dettagliata in base al cut-off statistici e all'indice RCI (distribuzione percentuale):

- Il 31.1% dei pazienti risulta **guarito** ($\text{cut off} \geq 1,96$) (**recovered**)
- Il 21.7% dei pazienti ha una **remissione dei sintomi** ($1,28 \leq X < 1,96$) (**remitted**)
- Il 14.9% ha **migliorato il suo stato di salute** ($0,84 \leq X < 1,28$) (**improved**)
- Il 30.4% dei pazienti risulta **stabilizzato** ($-0,84 \leq X < 0,84$) (**unchanged**)
- L'1,1% dei pazienti risulta **un po' deteriorato** ($-1,28 \leq X < -0,84$) (**mildly deteriorated**)
- L'0,6% dei pazienti risulta **mediamente deteriorato** ($-1,96 < X < -1,28$) (**moderately deteriorated**)
- Lo 0,3% dei pazienti risulta **deteriorato** ($\text{cut off} \leq -1,96$) (**deteriorated**)

INDICATORE: monitoraggio della rilevazione della soddisfazione percepita dall'utenza

Nelle sedi ambulatoriali dell'U.O. di Psicologia, dal 2018 viene proposto un QUESTIONARIO per la rilevazione della soddisfazione percepita dall'utenza, al fine di monitorare e migliorare la qualità dell'offerta psicologica.

A fine 2020, sono stati raccolti **1215 questionari**.

Con questo strumento, si è potuto rilevare:

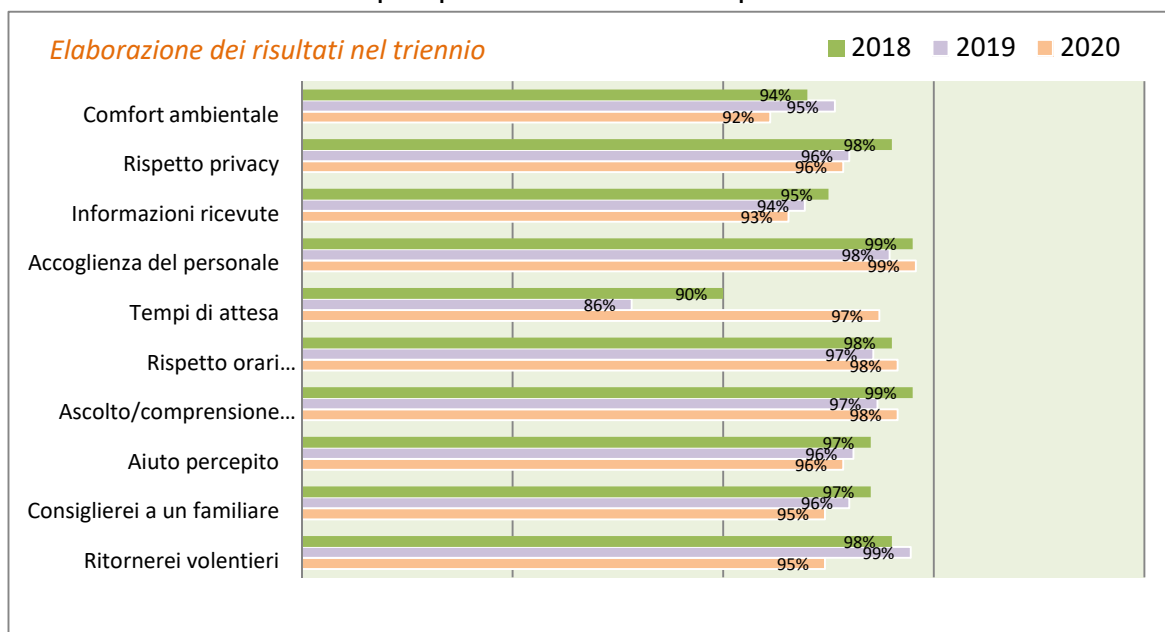
- il grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti degli aspetti organizzativi dell'U.O. di Psicologia;
- il grado di soddisfazione dell'utenza nella relazione clinica con gli psicologi (nei diversi interventi psicologici ricevuti secondo i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza della Psicologia);
- gli indicatori di criticità/disfunzionamento segnalati dall'utenza, sui quali attivare precocemente azioni correttive e di miglioramento della qualità del servizio erogato al cittadino.

Il questionario si rivolge agli utenti adolescenti, genitori, adulti ed anziani; è anonimo, facoltativo e di facile compilazione (10 items con 3 possibilità di risposta); il paziente può aggiungere un proprio commento o suggerimento. Viene compilato in sala d'attesa ed inserito dall'utente stesso in una apposita cassetta per la raccolta.

I parametri presi in esame attraverso il questionario sono:

- la qualità del **comfort** ambientale (spazi e ambienti dedicati alle attività del servizio),
- la qualità del rispetto della **privacy** negli ambienti e nelle procedure,
- la qualità delle **informazioni** ricevute durante l'accoglienza sull'operatività del servizio,
- l'**accoglienza e il comfort relazionale** offerto da tutto il personale (amministrativi, psicologi, tirocinanti/specializzandi),
- i **tempi di attesa** per la prima visita,
- il rispetto degli orari e la **puntualità** degli appuntamenti prefissati,
- il grado di **ascolto e comprensione** percepito dall'utente nella relazione con lo psicologo,
- il grado di **aiuto e sostegno** percepito dall'utente nella relazione con lo psicologo,
- il grado di **fiducia** sviluppato verso l'U.O. di Psicologia (misurato attraverso due parametri).

Figura 44: Rilevazione della soddisfazione percepita dall'utenza attraverso il questionario.



Negli anni si rileva, da parte dell'utenza, una valutazione positiva dell'U.O. di Psicologia, con una costante fiducia nel triennio verso il Servizio Pubblico offerto, mantenuto anche durante l'anno caratterizzato dall'emergenza Covid-19.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Come era prevedibile anche la NPI territoriale ha risentito delle misure di prevenzione connesse alla pandemia COVID19. La chiusura totale durante il primo picco ha visto una netta riduzione del numero delle prestazioni con un progressivo recupero durante l'estate. Recupero che è continuato nel corso della seconda ondata autunnale grazie sia ad una maggiore conoscenza e protezione dai rischi sia alla modificazione di alcuni processi lavorativi che sono stati spostati da remoto. Riportiamo di seguito il grafico della numerosità delle prestazioni da gennaio a novembre del 2019 paragonato allo stesso periodo del 2020. Il calo in percentuale è stato del 24%.

Figura 45 – Prestazioni totali



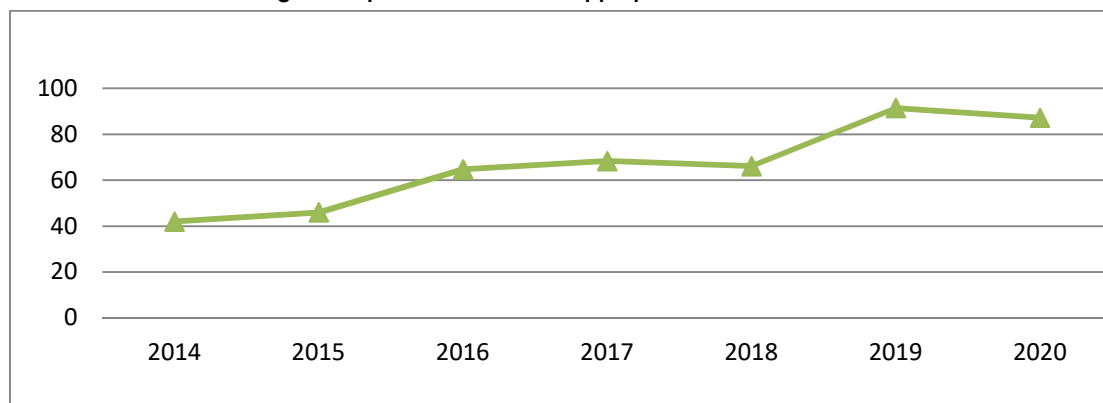
La Neuropsichiatria Infantile (NPI) svolge funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicopatologiche, psichiatriche e dei disturbi di neuro sviluppo per la popolazione di età compresa tra 0 e 18 anni. Tra queste patologie troviamo i disturbi dello spettro autistico e le gravi disabilità motorie, entrambe oggetto di particolari attenzioni.

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

L'appropriatezza dell'invio è un indicatore della diffusione delle conoscenze sulla patologia in oggetto tra tutti i professionisti che lavorano negli ambulatori periferici. Inoltre, una maggiore appropriatezza degli invii vuol dire minor spreco di risorse. Negli anni 2014-2020 la percentuale di appropriatezza degli invii (diagnosi confermata) è passata dal 42% a percentuali che si avvicinano al 90 % (91% nel 2019; 87 % nel 2020)

Del totale delle valutazioni effettuate nel corso del 2020 (39) 27 sono esitate in "Disturbo dello spettro autistico"; 6 in "Rischio"; 1 in diagnosi di ASD associata ad altra patologia. Per 4 pazienti valutati non si è confermata la diagnosi di invio da parte del collega specialista territoriale.

Figura 46: percentuale di invii appropriati - anni 2014-2020

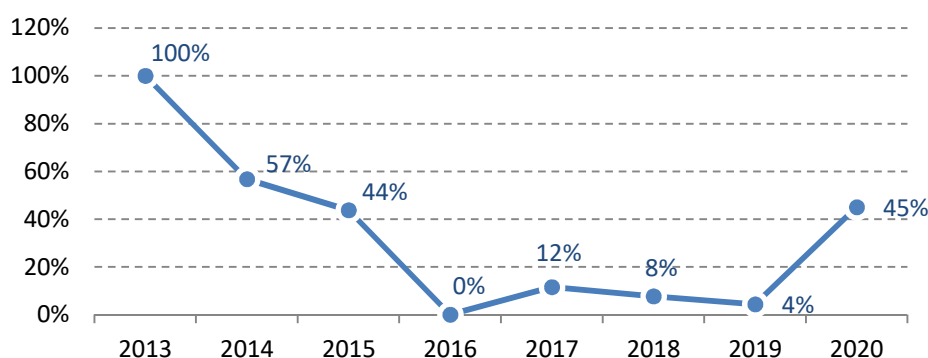


INDICATORE: Percentuale degli invii dal Gruppo Provinciale di II livello per le gravi disabilità motorie a centri di III livello extraprovinciali

Il miglioramento delle competenze nella gestione delle gravi disabilità infantili ottenuto grazie alla formazione sul campo degli operatori e al lavoro integrato multidisciplinare iniziato nel 2013 ha portato alla creazione di un gruppo di lavoro che ha come scopo la risoluzione in loco dei maggior parte dei problemi connessi a questa patologia con conseguente riduzione dei viaggi inappropriati fuori Provincia e maggiore apprezzamento da parte dell'utenza.

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

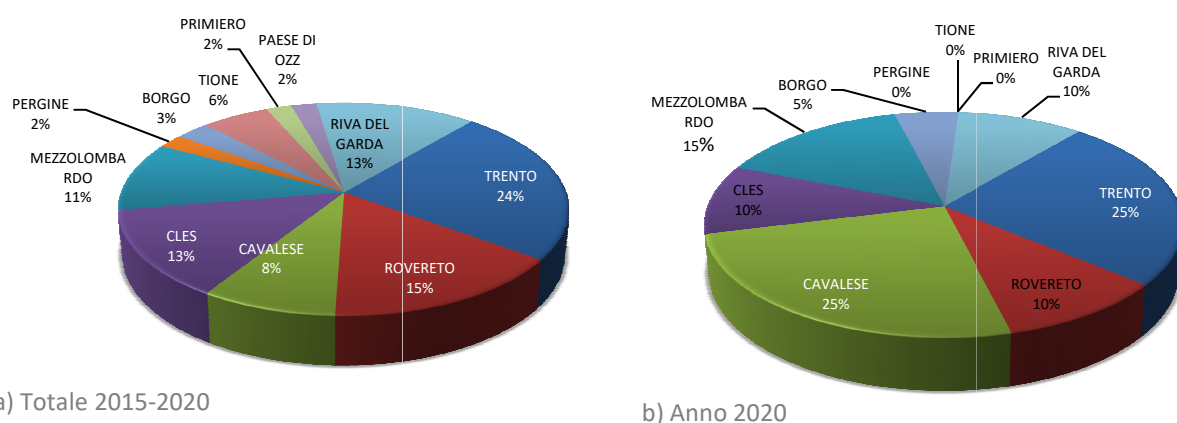
Figura 47: percentuale di casi inviati fuori provincia dal gruppo di II livello



INDICATORE: accessibilità al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili

Uno dei doveri dell'APSS, e quindi anche delle UUOO di NPI, è quello di permettere l'accesso agli ambulatori specializzati a tutti i cittadini della PAT, a prescindere dalla localizzazione geografica della loro residenza. Nel grafico a torta si può apprezzare, rispetto al totale degli accessi al gruppo provinciale, le percentuali secondo la zona di provenienza negli anni 2014-2019.

Figura 48: ripartizione geografica degli accessi al gruppo provinciale delle gravi disabilità infantili di competenza del Centro di riferimento Provinciale per le Disabilità Neuromotorie dell'ETÀ EVOLUTIVA.



UO DIPENDENZE ED ALCOLOGIA

Premessa: l'organizzazione durante la pandemia Covid-19.

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

Nel 2020, l'avvento della pandemia Covid-19 ha comportato notevoli cambiamenti organizzativi interni all'U.O. in risposta all'evento emergenziale: in tutto il corso dell'anno i Servizi sono sempre rimasti aperti, ma hanno modulato le attività a seconda delle restrizioni o dei vincoli atti a garantire la sicurezza dei lavoratori e dell'utenza. Inoltre pur mantenendo la presenza in servizio dell'equipe multiprofessionale, si è attivato per il personale dell'U.O. la possibilità dello *smart working* e la flessibilità di orario, promuovendo formazione ed aggiornamento specifici attraverso gli strumenti messi a disposizione dell'Azienda.

Alcuni operatori dell'U.O. sono stati distaccati presso gli Ospedali o altri Servizi dell'APSS a supporto della gestione dell'emergenza Covid-19. Questo fatto, sommato alle numerose assenze del personale a causa di quarantena per positività al Covid-19 propria o di familiari conviventi, ha richiesto una ridefinizione transitoria degli orari di alcuni Servizi (ad es. SerD di

Trento e SerD di Rovereto) e una rivisitazione di attività, obiettivi e tempistiche della programmazione annuale tale però da garantire la continuità assistenziale per limitare al massimo i disservizi alla popolazione. Ciononostante la riduzione del personale ha comportato la sospensione di alcune progettualità tra cui il percorso sperimentale di screening e trattamento dell'epatite C presso il SerD di Trento in collaborazione con l'Unità di Gastroenterologia del Santa Chiara.

Parimenti per le disposizioni di sicurezza sono state sospese le attività in presenza (gruppi terapeutici, incontri di rete, attività formative, equipe multiprofessionali e riunioni organizzative) sostituite con riunioni in modalità di videoconferenza.

A partire dal primo periodo di lockdown si è garantita la continuità di contatto e di presa in carico con gli utenti attraverso colloqui telefonici e videochiamate, aumentando sensibilmente il numero di queste prestazioni rispetto agli anni precedenti. I primi colloqui o i colloqui legati a situazioni di particolare criticità ed emergenza sono stati tenuti in presenza. Questa riorganizzazione ha richiesto anche uno sviluppo di competenze sui nuovi strumenti telematici sia per operatori che per l'utenza. Si sono richiesti e predisposti nuovi strumenti materiali a supporto (es. webcam, aggiornamento pc, ecc.). È stato adeguato il sistema informatico di rilevazione attività alla nuova tipologia di prestazioni così da poter mantenere il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo e di esito. La collaborazione con i Servizi Sociali territoriali, le associazioni del privato sociale e del volontariato, ha facilitato il supporto all'utenza nell'attivarsi rispetto alle nuove modalità di contatto.

In linea di massima si è evidenziato come il contatto a distanza fra professionisti e utenti, che inizialmente poteva essere percepito come limitativo, perché privante fra l'altro del linguaggio del corpo, è risultato efficace non solo dal punto di vista del percorso assistenziale, ma anche per lenire momenti di solitudine e inquietudine, in quanto vissuto come segnale di disponibilità e vicinanza in un momento di difficoltà comune.

Inoltre il SerD nelle sue tre sedi (Trento Rovereto e Riva d/G) si è trovato a dover rispondere a un numero crescente di richieste da parte di persone che, non potendo presentarsi ai servizi perché Covid + o conviventi di familiari Covid +, avevano necessità di avere a domicilio la terapia farmacologica oppiacea. Pertanto è stata attivata una procedura interna atta a permettere la consegna a domicilio della terapia farmacologica, in quanto terapia indispensabile e "salva vita", attraverso la collaborazione con altri enti (es. Croce Rossa), oppure attivando gli stessi professionisti dell'U.O. per la consegna dei farmaci.

Nonostante quanto sopra descritto, la riduzione delle risorse umane dell'U.O. legata direttamente o indirettamente alla pandemia e le restrizioni che hanno modificato qualitativamente e quantitativamente le modalità di accesso ai Servizi, hanno determinato qualche criticità nella gestione degli utenti multiproblematici, che richiedono un livello di attenzione costante ed una continuità terapeutica che non sempre è stato possibile garantire. Allo stesso modo si è vista una riduzione di accesso di utenti che non portavano una richiesta di aiuto improcrastinabile (come quella invece presentata da chi ha un disturbo da uso di oppioidi), tra i quali si sono annoverati soprattutto quelli con dipendenze comportamentali tra cui il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Le attività dei Servizi

Nel 2020 le attività che hanno maggiormente risentito delle restrizioni dovute alla pandemia sono state quelle di prevenzione primaria e secondaria e di riabilitazione in strutture residenziali mentre l'attività clinica non ha subito altrettanta contrazione in termini di numerosità di utenti seguiti.

Nell'ambito della Prevenzione ha subito una netta riduzione l'attività dedicata alle scuole, anche se ove possibile, si sono fatti interventi a distanza dedicati a studenti e/o docenti.

L'area SerD nel 2020 ha garantito le seguenti prestazioni:

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

Le prestazioni complessivamente erogate nel corso del 2019, 53.025, sono comunque state 50.313 nel corso del 2020.

Gli utenti in carico nel 2020 sono suddivisi per categorie nella tabella sottostante e, confrontati con quelli dell'anno precedente, mostrano che il carico di lavoro si è sostanzialmente mantenuto costante a conferma della accessibilità garantita dai Servizi.

Tabella 41 - Soggetti prevalenti 2019 e 2020 area SerD

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

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

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

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

- Le "Cartelle aperte con paziente non in carico" riferite a situazioni di incertezza, per es. a soggetti con preponderante patologia psichiatrica per i quali è necessario operare alcuni interventi finalizzati a favorire il passaggio al servizio psichiatrico o viceversa a utenti già in carico ad altri servizi dell'Area di Salute Mentale visti in consulenza e talvolta seguiti in quanto l'uso di sostanze psicoattive può interferire gravemente con la patologia primaria.
- I "Soggetti a rischio", coloro per cui, sebbene non sia possibile fare una diagnosi di dipendenza o di abuso, sono evidenziabili dei fattori di rischio di possibile evoluzione in tal senso. Rientrano spesso in questa categoria i soggetti segnalati dal Commissariato del Governo ma anche da altri canali istituzionali o dalla famiglia.

Le persone inviate al SerD dal Commissariato del Governo (ex art. 75 T.U. 309/90), avendo aderito al programma terapeutico, sono state 81 rispetto ai 115 del 2019 e questo è da imputarsi alla sospensione delle attività per alcuni mesi del NOT del CdG stesso. Le segnalazioni ex art 121 T.U. 309/90 nel corso del 2020 sono state 472 rispetto alle 392 del 2019.

Gli utenti non residenti vengono distinti in utenti temporaneamente in carico o in appoggio. Le due categorie si differenziano per la titolarità del piano terapeutico, che è a carico di un medico del nostro SerD in caso di "temporaneamente" in carico, mentre rimane a carico del servizio pertinente per residenza (extra-PAT) in caso di "appoggio".

Gli utenti in carico al Servizio sono in gran parte già noti e nella maggioranza dei casi si tratta di soggetti che hanno intrapreso un percorso specifico, portando una richiesta di aiuto e iniziando un progetto terapeutico con un obiettivo esplicito e condiviso.

Gli utenti già noti al SerD, sono rappresentati nella maggioranza dei casi da soggetti che hanno intrapreso un percorso specifico, portando una richiesta di aiuto e iniziando un progetto terapeutico con un obiettivo esplicito e condiviso.

I soggetti "incidenti" sono coloro che si sono presentati al servizio per la prima volta nel corso del 2020.

Tabella 42 - Soggetti Incidenti 2019 e 2020

STATUS CARTELLA	N Soggetti 2019	N Soggetti 2020
IN CARICO	90	88
APERTA MA PAZIENTE NON IN CARICO	54	50
APERTA PER SOGG. A RISCHIO	75	55
NUOVE DIPENDENZE	28	10
IN CARICO TEMPORANEO (non residenti)	34	34
IN APPOGGIO	35	32
CERT. ASS. TOX	24	0
APERTA PER FAMIGLIE /genitori	3	6
TOTALE	335	268

Si è assistito ad una flessione delle richieste di aiuto (occorre considerare che si è interrotta causa Pandemia per mesi l'attività certificativa per i lavoratori e la richiesta di aiuto per Gioco D'Azzardo Patologico ha subito una notevole contrazione) pertanto si mantiene nel tempo stabile quel tributo di circa 100 +/- 20 soggetti che ogni anno chiedono aiuto al SerD per uso di sostanze.

Anche per quanto concerne l'**area alcolologica** le difficoltà di accesso dovute alla pandemia, soprattutto in fase di lockdown, hanno comportato una flessione della domanda di aiuto, con una riduzione dei numeri degli utenti in carico (cioè aventi almeno una prestazione in un anno) rispetto all'anno precedente, come da tabella sottostante. Ciononostante l'accessibilità ai servizi è restata elevata, anche grazie alla presenza capillare dei 10 Centri Alcolologici in tutto il territorio provinciale, pur con una evidente diminuzione dei primi colloqui rispetto al 2019

Tabella 43 -.Utenti in carico Anni 2019 e 2020 Centri Alcolologici

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

L'U.O. ha nel corso del 2020 mantenuto la collaborazione con le associazioni di gruppi di auto-mutuo-aiuto (A.A., Al-Anon, Acat, AMA), le quali dopo un periodo di chiusura delle attività o dei percorsi gruppal, con un passaggio successivo agli incontri telematici quando possibile. In modo particolare la collaborazione fra i Club e i Centri Alcologia si è caratterizzata per il supporto alla riorganizzazione, al passaggio alla modalità telematica e successivamente alla riapertura delle attività gruppal, riconoscendo il ruolo importante dei Club nel sostegno ad utenti e famiglia nell'affrontare le difficoltà connesse alla pandemia oltre che alle problematiche alcolcorrelate.

Comunque anche gli arrivi ai Club, a seguito di colloquio motivazionale alcolologico, sono stati condizionati dalla sospensione degli incontri gruppal in presenza per alcuni mesi, con una live flessione rispetto al 2019 come da tabella sottostante.

Tabella 44 - Percentuale di persone arrivate ai Club sul totale dei primi colloqui presso i Centri Alcologia anni 2019 e 2020

colloqui/arrivi	2019	2020
Numero primi colloqui	438	297
Numero arrivi al Club	227	145
% di arrivi su primi colloqui	51,8%	48,8%

Per quanto concerne le consulenze alcolologiche ai cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza c'è stata per alcuni mesi la sospensione dell'attività della Commissione Medica Locale Patenti con riduzione del numero delle visite stesse, nonché la sospensione per parecchi mesi degli incontri gruppal "Salute alcol e guida", poi attivati in videoconferenza, e infine in presenza, ma con la possibilità di incontrare solo numeri molto ridotti di persone

I corsi "Salute alcol e guida", sono strutturati in cicli di tre incontri serali ciascuno, in cui vengono condivise informazioni e stimoli al fine di aumentare la consapevolezza e la motivazione a non mettere nuovamente in atto il comportamento a rischio in ottica sia di prevenzione che di aggancio precoce per persone che presentino un rischio alcol correlato.

Tabella 45 - Percentuale di adesione al ciclo di incontri sul totale degli invii (anni 2019 – 2020)

Anno	Percentuale di adesione
2019	95%
2020	59%

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

Nella tabella sottostante vengono riportati i numeri degli utenti *under 24* in carico all'U.O. negli anni 2019 e 2020, che rilevano maggiore accesso all'area SerD che a quella alcolologica e quindi la necessità di pianificare interventi di intercettazione precoce per questa fascia di popolazione con consumo a rischio di alcol. I dati evidenziano un rapporto M/F di circa 1/4. All'area SerD hanno avuto accesso 44 utenti *under 24* di nazionalità straniera nel 2020; erano 20 nel 2019.

Si sottolinea che negli anni 2019 e 2020 hanno ricevuto consulenza alcolologica a fine patente di guida, rispettivamente 118 e 112 giovani di età 18-24 anni.

Tabella 46 - Accesso utenti di età 16-24 anni ai servizi (anni 2019 e 2020)

	Area SERD	Area Alcologia
TOTALE UTENTI 16-24 ANNO 2019	230	43
TOTALE UTENTI 16-24 ANNO 2020	228	32
UNDER 18 2019	25	4
UNDER 18 2020	19	2

Durante il 2020 la pandemia ha determinato evidenti criticità rispetto all'accoglienza di persone nei **percorsi riabilitativi residenziali**, dovute principalmente all'allungamento dei tempi di attesa per l'ingresso nelle Comunità Terapeutiche provinciali (anche per il blocco dei nuovi ingressi nel trimestre marzo-maggio 2020) e alla diminuzione dei posti disponibili, a causa delle disposizioni emergenziali. In base a queste ultime e grazie alla costante collaborazione fra U.O. e comunità terapeutiche sono state definite nuove prassi operative tali da garantire la sicurezza degli ambienti sia per gli utenti che per gli operatori. Sono state quindi attivate procedure necessarie per: effettuazione di tamponi in ingresso; ingressi scaglionati; quarantena per i nuovi utenti; sospensione o rimodulazione delle attività considerate più a rischio (ad es.: attività gruppal); interruzione di visite dei familiari; coinvolgimento dei familiari o *caregiver* con strumenti telematici; sospensione dei permessi di uscita temporanea (anche per attività lavorative) o dei rientri gradual o rimodulazione degli stessi in conformità delle

attenzioni di sicurezza necessarie. Tutti questi aspetti hanno comportato (come da tabella sottostante) un tasso di occupazione delle CT nettamente inferiore al 2019, non solo per un calo della domanda di inserimenti comunitari, ma anche per un aumento dei drop out da parte degli utenti, che spesso non sono riusciti ad adeguarsi alle restrizioni sopra elencate.

Nel 2020 sono stati inseriti nelle 4 CT 54 utenti (a fronte di 97 del 2019), di cui 14 con sostanza primaria alcol, quindi accolti nel "Progetto Sobrietà" della CT Giano.

Tabella 47 - Tasso occupazione Comunità Trentine (anni 2019 – 2020)

CT convenzionate	2019	2020
Camparta	85.70	71.02
Giano	74	55.33
Voce Amica	92.43	74.56
Nuovi Orizzonti	91.29	84.14

CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE - CDCA

Il Centro di riferimento provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA) opera nella diagnosi e del trattamento multidisciplinare integrato dei Disturbi del Comportamento Alimentare di tipo anoressico e bulimico. Provvede alla presa in carico del paziente e dei familiari e svolge attività di prevenzione e di sensibilizzazione rivolta sia ad operatori sanitari che non sanitari, finalizzata alla diagnosi e al trattamento precoce dei DCA.

Negli ultimi 3 anni si è osservato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA e un conseguente aumento della domanda sanitaria nella fascia di età pre-adolescenziale e adolescenziale.

La letteratura riporta evidenze forti rispetto al coinvolgimento attivo dei familiari come risorsa nel processo di cura.

Emergenza Covid -19

L'emergenza Covid-19 ha avuto sul CDCA un impatto significativo sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Dal punto di vista clinico abbiamo osservato un incremento di nuovi casi circa del 30% specie in età adolescenziale che pre-adolescenziale. Circa il 50% dei nuovi casi giunti alla nostra osservazione hanno richiesto un ricovero in urgenza in reparto pediatrico sia per l'importante calo ponderale che per la rapidità della perdita di peso che ha provocato una instabilità dei parametri organici. Per molti mesi abbiamo avuto contemporaneamente ricoverati in reparto pediatrico dai due ai quattro utenti con notevole impegno di tutto il personale del CDCA. Abbiamo, inoltre, osservato un alcuni casi un peggioramento di situazioni cliniche stabilizzate. In generale il numero delle richieste di prima visita è aumentato in modo significativo.

Dal punto di vista organizzativo, oltre alla stretta osservanza delle norme anti Covid 19 dettate dall'APSS, le riunioni di equipe, le riunioni di rete, le UVM sono state effettuate remoto (meet). I pazienti critici sono stati visti in presenza, mentre i pazienti stabilizzati sono stati seguiti via meet con buoni risultati. L'utilizzo della sala di aspetto è stato limitato alle persone interessate e gli appuntamenti programmati in modo tale da non creare sovrapposizioni in sala d'aspetto. I gruppi terapeutici sono stati sospesi.

Comunità terapeutica per DCA Maso Zancanella

Dal 01.02.2020 il CDCA ha assunto la gestione sanitaria completa degli ospiti in riabilitazione residenziale presso la C.T di Maso Zancanella che ha comportato un ulteriore aggravio di impegno lavorativo e organizzativo. Settimanalmente sono state effettuate riunioni di equipe via Meet con il personale socio-educativo della C.T. ai fini della integrazione ottimale tra le due equipe. La componente socio-educativa e alberghiera è stata infatti affidata ad una Cooperativa Sociale

Trasferimento del CDCA in Via Borsieri e attivazione Centro Diurno

Tutto il personale del CDCA si è impegnato dal punto di vista formativo e organizzativo al trasferimento del CDCA in Via Borsieri.

INDICATORE: dati attività CDCA 2014 - 2020

Tabella 48

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Utenti in carico	267 Minori 82	286 Minori 98	250 Minori 66	282 Minori 88	314 Minori 112	364 Minori 122	388 Minori 131
Utenti dimessi	102	115	110	111	83	108	112
Nuovi utenti	126	136	126	96	92 Minori 44	133 Minori 55	132 Minori 62

INDICATORE: Liste di attesa

Nel 2020 a causa del notevole aumento delle richieste di valutazioni e prese in carico si sono definiti criteri di priorità in base alla gravità organica e psicopatologica che ha permesso di assicurare le visite urgenti entro i 15 giorni. Conseguentemente si sono allungati i tempi di attesa per gli utenti non urgenti.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Test antigenici rapidi in regime SSP in farmacia

Con riferimento alle azioni volte al contenimento della pandemia da SARS CoV-2 particolare importanza è stata attribuita alle attività di tracciamento e precoce individuazione della malattia. Per implementare tali misure, nel mese di novembre 2020 APSS ha sottoscritto un accordo con le associazioni rappresentative delle farmacie della provincia (deliberazione D.G. 522 di data 05/11/2020), che ha previsto l'introduzione del servizio aggiuntivo di somministrazione di test antigenici rapidi (c.d. tamponi rapidi) in farmacia.

I test vengono svolti in regime di Servizio Sanitario Provinciale come prestazione aggiuntiva con oneri a carico dell'Azienda Sanitaria. Il Servizio Politiche del farmaco ed assistenza farmaceutica ha curato la stesura dell'accordo e delle direttive operative alle farmacie, l'acquisizione delle adesioni e la gestione di tutto il corredo contabile ai fini della liquidazione dei compensi. Nel bimestre novembre – dicembre 2020 sono stati effettuati circa 20 mila test per un controvalore di 315 mila euro.

Dematerializzazione della prescrizione di farmaci per la continuità terapeutica ospedale-territorio e per la terapia del dolore.

Nell'ambito delle misure volte al contrasto dell'emergenza pandemica, sulla base dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 651 del 19/03/2020 che ha disposto che il medico possa prescrivere su ricetta dematerializzata (ricetta elettronica) anche i farmaci distribuiti in modalità diverse dal regime convenzionale, con il 30/03/2020 il Servizio Politiche del Farmaco e assistenza farmaceutica ha avviato la dematerializzazione della ricetta dei farmaci per la continuità terapeutica ospedale-territorio che le farmacie distribuiscono attraverso la Distribuzione Per Conto - DPC di APSS (c.d. DPC); si tratta di un sistema per cui APSS provvede ad acquistare direttamente i farmaci, che le farmacie distribuiscono "per conto" dell'azienda sanitaria dietro corresponsione di un compenso.

La dematerializzazione della ricetta ha consentito ai cittadini di recarsi in farmacia e ricevere i farmaci prescritti mediante la semplice presentazione della tessera sanitaria, in analogia a quanto accadeva già per l'assistenza farmaceutica convenzionata.

Grazie alla collaborazione delle associazioni rappresentative delle farmacie della provincia è stato possibile raggiungere l'obiettivo in pochi giorni; nel periodo aprile – dicembre 2020 sono state spedite circa 185 mila ricette dematerializzate per farmaci in "distribuzione per conto", migliorando in maniera significativa l'accesso da parte dei cittadini a tale tipologia di farmaci.

Inoltre, al fine di assicurare la terapia farmacologica ai soggetti più fragili e di ridurre l'accesso dei pazienti presso gli ambulatori medici, dal 15 giugno 2020 è stata attivata anche la dematerializzazione delle prescrizioni dei medicinali stupefacenti per la terapia del dolore.

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

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

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

Nel corso del 2020 è stato completato il processo di accreditamento del CPFV presso l'Agenzia Italiana del Farmaco, attraverso la stesura delle Procedure Operative Standard, che definiscono formalmente le principali attività svolte ed i rispettivi livelli di responsabilità.

Il CPFV ha partecipato ad iniziative di formazione/informazione degli operatori, collaborando con il Servizio formazione nell'organizzazione del seminario "La buona pratica clinica per il contrasto alle antibiotico-resistenze" (gennaio 2020), rivolto ai pediatri di libera scelta ed ai medici di medicina generale e finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito dell'antibiotico terapia.

È inoltre stato svolto il lavoro di preparazione delle docenze sul tema della farmacovigilanza, nell'ambito del "Master in Management per funzioni di coordinamento delle Professioni Sanitarie – Università degli Studi Verona", che si è svolto a inizio 2021 sulle tematiche di safety dei medicinali, farmacovigilanza, segnalazione degli effetti avversi, ecc..

È stata potenziata l'attività istituzionale di informazione, rivolta a tutti gli operatori sanitari, su argomenti riguardanti la farmacovigilanza e l'uso sicuro ed appropriato dei medicinali, attraverso la trasmissione delle "Note informative importanti" delle Agenzie italiana ed europea sui medicinali.

Infine, in vista dell'imponente campagna di vaccinazione contro il COVID-19, sono state definite le modalità di gestione delle segnalazioni di eventi avversi post immunizzazione; in particolare, in aggiunta alle attività già previste dalla normativa, si è previsto di predisporre relazioni periodiche sulle segnalazioni di reazioni avverse pervenute a livello locale e di predisporre mensilmente un report sintetico, da mettere a disposizione della popolazione, attraverso la pubblicazione sul sito "VaccinarSi in Trentino".

Assistenza farmaceutica

L'accesso dei cittadini ai farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, classe A e H viene assicurato tramite l'assistenza farmaceutica. Essa è tradizionalmente suddivisa, anche ai fini della rendicontazione economica, in assistenza farmaceutica sul territorio e nelle strutture di cura.

L'assistenza farmaceutica territoriale è erogata con modalità organizzative e distributive differenti in relazione al tipo di farmaco.

Le farmacie convenzionate pubbliche e private, distribuite sul territorio provinciale con una media di circa 3 sedi/10.000 abitanti, assicurano la distribuzione dei farmaci che essendo stati inseriti nella classe A del Servizio sanitario nazionale (SSN) e avendo un profilo di efficacia e sicurezza ben definito, nonché un utilizzo cronico, sono generalmente prescritti dai medici di medicina generale (MMG). L'assistenza erogata con tali modalità è ricompresa nella farmaceutica convenzionata (AFC). Con le stesse modalità avviene l'erogazione dell'assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale (AFA) ossia il rimborso di preparazioni galeniche magistrali e di specialità medicinali altrimenti non concedibili limitatamente a casi selezionati e rispondenti a criteri definiti. L'erogazione è a carico del Servizio sanitario provinciale (SSP) e rappresenta di fatto un ampliamento dei livelli essenziali di assistenza stabiliti a livello nazionale (LEA).

Invece i medicinali innovativi, ad alto costo e che necessitano di un costante monitoraggio specialistico sono ricompresi nel prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PH-T). Per il tramite del PH-T il processo di governo dell'assistenza farmaceutica è reso estremamente efficiente sia sotto l'aspetto clinico che economico. Infatti, la prescrizione della terapia è affidata allo specialista per mezzo di piano terapeutico (PT), mentre il suo monitoraggio al MMG. Per la parte economica, APSS provvede ad acquistare direttamente i farmaci, anche mediante il ricorso a procedure di gara, che le farmacie distribuiranno "per conto" (DPC) dell'azienda sanitaria dietro corresponsione di un compenso concordato.

La fornitura di medicinali alla dimissione dal ricovero o dopo visita specialistica e di farmaci di classe H per uso domiciliare avviene, invece, direttamente tramite le strutture dell'Azienda sanitaria.

3.1.1 INDICATORE: Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

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

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

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

C9 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ■ 2.53

(25%) C9.1 Consumo di Inibitori di Pompa Protonica ■ 31.89 U.P.

(25%) C9.4 Consumo di antidepressivi sul territorio ■ 28.42 DDD per 1000

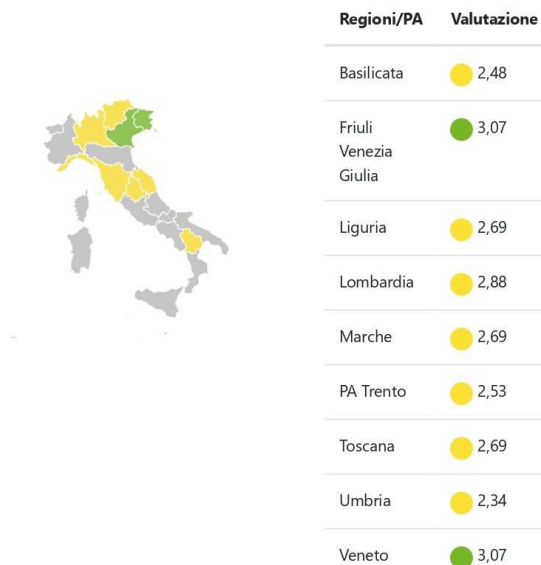
(25%) C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio ■ 9.59 DDD per 1000

C9.17 Appropriatezza prescrittiva ospedaliera - dato non disponibile

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti: 78.56

Nel confronto con le altre Regioni del Network S. Anna di Pisa, nel 2020 la P.A. di Trento ottiene una valutazione di performance media ■ (2.53)

Figura 49: Appropriata prescrizione farmaceutica: confronto tra le Regioni/PP.AA. (Network S. Anna di Pisa 2020)



3.1.2 INDICATORE: Appropriata d'uso (aderenza farmaceutica)

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

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

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

C21.3.1 % di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni) **52.74 %**

C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) **56.49%**

C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) **47.44 %**

C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizzanti) **10.7 %**

Figura 50. Appropriata d'uso (aderenza farmaceutica): confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network S. Anna di Pisa (2020)

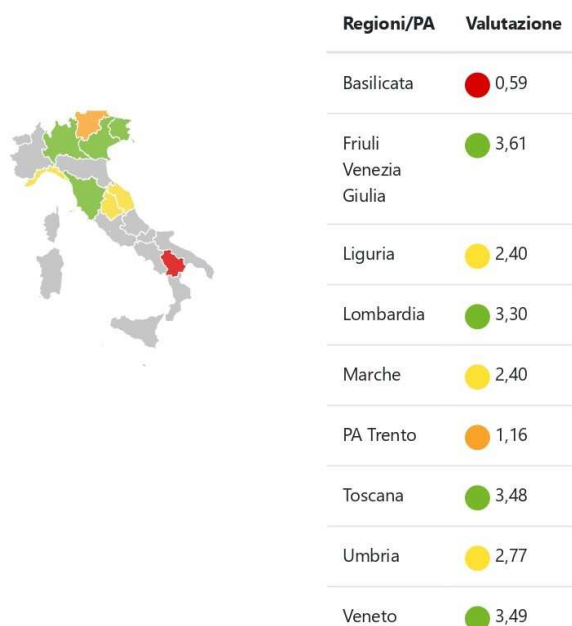
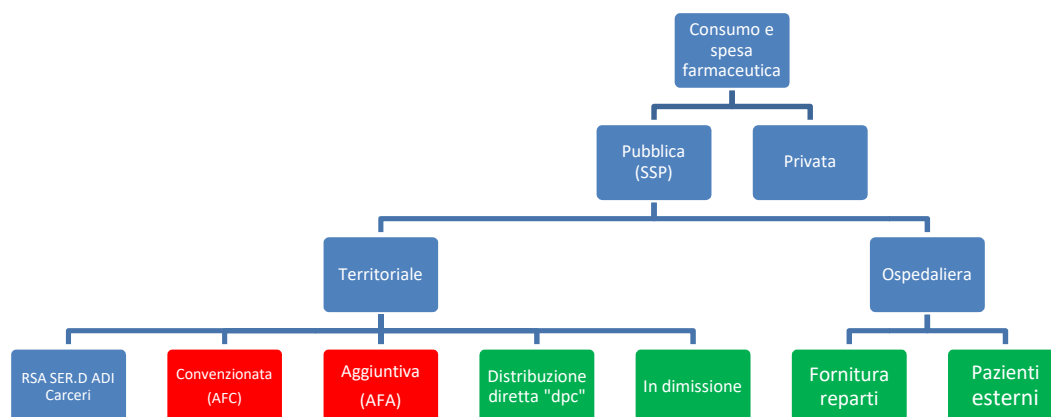
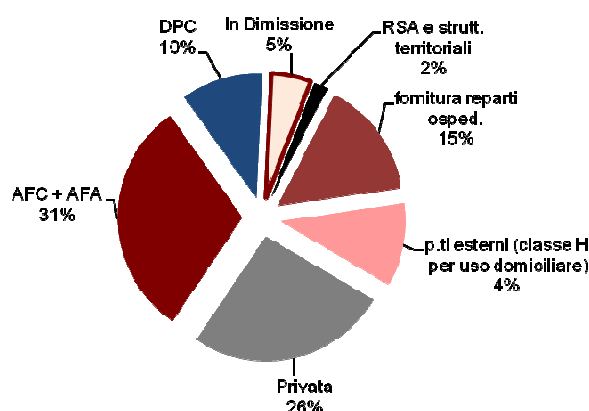


Figura 51: Schema riassuntivo delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica



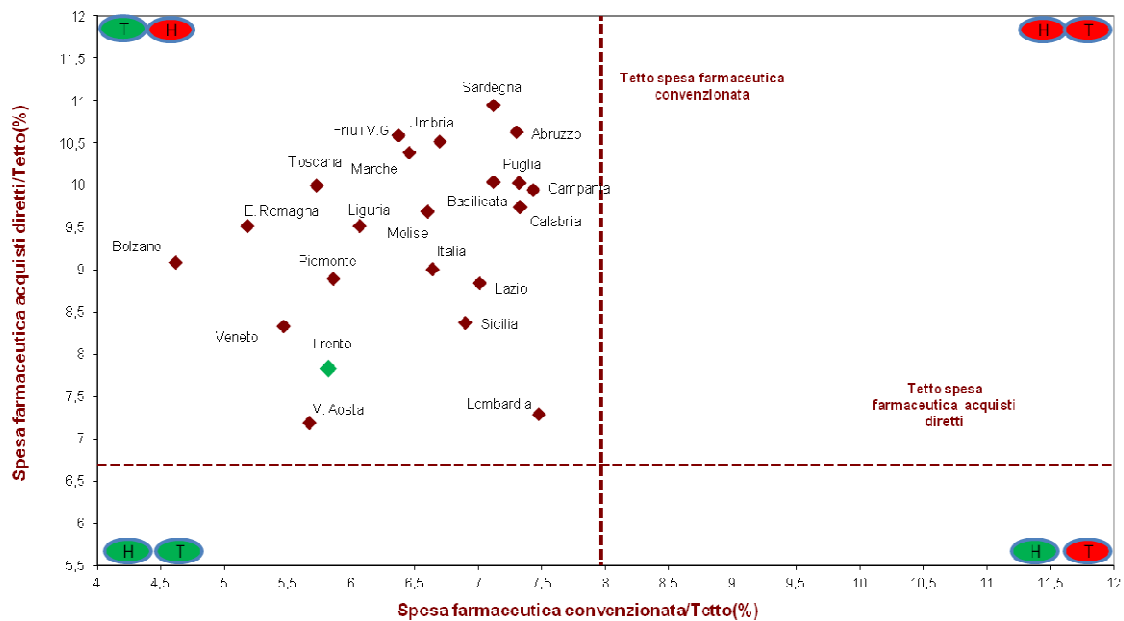
In Trentino nel 2020 la spesa farmaceutica totale ha raggiunto un valore complessivo di 206 milioni di euro e si è distribuita secondo le percentuali riportate nel grafico sottostante. La spesa pubblica ha rappresentato il 74% del totale mentre quella privata il 26%

Figura 52: Ripartizione della spesa farmaceutica in PAT (anno 2020)



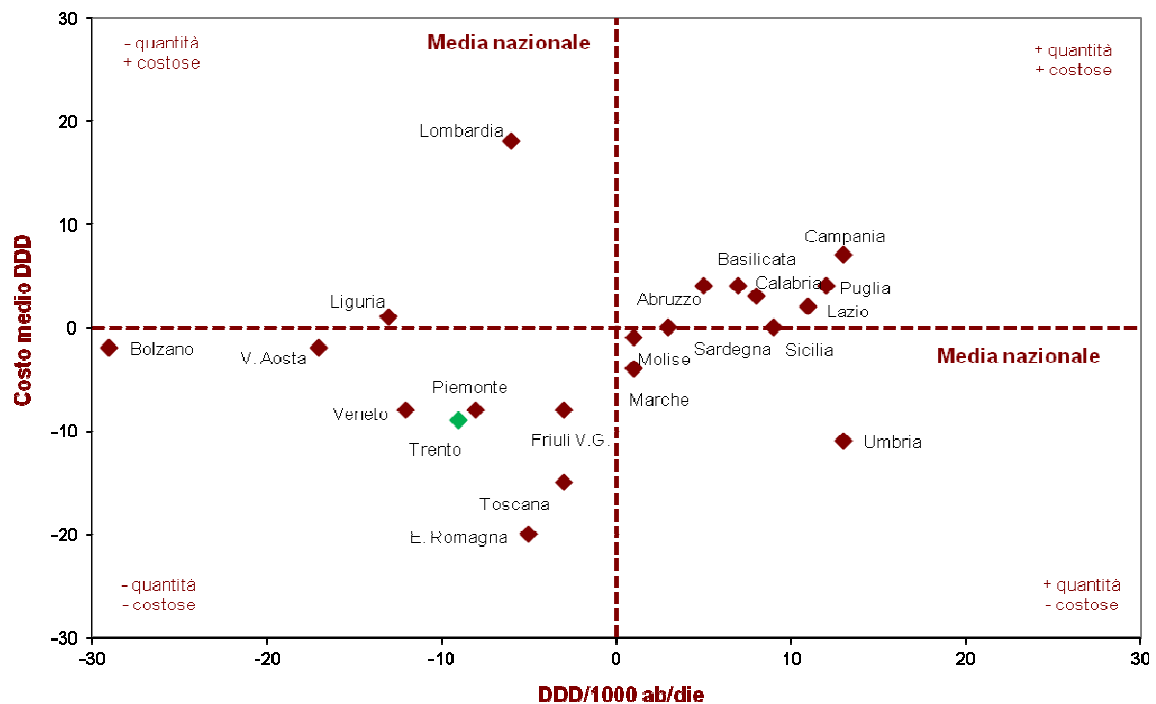
A partire dall'anno 2017, senza modificare il valore del finanziamento pari al 14,85% del Fondo sanitario nazionale(FSN) , con la Legge n. 232/2016 sono stati fissati e denominati i tetti della spesa farmaceutica. In base a tale provvedimento la spesa farmaceutica ospedaliera, quella per i farmaci di classe A in distribuzione diretta dall'ospedale e in distribuzione in nome e per conto dell'azienda sanitaria dalle farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio (rispettivamente "in dimissione" e "DPC") è determinato nella misura del 6,89% del fondo sanitario e denominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", mentre quella derivante dalle farmacie convenzionate è determinato nella misura del 7,96%" ed è ridenominata "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati: come è facilmente rilevabile, nel 2020 la P.A. di Trento ha rispettato il solo tetto della spesa farmaceutica convenzionata superando, come tutte le altre regioni, quello della spesa per acquisti diretti. Tuttavia la P.A. Trento al pari di Veneto , P.A. Bolzano e Val D'Aosta è riuscita a ricondurre la spesa farmaceutica complessiva al tetto massimo stabilito del 14,85% del FSN con un avanzo di circa €12 milioni.

Figura 53: Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati (anno 2020)



Per quanto riguarda il rapporto tra consumo di farmaci e spesa, dal grafico successivo è possibile notare come la P.A. di Trento, così come accadeva negli anni scorsi, si sia posizionata nel quadrante che identifica le regioni che usano i farmaci mediamente meno costosi e hanno un consumo più basso rispetto alla media nazionale.

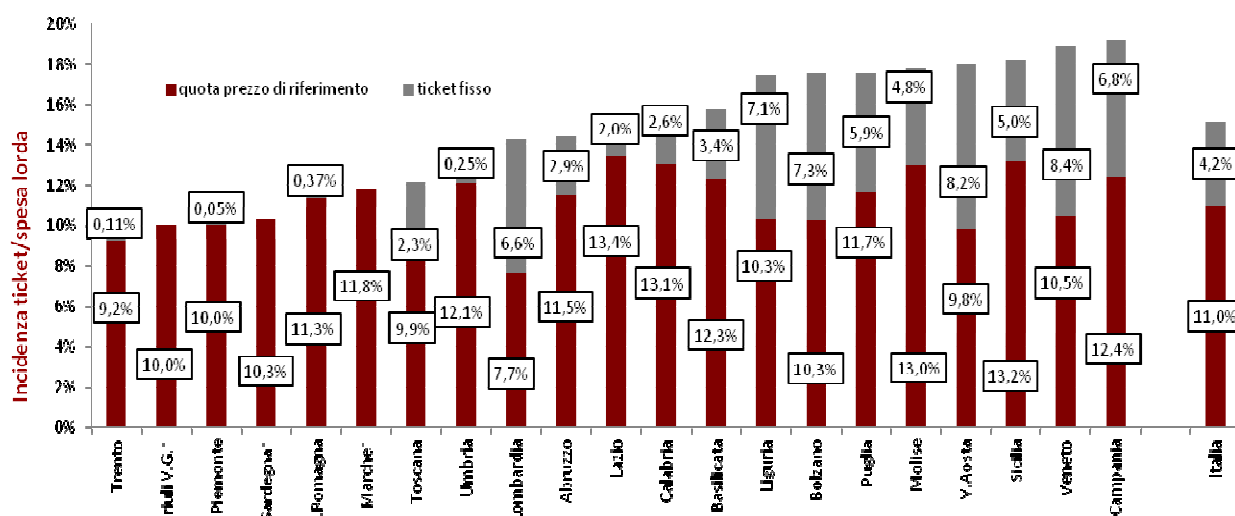
Figura 54: Rapporto tra consumo di farmaci e spesa (anno 2020)



3.1.3 INDICATORE: Compartecipazione alla spesa farmaceutica

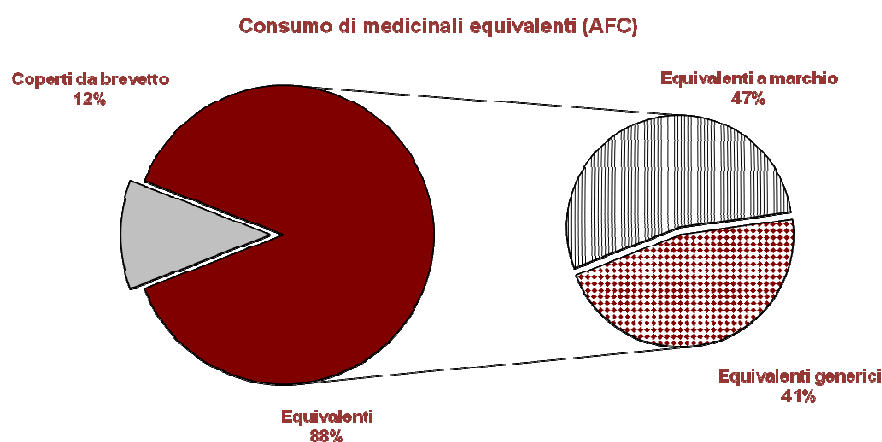
Dal 01/01/2020 è stato abolito, solo per i residenti della PAT, il provvedimento che introduceva il pagamento di una quota di €1 per ogni ricetta spedita in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (AFC). Tale provvedimento ha ridotto significativamente il contributo dei cittadini alla spesa farmaceutica facendolo diventare il più basso al livello nazionale e la bassa incidenza della quota prezzo di riferimento ha confermato la tendenza degli utenti a preferire prevalentemente i farmaci equivalenti.

Figura 55: Incidenza % della compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica



Il diffuso ricorso al farmaco equivalente è legato ad un preciso atteggiamento culturale che tende a mantenere certi, gratuiti e universali alcuni beni per la società, includendo tra questi i farmaci e dal grafico successivo è facile verificare come il consumo di farmaci unbranded, ossia senza marchio industriale rappresentino il 40% del consumo di farmaci in AFC. La diffusione di tale fenomeno culturale prova che in Trentino, così come accade in Germania e Regno Unito, non vi è alcun pregiudizio nell'utilizzo di un bene senza "etichetta" e che vi sono più risorse disponibili sia per l'assistenza sanitaria che per i cittadini.

Figura 56: Consumo di farmaci equivalenti (anno 2020)



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene in gran parte tramite prenotazione telefonica (Call Center) e presso i diversi sportelli ed ambulatori aziendali. Inoltre, alcune prestazioni, in quasi tutte le strutture erogatrici, non prevedono prenotazione ma accesso diretto (radiografie del torace e prelievi ematici).

Le prenotazioni (via telefono, via sportello, via web), sia in regime istituzionale sia in libera professione intramoenia, vengono effettuate tramite un unico software gestionale aziendale, ove sono depositate tutte le agende delle visite e degli esami specialistici, che si sostanzia in un Centro Unico di Prenotazione (CUP).

La prenotazione delle visite e delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale (SSN) è possibile, salvo pochi casi, soltanto dietro presentazione, o comunque disponibilità, di ricetta SSN.

Al momento della prescrizione, il medico può indicare sulla ricetta un'eventuale priorità clinica, che in provincia di Trento è applicata secondo il modello denominato RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea), i cui limiti di attesa per categoria di priorità clinica sono coerenti con quanto indicato dagli Accordi Stato-Regioni del 2002, con il nuovo Piano nazionale per il

governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 e con il Piano provinciale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 della Provincia Autonoma di Trento.

La distribuzione delle prestazioni nelle varie sedi di erogazione, pubbliche e private convenzionate, ospedaliere e distrettuali, si colloca in un'ottica di rete che ha nel CUP un suo punto di forza e ha fornito un valido contributo organizzativo nel contenimento dei tempi d'attesa. Anche l'attività in libera professione intramoenia è prenotata, con un percorso separato, sempre tramite il sistema CUP, anche al fine di garantire trasparenza e tracciabilità delle prestazioni erogate.

I cittadini possono prenotare le prestazioni anche via web attraverso il link "CUP on-line" che fornisce, ad un cittadino che dispone di ricetta SSN o che richiede una prestazione ad accesso diretto, la prima data disponibile per tutte le strutture che erogano quanto richiesto. La modalità di prenotazione on-line è al momento garantita per le prestazioni con ricetta SSN senza codice ad elevata priorità. La prenotazione è possibile, con simili funzionalità, anche tramite APP. In Provincia di Trento, sono inoltre attive le prenotazioni: i) tramite fascicolo sanitario elettronico per i cittadini iscritti a TreC (cartella clinica del cittadino) e ii) tramite la modalità CUP@ttivo per gli iscritti a TreC che vi hanno aderito: in quest'ultimo caso l'utente non deve più prenotarsi autonomamente bensì, dopo aver ricevuto la prescrizione di una prestazione da parte del proprio medico curante, viene contattato telefonicamente dal CUP.

Tramite il sito web dell'Azienda sanitaria è possibile consultare i tempi di attesa previsti dai monitoraggi nazionali e provinciali. Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle previste dal nuovo Piano di governo delle liste di attesa 2019-2021, che si riferiscono al monitoraggio dei primi accessi (sono escluse visite e prestazioni prescritte come controlli o successive).

Nell'anno 2020, e nei precedenti anni, le prestazioni complessivamente prenotate tramite il CUP sono riportate nella Tabella 49. Si osserva un incremento delle prenotazioni in regime istituzionale (SSN), comprese le strutture accreditate convenzionate, che è passato (rispetto all'anno che precede) da +3.4% nel 2017 a +5.8% nel 2018 a +2.8% nel 2019. Si osserva altresì un incremento, seppur non così marcato, delle prenotazioni in libera professione intramoenia (specialisti APSS, dipendenti e convenzionati interni), passato da +2% nel 2017 a +1.6% nel 2018 a + 2.9% nel 2019. Complessivamente, il prenotato in LP intramoenia sul totale del prenotato, nei 4 anni 2016-2019, si è mantenuto, con minime flessioni, intorno al 9%.

Nel corso del 2020, a seguito della pandemia, che ha manifestato i suoi primi effetti sulla domanda e sull'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali nel marzo 2020, sono state osservate alcune oscillazioni che hanno complessivamente determinato una riduzione del prenotato. Nella Tabella si osserva una riduzione delle prestazioni prenotate in regime istituzionale (SSN) rispetto all'anno 2019 del -14% ed una riduzione delle prenotazioni in libera professione intramoenia del -28.6%.

Tabella 49 – Numero di prenotazioni CUP (anni 2016-2020). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

anno	regime istituzionale (SSN)	LP*	totale
2016	1.118.206	110.338	1.262.232
2017	1.156.213	112.565	1.304.845
2018	1.222.976	114.314	1.337.290
2019	1.257.690	117.584	1.375.274
2020	1.082.880	84.010	1.166.890

* Prestazioni libero professionali intramoenia erogate da specialisti APSS (dipendenti e convenzionati interni).

La rete provinciale di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali comprende strutture dell'APSS (7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni sia per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto) e strutture private accreditate (9 strutture convenzionate per attività specialistica ambulatoriale e 29 studi/ambulatori convenzionati esterni per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche).

La distribuzione sul territorio delle sedi che erogano prestazioni specialistiche è capillare per le prestazioni di primo livello, mentre è necessariamente concentrata nelle sedi ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità o elevata tecnologia. Nel corso del 2020, a causa della carenza di risorse interne e alla riduzione dell'offerta ospedaliera correlata alla pandemia, vi è stato un supporto all'erogazione di prestazioni di imaging ad elevata tecnologia (RM e TC anche con mezzo di contrasto) da parte delle strutture private accreditate.

Nella Tabella 50 si evidenziano i tempi di attesa delle prestazioni prenotate ed erogate nel corso del 2020 con codice RAO ad elevata priorità A, B, C (corrispondenti ai codici U, B, D nazionali) che, in provincia di Trento, hanno limiti massimi nel 90% dei casi a 3, 10, 30 giorni. Sono riportati i dati riferiti agli utenti che hanno prenotato il primo posto libero offerto al momento del contatto col CUP (sono escluse le prenotazioni di prestazioni pre- e post-ricovero, cosiddetti "fogli gialli"). Nel 2018 e nel 2019 il totale delle prenotazioni con gli stessi codici RAO è stato rispettivamente di n. 152.332 e di n. 167.477 prenotazioni, pertanto con un aumento del 10% dell'uso di codici ad elevata priorità tra il 2018 e il 2019, il che ha reso più complessa la gestione del livello di garanzia, soprattutto per i casi con richiesta RAO B.

Nel corso del 2020, a causa della carenza di risorse interne e alla riduzione dell'offerta ospedaliera e della specialistica ambulatoriale interna correlata alla pandemia, si osserva. Rispetto all'anno precedente, una ulteriore difficoltà a garantire i livelli di garanzia entro i limiti massimi di 3, 10, 30 giorni nel 90% dei casi.

Tabella 50 – Numero di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO A B C - anno 2020 (prenotazioni su primo posto libero). Fonte QLIK CUP_Prestazioni prenotate

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

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

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

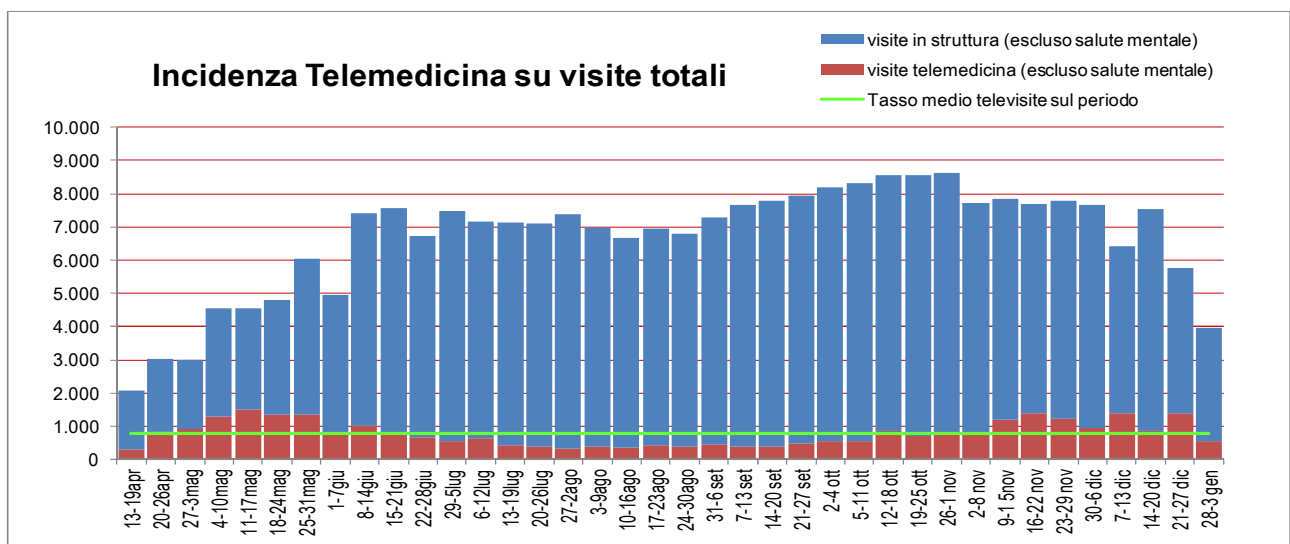
La procedura aziendale: "Modalità di gestione delle visite a distanza (telemedicina) in periodo Covid19" del 15.04.2020 (aggiornata con la procedura "Modalità di gestione delle televisite (Telemedicina) del 26.11.2020), ha diffuso e illustrato con precisione le modalità operative per la prescrizione, la prenotazione e la refertazione delle visite specialistiche ambulatoriali da "remoto" compresi gli strumenti informativi ed informatici da utilizzare (SIO – Healthmeeting - GSuite con Hangouts per Chat e Meet) e naturalmente l'informativa specifica per il trattamento dei dati personali, resa disponibile anche nel sito Internet di APSS nella sezione "Privacy e diritto d'accesso".

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

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

Report di monitoraggio delle attività di telemedicina sono prodotti dal Servizio Analisi e Integrazioni Dati (SIAD) a cadenza mensile, per una verifica del grado di implementazione del processo. Di seguito una sintesi dei volumi di attività erogata in televisita nel corso del 2020.

Figura 56 – Incidenza delle televisite sulle visite totali erogate nel periodo 13/04/2020-03/01/2021



Fonte: dati cassa

Come si evince dalla figura, si è registrato un ricorso elevato alle televisite durante la prima fase dell'emergenza, con un picco di televisite sul totale delle prestazioni del 33% nella settimana 11-17 maggio. Successivamente, nel corso del periodo di minor incidenza della pandemia (luglio-settembre) la quota di televisite sul totale delle visite effettuate si è ridotta, per poi incrementare nuovamente nei mesi di ottobre-dicembre.

Un altro strumento di lavoro a distanza introdotto in seguito all'emergenza è quello delle **"Finestre telefoniche"** che permette un efficace confronto e contatto tra i Medici di Base e i colleghi specialisti anche per ottenere una *second opinion* per una scelta condivisa da parte del MMG del miglior approccio diagnostico e terapeutico per il proprio paziente. L'elenco delle "Finestre telefoniche" suddiviso per molte discipline specialistiche, riporta i giorni e gli orari nei quali circa 260 specialisti sono disponibili per un interscambio informativo con i colleghi della Medicina di Base.

Assistenza odontoiatrica

Nell'anno 2020, l'emergenza sanitaria determinata dal SARS-CoV-2 ha fortemente condizionato tutta l'attività sanitaria, compresa quella odontoiatrica prevista in applicazione della LP 22/2007

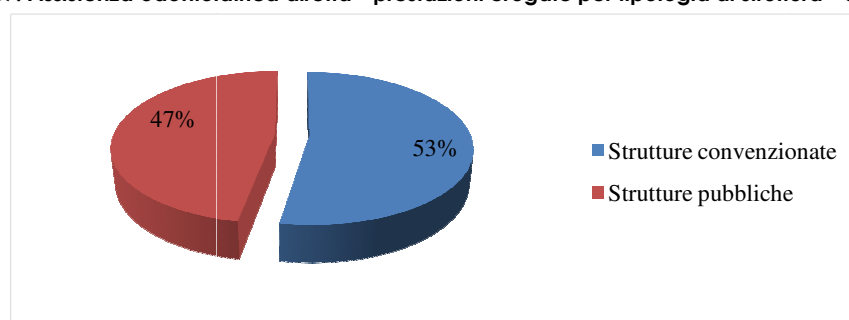
La pandemia ha infatti determinato una sospensione delle attività odontoiatriche nei mesi di marzo – aprile e una ripresa dal mese di maggio con l'adozione di misure di sicurezza atte a contenere il rischio di diffusione del virus.

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

Con tale premessa, nell'anno 2020 l'attività odontoiatrica è stata garantita in forma diretta dalle strutture pubbliche della APSS e da 26 studi e ambulatori privati convenzionati (anno 2019 = 26).

Per quanto attiene le **attività ambulatoriali**, complessivamente sono state erogate 97.353 prestazioni (anno 2019 = 138.946), di cui 46.031 (47%) dagli ambulatori della struttura pubblica (anno 2019 = 77.539, pari al 56%) e 51.322 (53%) dagli ambulatori convenzionati (anno 2019 = 61.407, pari al 44%) (figura 57).

Figura 57. Assistenza odontoiatrica diretta - prestazioni erogate per tipologia di struttura - anno 2020



A tale attività deve essere aggiunta quella erogata in forma indiretta dagli ambulatori privati ai quali si sono rivolte, ottenuto il nulla osta, 159 persone (anno 2019 = 315 persone), di cui 100 (63%) per cure, 39 (25%) per prestazioni di ortodonzia e 20 (13%) per prestazioni protesiche, per un valore complessivo di 66.254,91 euro (anno 2019 = 117.297,52 euro).

In sintesi, l'analisi dei dati della assistenza odontoiatrica erogata in regime ambulatoriale evidenzia per l'anno 2020:

- la riduzione del numero complessivo di prestazioni erogate rispetto al 2019 (-29,9%), determinato dalla riduzione dell'attività sia delle strutture convenzionate (-16,4%), che di quelle pubbliche (-40,6%);

Tab. 51 - Numero prestazioni ambulatoriali di odontoiatria per tipologia di struttura anni 2018 - 2019 - 2020

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

Due dei ventisei studi convenzionati non hanno di fatto erogato prestazioni nel corso del 2020, causa pandemia.

- la prevalenza delle prestazioni ricomprese nella voce "cure" rispetto alle altre prestazioni complessivamente erogate e il maggior impegno delle strutture convenzionate, rispetto a quelle pubbliche, nelle attività di protesica e di ortodonzia (tabella 52 e figura 58).

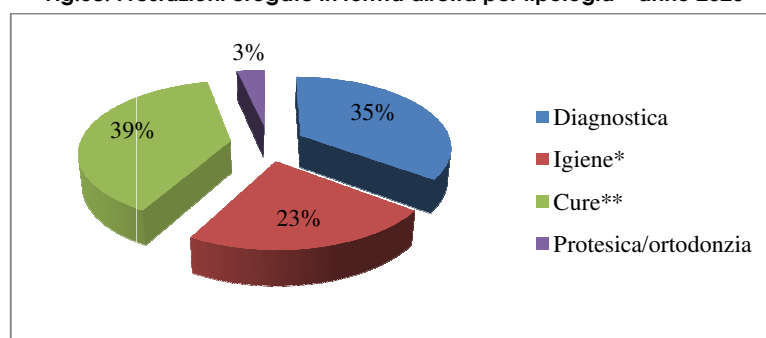
Tab. 52 - Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2020

Assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento - anno 2020			
Prestazioni	APSS	Strutture convenzionate	Totale
	n.	n.	n.
Diagnostica	20.464	13.777	34.241
• Visita	18.480	12.337	30.817
prima visita	12.312	6.893	19.205
visita di controllo	6.168	5.444	11.612
• Radiografia dentaria	1.984	1.440	3.424
Igiene*	7.867	14.332	22.199
Cure**	16.985	20.590	37.575
Protesica/ortodonzia	715	2.623	3.338
Totale	46.031	51.322	97.353

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

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

Fig.58. Prestazioni erogate in forma diretta per tipologia – anno 2020



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

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

- un numero di persone che hanno beneficiato dell'assistenza odontoiatrica complessivamente erogata dagli ambulatori aziendali, da quelli convenzionati e dai privati pari a 20.986 (anno 2019 = 31.129), come di seguito riportato.

Tab.53 - Persone che hanno beneficiato della LP 22 per tipologia di struttura – anni 2018 - 2019 - 2020

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

- un orientamento dell'attività ambulatoriale rivolta ai minori sia nelle strutture pubbliche che in quelle convenzionate che hanno assicurato a questa fascia di età rispettivamente il 46,5% e il 54,89 % delle prestazioni erogate nell'anno. Relativamente alla cittadinanza, gli stranieri rappresentano il 19,7% del totale delle persone, delle quali è documentata la provenienza, che hanno usufruito dell'assistenza odontoiatrica nelle strutture APSS, il 20,9 % di quelle che hanno avuto accesso alle strutture convenzionate.

In particolare, gli stranieri che maggiormente hanno avuto accesso agli ambulatori odontoiatrici, sia aziendali che convenzionati, sono di nazionalità albanese, marocchina, rumena;

- un costo complessivo di euro 13.016.276 (anno 2019 = 12.687.257 euro), come riportato in tabella 54.

Tab.54 - Costi assistenza odontoiatrica – anni 2018 – 2019 - 2020

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

**compresa quota EMPAM

I costi aziendali indicati non comprendono i costi della degenza e della sala operatoria relativi ai ricoveri in day surgery effettuati dalle UU.OO. di Chirurgia Maxillo facciale dell'ospedale di Trento e di Odontostomatologia dell'ospedale di Borgo Valsugana per prestazioni di "chirurgia orale di particolare complessità" che "rispondono a specifico grave quadro clinico", come previsto dalla LP 22/2007.

Le principali motivazioni che hanno portato ad un maggior costo per APSS per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica nel 2020 sono riconducibili alle misure di protezione e prevenzione anti Covid -19 (DPI / appalto per le pulizie) e all'aggiornamento della valorizzazione dei costi per figura professionale

Relativamente all'**attività in regime di degenza**, nel 2020 le UU.OO. di Chirurgia Maxillo facciale dell'ospedale di Trento e di Odontostomatologia dell'ospedale di Borgo Valsugana hanno effettuato complessivamente 257 ricoveri in day surgery per le prestazioni di "chirurgia orale di particolare complessità" che "rispondono a specifico grave quadro clinico".

Si riportano di seguito i DRG più frequenti determinati dal ricovero in regime diurno nelle due unità operative nel triennio 2018 - 2020.

Tab. 55 - Day surgery UU.OO Chirurgia Maxillo facciale Trento e Odontostomatologia Borgo

DRG più frequenti anni 2018 – 2019 – 2020

DRG	Numero dimessi		
	2020	2019	2018
187 Estrazioni e riparazioni dentali	158	260	203
169 Interventi sulla bocca senza CC	84	119	108
185 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	12	21	20

Fonte: Qlik SDO APSS.

Per quanto attiene l'**attività di prevenzione**, nell'anno scolastico 2019 – 2020, così come per quello 2020 – 2021, causa l'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2 non è stato possibile garantire lo screening odontoiatrico ai bambini iscritti alla 2ª classe della scuola primaria di primo grado come per tutti gli anni precedenti. Pertanto, APSS, per l'anno scolastico 2021 – 2022, sarà impegnata ad organizzare e garantire la campagna di screening per i bambini iscritti alla 2ª classe della scuola primaria di primo grado ma anche a pianificare ed organizzare un piano di recupero screening per tutti i bambini per cui la campagna è stata annullata causa pandemia negli anni precedenti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il piano della salute del Trentino 2015-2025 individua la riorganizzazione della rete ospedaliera tra le azioni prioritarie da intraprendere allo scopo di favorire il rafforzamento dei rapporti della rete stessa con il territorio e con il settore socio assistenziale, in una logica di continuità che possa garantire la centralità del paziente nel processo di cura e assistenza.

Il Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) è l'articolazione organizzativa dell'Azienda che coordina unitariamente i sette ospedali pubblici inseriti nella "rete ospedaliera provinciale". La riorganizzazione di APSS avviata nel 2017 è fortemente orientata ad un consolidamento del governo unitario del Servizio Ospedaliero Provinciale, da realizzarsi anche attraverso l'istituzione delle sette Aree Ospedaliere con valenza gerarchica sulle Unità operative e Servizi dei diversi ospedali raggruppati trasversalmente secondo criteri di affinità clinica e/o di tipologia di mandato.

Il sistema ospedaliero unificato continua ad operare anche attraverso le altre forme organizzative trasversali già esistenti: i dipartimenti, le aree funzionali omogenee e le unità operative multizonali con l'obiettivo di garantire standard organizzativi e qualitativi uniformi, nonché efficienza nella distribuzione e nell'uso delle risorse e appropriatezza delle attività.

I principi fondamentali della rete rimangono la partnership e la sussidiarietà delle strutture componenti che si realizza attraverso processi di accentramento/decentramento della casistica basati sui percorsi clinici e sul riconoscimento esplicito di mandati e competenze cliniche, favorendo lo sviluppo di specifici ruoli di eccellenza.

IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE ATTIVITÀ

La necessità di individuare, tracciare, prendere in carico ed assistere i casi di positività al virus SARS-CoV-2, emersa improvvisamente nel corso del mese di febbraio 2020 e resasi inevitabile in seguito al primo caso di positività in Trentino il 2 marzo 2020, ha rivoluzionato obiettivi ed attività di APSS. Di seguito è sintetizzato l'impatto della pandemia da SARS-CoV-2 su alcuni aspetti delle attività aziendali.

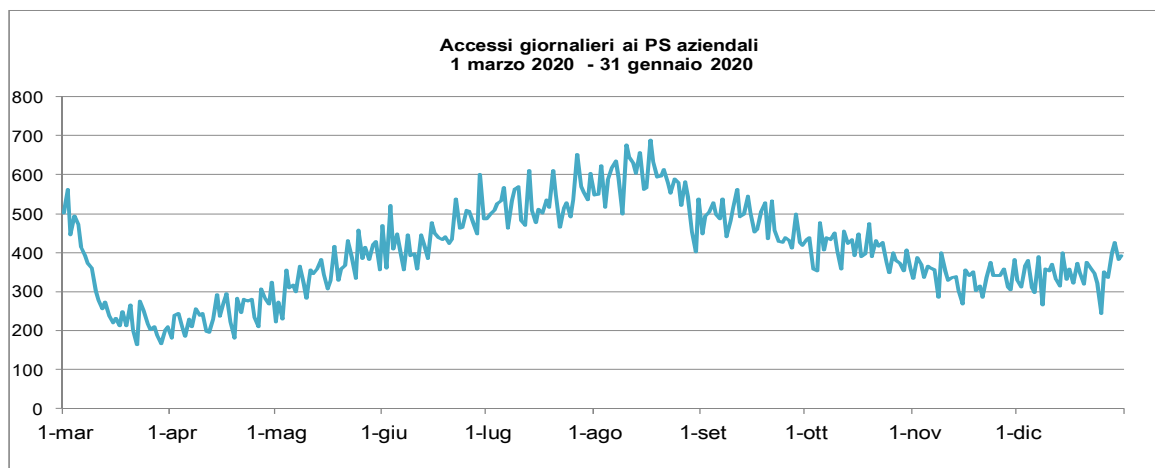
Tabella 56 - Dati di attività per mese. In azzurro il dato più basso per ogni mese, in rosso il più elevato

	MEDIA 2019	MEDIA MAR	MEDIA APR	MEDIA MAG	MEDIA GIU	MEDIA LUG	MEDIA AGO	MEDIA SET	MEDIA OTT	MEDIA NOV	MEDIA DIC
ACCESSI IN PS	4.303	2.031	1.693	2.533	3.077	3.731	4.084	3.396	2.859	2.362	2.386
ATTI OPERATORI	377	237	143	288	314	364	367	353	370	232	217
PRESENZA GIORNALIERA	1.017	975	842	849	918	1.023	1.055	1.049	1.068	993	974
- RICOVERI COVID		217	296	63	7	2	4	10	43	356	379
- RICOVERI NO COVID		758	546	786	911	1.021	1.052	1.040	1.025	638	594
PRESTAZIONI AMBULATORIALI ⁵											
- LABORATORIO	92.983	51.250	38.665	81.423	89.595	93.695	87.119	91.373	95.529	82.189	69.179
- RADIOLOGIA	3.020	1.734	772	1.661	2.341	2.482	2.391	2.372	2.540	2.257	1.923
- ALTRO	29.671	17.621	7.849	12.561	20.743	23.734	21.992	25.486	27.723	24.853	19.720

Complessivamente l'impatto dell'epidemia Covid-19 ha determinato una contrazione significativa delle principali attività aziendali. Fatta eccezione per le ricette di laboratorio, in nessuno degli ambiti riportati in tabella è stato possibile ritornare ai livelli medi rilevati nel 2019. Di seguito una rappresentazione sintetica del trend rilevato nel 2020 per i vari ambiti di attività.

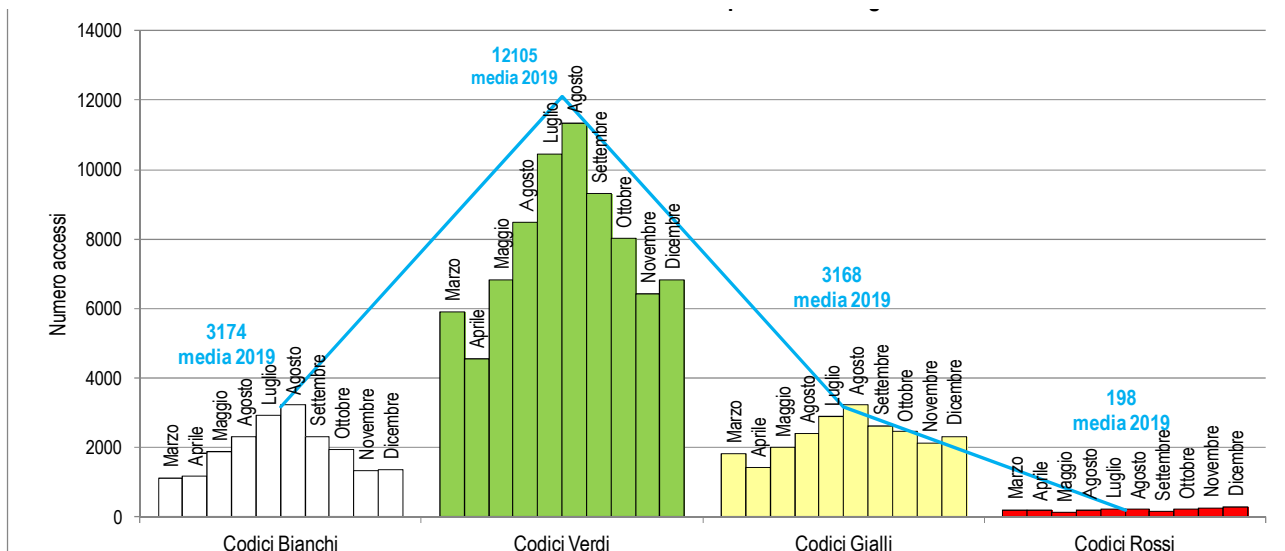
⁵ Trattasi del numero di ricette rilevate per branca nei dati di cassa nel corso del periodo considerato.

Fig. 59 - Accessi giornalieri ai Pronti Soccorso aziendali



Fonte: Qlik PS

Fig. 60 – Andamento accessi al Pronto Soccorso per codice triage



Fonte: Qlik PS

L'andamento dei codici bianchi, verdi e gialli ha subito un forte decremento rispetto alla media dell'anno precedente nei mesi di marzo e aprile, successivamente c'è stata una progressiva crescita che ha avuto il suo picco nel mese di agosto 2020. Nei mesi seguenti gli accessi mensili si sono progressivamente ridotti per ritornare sostanzialmente ai livelli di marzo 2020. È interessante notare come la media degli accessi mensili del 2019 è stata superata solo nel mese di agosto per i codici bianchi e gialli e in nessun caso per i codici verdi. La media mensile dei codici rossi si conferma stabile rispetto al 2019, invece i codici verdi e bianchi si sono ridotti in media di circa il 36% ed i codici gialli del 27%.

Attività chirurgica settimanale in regime di ricovero ordinario

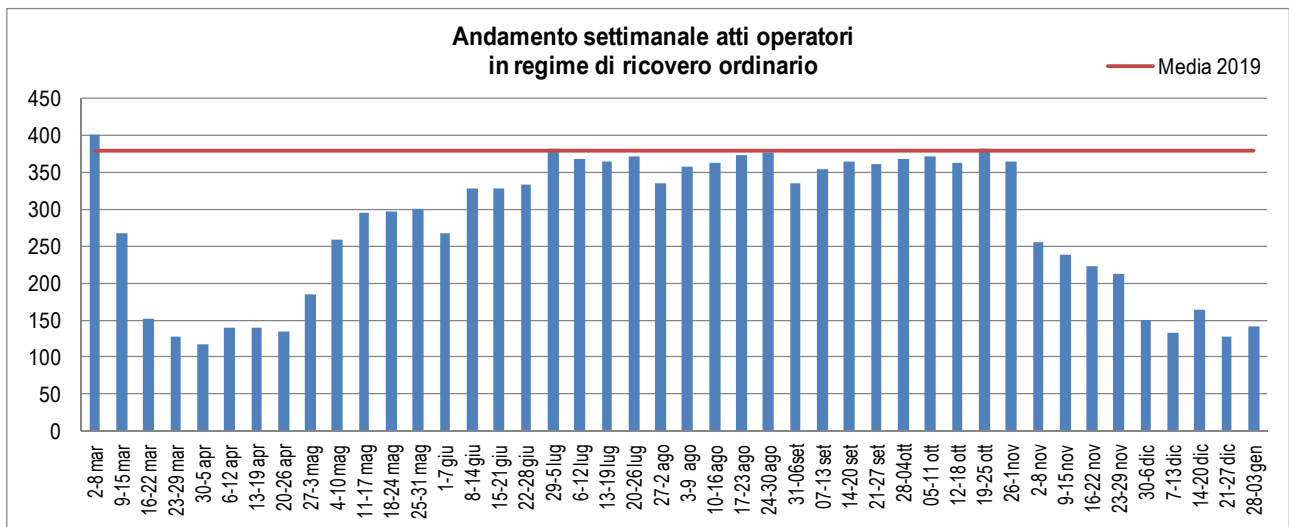
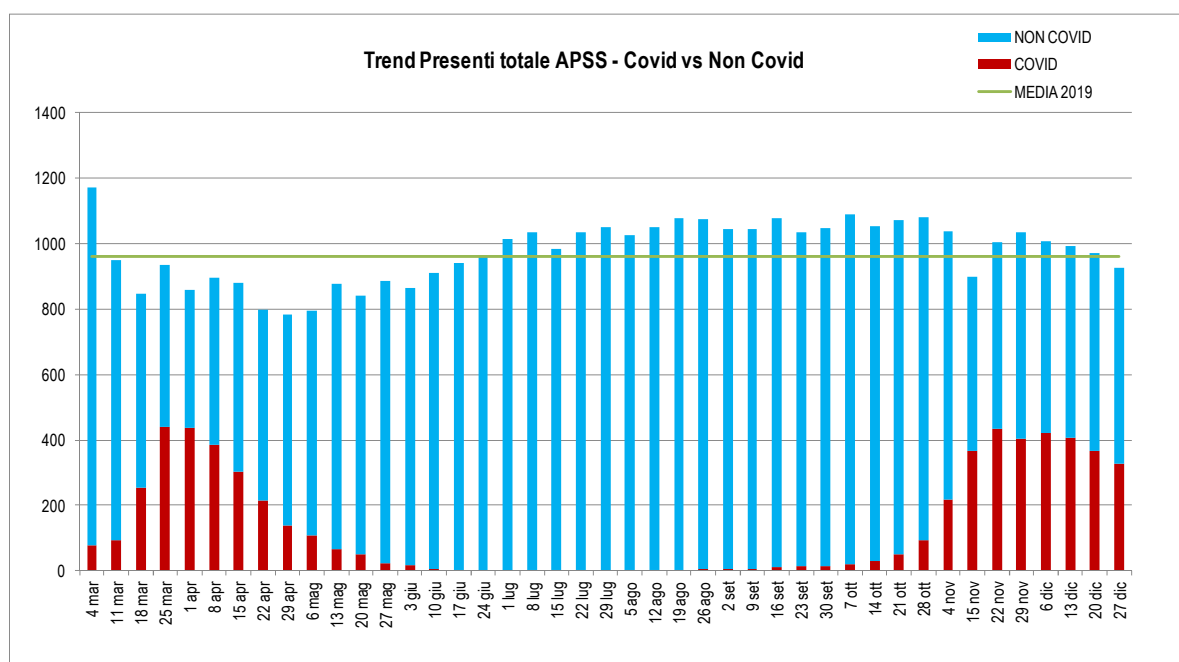


Figura 61 - Fonte: Qlik REGOPE

Attività di ricovero ordinario

Fig. 62 – Trend dei presenti nei posti letto per acuti in regime di ricovero ordinario



Fonte: SDO

Nel 2020, l'attività operatoria e l'andamento dei ricoveri sono strettamente correlati: in corrispondenza dei picchi di ricoveri Covid è stato necessario destinare spazi, posti letto, personale delle terapie intensive e delle rianimazioni, nonché talvolta anche sale operatorie, per la cura di questi pazienti. Di conseguenza si è dovuto ridurre in tali periodi l'attività operatoria, pur garantendo le emergenze e le urgenze, anche al fine di limitare gli accessi alle strutture sanitarie per evitare il diffondersi dell'epidemia. Per tutto il periodo da marzo a dicembre l'andamento settimanale degli atti operatori si è mantenuto al di sotto della media 2019, con conseguente slittamento degli interventi programmati.

Con riferimento ai ricoveri per acuti, la prima ondata di epidemia ne ha determinato una riduzione (periodo marzo-maggio) mentre nel periodo successivo gli stessi si mantengono sui livelli dell'anno precedente. Le giornate di degenza ordinaria per acuti rilevate per i presidi pubblici, nell'arco dei 12 mesi, si sono ridotte di circa il 12% passando da 349.568 nel 2019 a 306.497 nel 2020.

Attività ambulatoriale

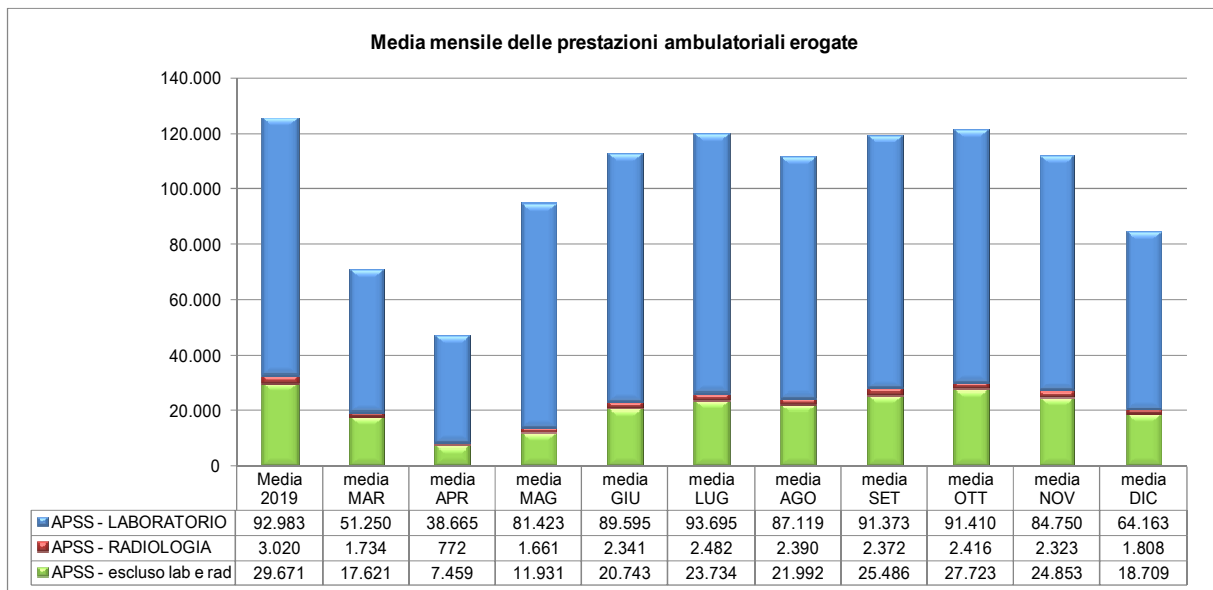


Fig. 63 – Trend mensile delle ricette ambulatoriali erogate - Fonte: dati cassa

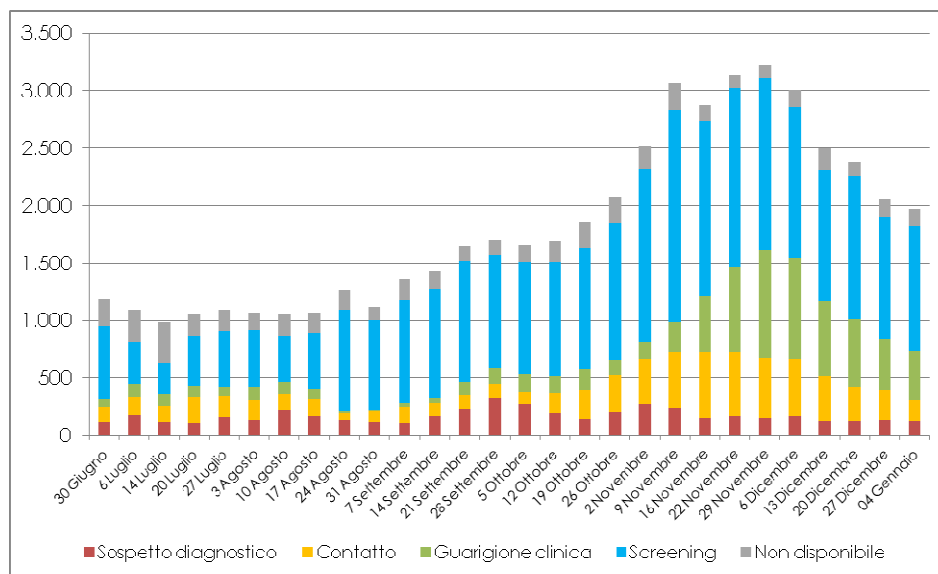
L'andamento dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali ha subito una forte battuta d'arresto nel periodo di marzo aprile per poi riprendere progressivamente e stabilizzarsi nei mesi successivi. L'erogazione delle prestazioni è stata condizionata in modo importante dalle necessità di limitare l'accesso alle strutture sanitarie, garantire il distanziamento, evitare assembramenti ed individuare percorsi dedicati per pazienti Covid e non Covid. È stato di conseguenza necessario rivedere completamente le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali. Una forte spinta è stata data all'attività di telemedicina, come descritto nel paragrafo dedicato.

Tamponi molecolari per la diagnosi di SARS-Cov-2

La diffusione del virus SARS-Cov-2 ha determinato la necessità di diagnosticare quanto più precocemente e con adeguato livello di certezza i casi incidenti di SARS-Cov-2, al fine di provvedere alla successiva presa in carico, alla quarantena – o all'eventuale ricovero – del paziente affetto dal virus e all'isolamento preventivo dei suoi contatti stretti. Nel periodo che va dal 2 marzo al 31 dicembre 2020 APSS ha effettuato **n. 450.593 tamponi molecolari**⁶. Nei grafici seguenti sono rappresentati i tamponi molecolari effettuati settimanalmente per motivo e setting di esecuzione nel periodo dal 30 giugno 2020 al 4 gennaio 2021.

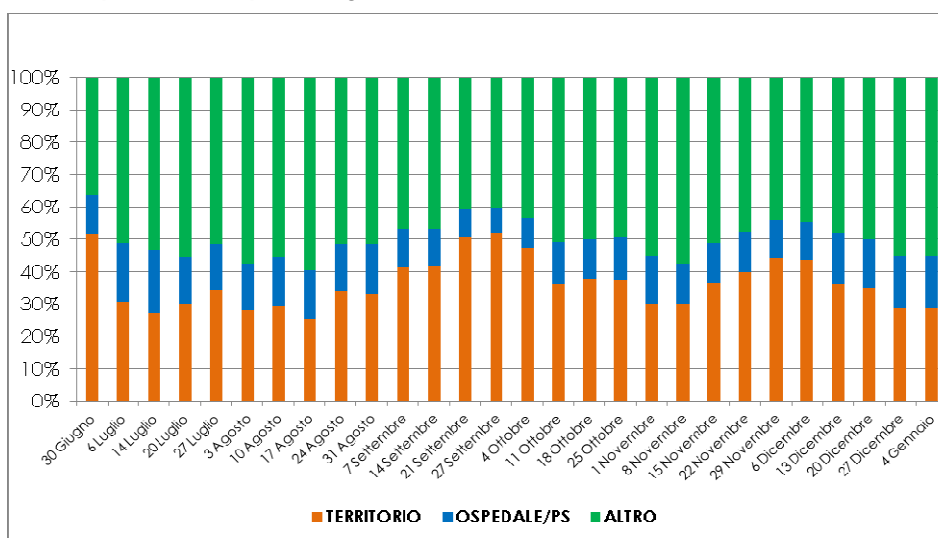
⁶ Ai tamponi molecolari sono stati altresì affiancati i tamponi antigenici per isolare persone contagiose, in ottica di sanità pubblica.

Figura 64 - Tamponi effettuati per Motivo di Esecuzione



Fonte: database aziendali

Figura 65- Tamponi effettuati per Setting di esecuzione



Fonte: database aziendali

Dai grafici si evince che la maggior parte dei tamponi molecolari effettuati nel corso del 2020 è stata fatta per finalità di screening, seguita dalla diagnosi di guarigione. Rispetto al setting di esecuzione, i tamponi molecolari sono stati prevalentemente effettuati sul territorio (servizi igiene territoriale e drive through) e presso le RSA (che confluiscono nel raggruppamento "altro").

GOVERNO DELLA DOMANDA E QUALITÀ DELL'OFFERTA DI ASSISTENZA

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

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

INDICATORE: Capacità di governo della domanda di assistenza

La "Capacità di governo della domanda di assistenza" è un indicatore di sintesi che assume una quotazione pari alla media dei punteggi relativi agli indicatori di valutazione C1.1.1 e C1.1.2.1 e valuta la capacità di governo della domanda di assistenza ospedaliera. Poiché l'avvento della pandemia ha determinato una complessiva riduzione delle attività erogate, il sensibile calo evidenziato da questi indicatori nel 2020 non può essere preso a riferimento per valutare le performance, in quanto derivante non da una maggiore efficienza del sistema, bensì da un crollo non desiderato

dell'offerta. Per il 2020, pertanto, il S.Anna non ha effettuato una valutazione di performance su questi indicatori, limitandosi a rilevarne il valore.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi della capacità di governo della domanda.

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

C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti **73.75**

C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **19.83**

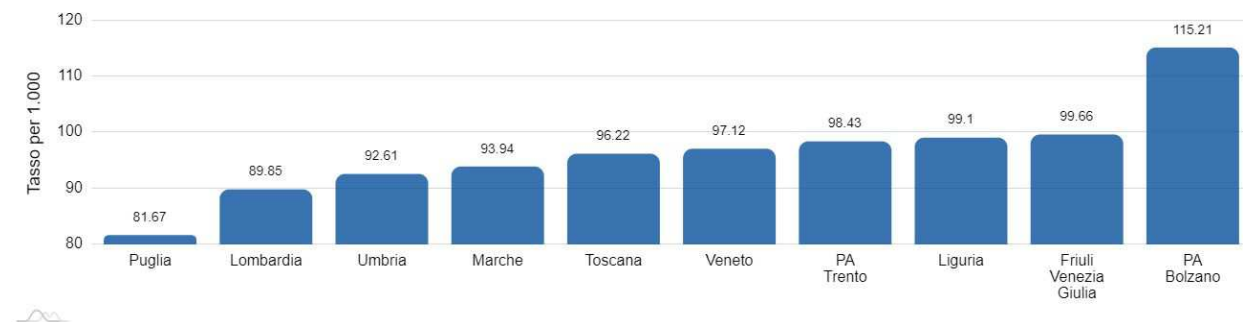
C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti **6.17**

C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso **6.19**

C1.5 Indice di case mix **1,01**

C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) **35.9%**

Figura 66. Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso



INDICATORE: Appropriately chirurgica

Si parla di appropriatezza chirurgica quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche ed utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici. In questa ottica, l'albero C4 dell'appropriatezza chirurgica mette in evidenza l'utilizzo delle risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle strutture, sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery, ponendo l'attenzione sui DRG LEA a rischio di inappropriately in regime di ricovero e sulle colecistectomie laparoscopiche.

La gestione della casistica chirurgica è complessivamente appropriata, per quanto possa essere ulteriormente incentivato il ricorso alla day surgery, che a sua volta contribuirebbe ad un'ulteriore contrazione della durata delle degenze chirurgiche, comunque più contenuta rispetto alle altre Regioni.

Poiché l'avvento della pandemia ha determinato una complessiva riduzione delle attività erogate e al mantenimento delle sole attività urgenti, il valore di questi indicatori nel 2020 non può essere preso a riferimento per valutare le performance, in quanto derivante non da una maggiore efficienza del sistema, bensì da una variazione esogena dell'offerta di prestazioni. Per il 2020, pertanto, il S.Anna non ha effettuato una valutazione di performance su questi indicatori, limitandosi a rilevarne il valore.

Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi dell'appropriatezza chirurgica

C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriately in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) 0,17%

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici 18,98%

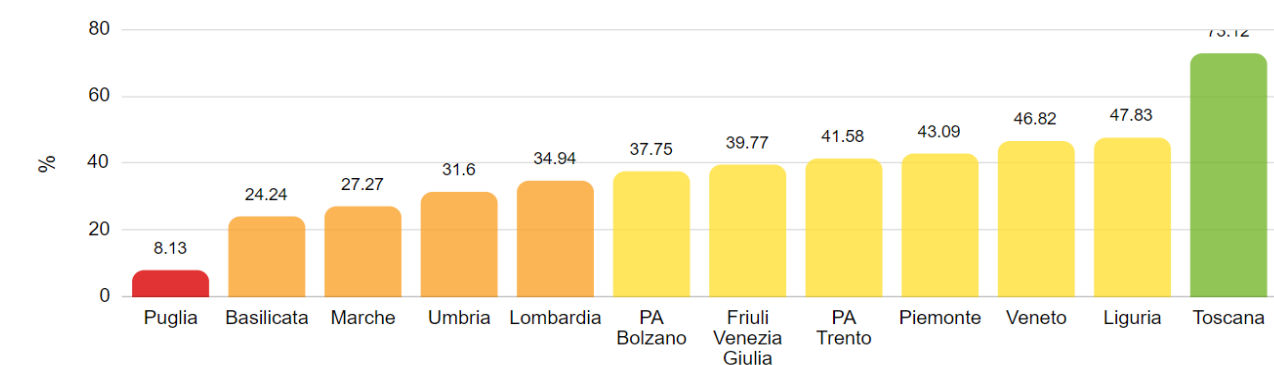
C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari 19,96%

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery o RO 0-1 gg **41.58 %**

C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) 46.04 %

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti **5.62**

Figura 67. Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 gg



Intervento per la frattura del collo del femore

Effettuare entro le prime 24 ore, e non oltre le 48 ore, l'intervento chirurgico per la frattura del collo del femore è una raccomandazione contenuta nelle maggior parte delle Linee Guida disponibili che mostrano come che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente.

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

Nel confronto con le altre regioni del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2020, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni si conferma per l'APSS la più elevata (**81,79%**).

Figura 68. C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) – Anno 2020



INDICATORE: Qualità clinica/di processo

L'indicatore qualità di processo valuta la componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche ed alla condivisione con i professionisti.

In termini di organizzazione dei processi ospedalieri, a fronte di un'elevata percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore, si registra ancora una difficoltà relativamente alla capacità dei pronto soccorso di indirizzare i pazienti verso il corretto setting di degenza.

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

Nel confronto con le altre regione del Network S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2019, l'APSS di Trento ottiene una valutazione buona (**3,32**), risultando anche per il 2020 la migliore nel Network.

Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per l'analisi dell'appropriatezza chirurgica

- C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale **3,1 %**
- C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute) **81,79%**
- C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali **90.06%**
- C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate **96.25%**
- C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti **1,4 Giorni**
- C16.7 Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione **54,47 %**
- C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore **94.5%**

Figura 69. Qualità di processo: confronto tra le Regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2020)



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	2,98
Friuli Venezia Giulia	3,27
Liguria	2,51
Lombardia	2,60
Marche	2,94
PA Bolzano	3,15
PA Trento	3,32
Piemonte	2,56
Puglia	2,71
Toscana	3,11
Umbria	2,85
Veneto	3,21

PERCORSI ONCOLOGICI

I percorsi clinici hanno come scopo di definire la sequenza corretta di interventi di diagnosi e cura che si susseguono nelle varie fasi della gestione di una determinata patologia, da applicare in modo uniforme e omogeneo. Il fondamento è la centralità del paziente, che attraversa vari servizi e strutture potendo contare però su una presa in carico continuativa e multidisciplinare, fondata sulla collaborazione e il confronto tra tutti i professionisti coinvolti.

Anche nel 2020, pur nelle limitazioni derivanti dalla gestione dell'emergenza pandemica, sono stati per quanto possibile valorizzati i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) implementati negli anni precedenti, in particolare quello per la patologia oncologica mammaria, per la patologia oncologica della prostata, il PDTA per il tumore del colon-retto, quello per l'epatocarcinoma e il PDTA per il tumore polmonare.

INDICATORE: Soglie chirurgica oncologica/Performance Trattamenti Oncologici

L'indicatore in oggetto del Network – S. Anna di Pisa raccoglie una serie di indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti i percorsi oncologici quali il processo, i volumi, la spesa farmaceutica e l'appropriatezza chirurgica.

Nel confronto con le altre Regioni del Network, rispetto ai dati del 2020, l'APSS ottiene una valutazione di performance ottima (**4.72**), confermandosi la migliore del Network.

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

C10.1 Volumi Oncologia **4,72**

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

C10.1.3 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella **98,05%**

C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella **0.95**

C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata **4,43**

C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per int. chirurgici per tumore maligno alla prostata **5,7**

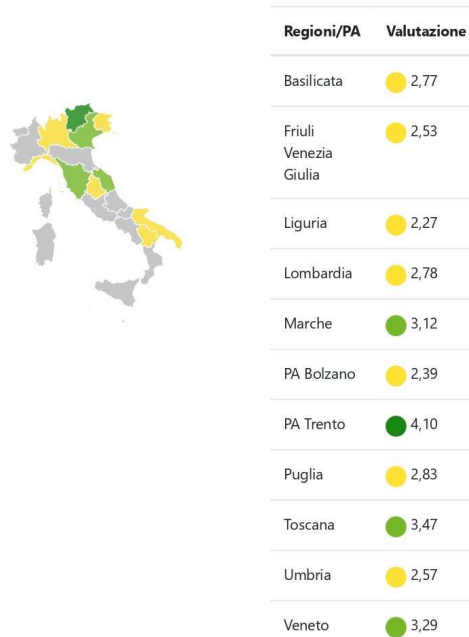
C10.2 Tumore alla mammella **2.32**

C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi per tumore maligno della mammella **71.62%**

C10.2.2.1 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella **30.87%**

C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (3anni) **3,28%**

Figura 70. Performance Trattamenti Oncologici: confronto tra le regioni/PP.AA. aderenti al Network – S. Anna di Pisa (anno 2020)



Percorso diagnostico terapeutico di oncologia mammaria e Breast Unit

In Provincia di Trento il Percorso diagnostico terapeutico di oncologia mammaria è stato attivato nel 2011 istituendo, attraverso un percorso unitario e multidisciplinare attuato ogni giorno con le pazienti che presentano patologia oncologica mammaria, funzionalmente la Breast Unit (BU).

A fine 2017 viene formalizzata a livello organizzativo una struttura operativa di coordinamento e raccordo e istituita la Rete clinica Breast Unit. Tutti i professionisti della Rete clinica senologica, impegnati per la gestione della paziente con neoplasia mammaria, nel corso dell'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale fanno riferimento a documenti prodotti nel corso di una serie di riunioni multidisciplinari che hanno visto impegnati in contemporanea 8 gruppi di lavoro costituiti in totale da più di 40 professionisti, ivi compresi i MMG e le associazioni di volontariato, dal 2018 in poi. Tali documenti sono stati redatti sulla base di solide e recenti evidenze di letteratura, raccolte nelle principali linee guida/raccomandazioni internazionali e nazionali con lo scopo di rendere riproducibili le azioni, uniformi le prestazioni erogate, ridurre l'evento straordinario, promuovere lo scambio di informazioni tra professionisti della Rete e definire al meglio il ruolo di ognuno di essi all'interno dei processi.

Tale percorso prevede due importanti momenti decisionali rappresentati dai consulti multidisciplinari pre e postoperatori.

Un aspetto qualificante della istituzione formale della Rete è costituito dalla organizzazione della chirurgia senologica sotto un'unica regia con un unico responsabile (individuato in agosto 2019) e di conseguenza con regole univoche e condivise dal personale chirurgico che ne fa parte e che è costituito da professionisti completamente dedicati alla chirurgia senologica e con esperienza consolidata in tale settore. La lista d'attesa all'intervento chirurgico garantisce trasparenza ed equità degli accessi in base a priorità clinica e viene controllata e gestita dal responsabile della chirurgia senologica in accordo con il coordinatore della BU.

Inoltre, sono state ridefinite e meglio coordinate le attività riabilitative nelle pazienti sottoposte ad intervento di dissezione ascellare in concomitanza all'intervento sul tumore primitivo, volte ad evitare o ridurre l'impotenza funzionale, l'insorgenza di dolore alla spalla e/o di linfedema del braccio operato.

Una considerazione particolare è stata, altresì, riservata alla preservazione della fertilità nelle pazienti giovani con tumore mammario soggette a trattamenti potenzialmente gonadotossici in collaborazione multidisciplinare e professionale con la PMA di Arco. Tutte le pazienti che presentano determinati criteri anamnestici predefiniti sono accompagnate a consulenza oncofertilità. Nel caso in cui risultino portatrici di mutazioni vengono inserite in un percorso personalizzato.

Da gennaio 2019 è stato istituito, in collaborazione con la UO di Reumatologia, un ambulatorio di Osteopatia metabolica per preservare "la salute dell'osso" delle pazienti sottoposte a terapie ormonali con deprivazione estrogenica.

E' stata istituita e inserita nell'equipe la figura della case manager, per favorire la presa in carico e seguire nel tempo le pazienti in maniera personalizzata e facilitare i rapporti con tutti i servizi coinvolti nella Rete. A questo proposito sono identificate due infermiere con importante carico di esperienza e competenza che possono rendersi garanti della presa in carico "operativa e globale" della paziente dalla diagnosi lungo tutto il corretto svolgimento dei percorsi terapeutico-assistenziali, essere presenti in tutti gli snodi operativi/organizzativi, identificare i bisogni della persona ed organizzare gli accessi evitando inutili disagi, rispettando la personalizzazione dei percorsi assistenziali. Infine, alla figura è riconosciuto un ruolo di raccordo tra i professionisti in ambito ospedaliero e tra cure primarie (ivi compreso il MMG) ed ospedale per una rapida presa in carico in caso di necessità.

PROTONTERAPIA

Il Centro di Protonterapia, Unità Operativa dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, è una struttura altamente specialistica dedicata alla cura dei tumori, che inoltre svolge attività di ricerca nell'ambito clinico, preclinico, spaziale, dei sensori e delle infrastrutture.

La Protonterapia è un trattamento radiante di precisione che utilizza particelle pesanti (i protoni) per irradiare le cellule tumorali con estrema precisione, risparmiando i tessuti sani intorno alla lesione.

Il Centro dispone di due sale dotate di gantry (ovvero la struttura che permette di indirizzare con grande precisione le radiazioni, ruotando a 360° intorno al paziente) e di una sala ad uso sperimentale e di ricerca, dotata di un fascio fisso. Attualmente, è l'unico Centro di Protonterapia afferente ad un'azienda sanitaria pubblica in Europa e l'unico ad essere dotato di gantry e della tecnologia PBS (pencil beam scanning) per l'erogazione del fascio di protoni. Il primo paziente adulto è stato trattato il 22 ottobre 2014 ed il primo paziente pediatrico il 21 maggio 2015.

Nel corso dei primi quattro anni di attività, lo studio e l'esperienza maturate dal personale del Centro hanno consentito di allargare progressivamente le tipologie di tumore trattate, conseguendo una serie di importanti primati scientifici a livello nazionale ed internazionale.

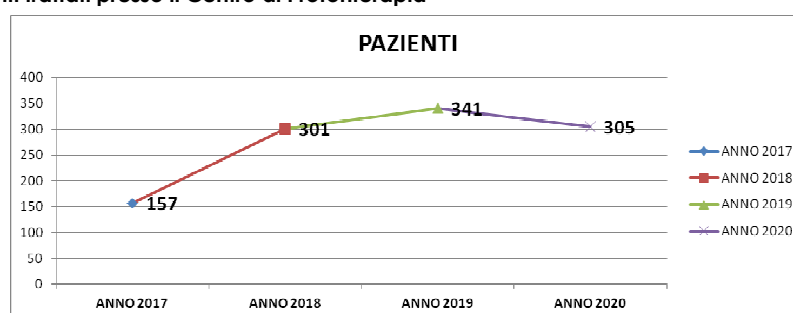
La dotazione tecnologica disponibile consente di effettuare la forma più evoluta di Protonterapia, attualmente in uso in pochi altri centri al mondo (active scanning, anche nelle forme più avanzate - IMPT), rendendo possibile il trattamento di ogni tipo di neoplasia solida pediatrica, inclusa l'irradiazione cranio-spinale, la radiochirurgia ed il trattamento di neoplasia localizzate in organi in movimento (estremamente complesso e disponibile solo in pochi centri al mondo).

Il Centro accoglie e tratta pazienti affetti dalle seguenti patologie: tumori cerebrali e della base cranica, tumori della testa e del collo, tumori pediatrici, sarcomi, tumori gastrointestinali, tumori in sindromi genetiche, tumori della colonna vertebrale e del sacro, linfomi oltre all'attività di trattamento di tumori già irradiati.

Nel corso dei primi quattro anni di attività, il numero di pazienti trattati è costantemente aumentato, riscontrando un deciso incremento dal 2017 al 2019. Nel corso del 2020 l'attività ha subito un leggero calo collegato alla necessità di limitare gli accessi in seguito alle misure anti-Covid, oltre al minor movimento dei pazienti.

Da sottolineare nel 2020 la stipula dell'accordo con il Centro Clinico ACOC di Dubai per il trattamento dei pazienti, come da deliberazione del Direttore Generale n. 455 del 5 ottobre 2020.

Figura 71. Nr di pazienti trattati presso il Centro di Protonterapia



AREA MATERNO INFANTILE

In quest'area di attività il Comitato Provinciale per il Percorso Nascita, operativo dal 2016, ha coordinato la riorganizzazione dei punti nascita provinciali, sostenendo nel contempo la diffusione nel territorio del nuovo progetto Percorso Nascita, che prevede la presa in carico della gestante a basso rischio da parte delle ostetriche territoriali.

Nella tabella n 55 sono riportati il numero dei parti nei diversi punti nascita della APSS nel periodo 2017-2020. Si consideri che nel 2020 è stata sospesa l'attività dei punti nascita di Cles e Cavalese per permettere la gestione dei pazienti affetti da Covid.

Tabella 57 - Numero parti per punto nascita

Punti Nascita	2017		2018		2019		2020	
	n°	media al GG	n°	media al GG	n°	media al GG	n°	media al GG
Trento	2.501	6.9	2 348	6.4	2 369	6.5	2.374	6.5
Rovereto	1.135	3.1	1 139	3.1	1 069	2.9	1.080	3.0
Cles	432	1.2	449	1.2	372	1.0	258	0.7
Cavalese (Chiuso da MARZO 2017 a DIC. 2018)	17	0.0	14	0.0	166	0.5	143	0.4
Totale	4 085	11.2	3 950	10.8	3 976	10.9	3.855	10.6

INDICATORE: Valutazione di performance clinica del percorso nascita

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

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

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, rispetto ai dati del 2020, APSS ottiene una valutazione di performance ottima (■3,75).

Di seguito sono elencati alcuni degli indicatori presi in considerazione nelle valutazioni del percorso nascita.

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) ■ 14.66%

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV) ■ 11.03 %

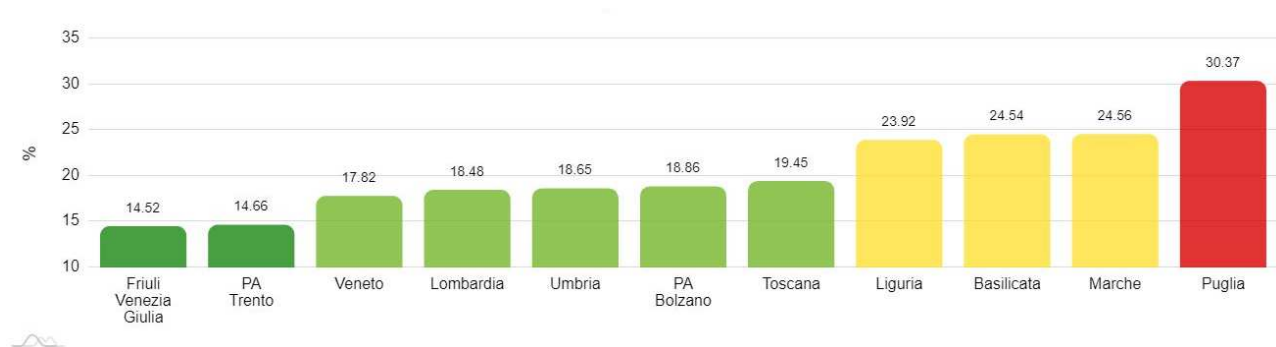
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) ■ 7.7%

C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva, 22.54%

C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4, 5.08%

Agli indicatori di valutazione sono stati assegnati pesi differenti in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica, e in base a questo l'indicatore C7.1 "Percentuale di cesarei depurati" è quello che incide maggiormente sulla valutazione del percorso materno-infantile, vista la sua importanza a livello clinico e l'ampia condivisione dell'indicatore anche a livello internazionale.

Figura 72. C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV) – Anno 2020



PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Il Centro Provinciale per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) con sede presso l'ospedale "Alto Garda e Ledro" ad Arco si occupa da 14 anni della medicina riproduttiva.

Il Centro Provinciale per la PMA ha ottenuto, per la prima volta già nel 2016 l'accreditamento istituzionale da parte della Provincia Autonoma di Trento e l'attestato di conformità dall'ente certificatore italiano per la PMA, il Centro Nazionale Trapianti dell'Istituto Superiore di Sanità, che provvede ad effettuare regolari ispezioni.

Dal 2018 il Centro Provinciale per la PMA di Arco fa anche parte del compendio europeo degli istituti dei tessuti.

Una squadra multidisciplinare composta da ginecologi, andrologi, biologi, genetisti, psicologi, infermieri ed ostetriche collabora per aiutare le coppie a realizzare il loro sogno di genitorialità.

La prima tappa del percorso è dedicata alla diagnostica dei problemi di fertilità. Direttamente ad Arco ed in maniera sistematica e veloce viene offerta l'esecuzione di tutti gli esami preliminari di laboratorio (ormonali, genetici, infettivologici e l'esame del liquido seminale), come pure l'ecografia ginecologica, la visita andrologica, la consulenza genetica e psicologica, se necessari.

Se non è possibile ripristinare la fisiologica funzione della riproduzione il Centro per la PMA offre come principali forme di terapia:

- le inseminazioni intrauterine con induzione farmacologica dell'ovulazione
- la fecondazione in vitro (inclusa la tecnica ICSI – cioè stimolazione ovarica controllata, prelievo degli ovociti, fecondazione extracorporea e trasferimento di embrioni nell'utero)

La **diagnosi pre-impianto** (PGT = preimplantation genetic testing) è un metodo diagnostico prenatale eseguito prima che si instauri la gravidanza. Questa si esegue su un embrione - nell'ambito di una procedura di fecondazione in vitro - prima del suo trasferimento in utero. Il Centro per la PMA di Arco ha iniziato questa nuova attività nel 2018.

In mancanza di centri PMA pubblici che si occupano di coppie con un alto rischio di trasmettere patologie genetiche importanti ai loro figli, c'è una notevole domanda proveniente da tutto il Paese per questo servizio ad Arco. Purtroppo il percorso delle coppie è molto lungo e impegnativo: alla parte medico-scientifica richiedente vari esami preliminari - già di per sé piuttosto laboriosa - si aggiunge un iter amministrativo impegnativo per le coppie, quello finalizzato ad ottenere le relative autorizzazioni da parte delle aziende sanitarie di provenienza.

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA

INDICATORE: Valutazione di performance dell'area dell'emergenza-urgenza

Nel confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa, APSS nella valutazione del percorso di emergenza-urgenza rispetto ai dati del 2020, Trento ottiene una performance media (■ **2,98**).

Emerge però che nonostante i tempi d'attesa nei Pronto Soccorso siano complessivamente piuttosto contenuti (la percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti è tra le più elevate del network), il fenomeno degli abbandoni da PS resta più frequente della media (4,21%), in lieve diminuzione rispetto al 2019.

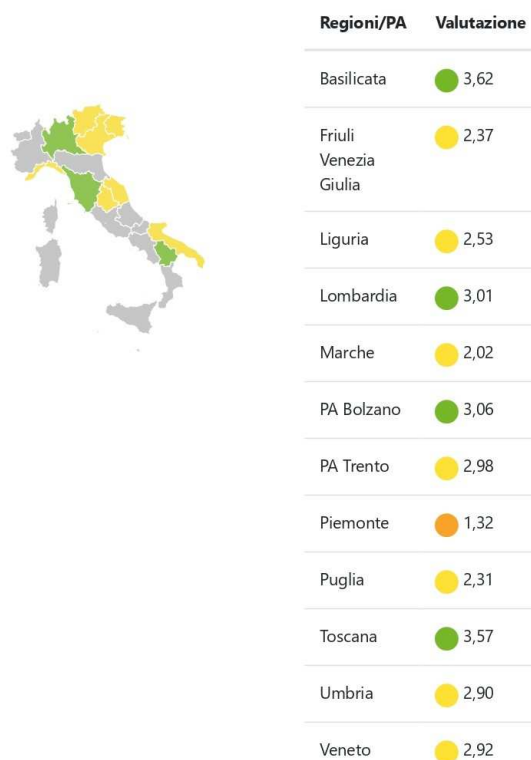
L'indicatore di sintesi utilizzato (C16 Percorso Emergenza-Urgenza) assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ad alcuni sottoindicatori che lo compongono come di seguito specificato:

C16.1 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti ■ **92.33%**

C16.2 Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora ■ **72.93%**

C16.3 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore ■ **79,47%**

Figura 73. Valutazione del percorso di emergenza-urgenza: confronto con le altre Regioni del Network – S. Anna di Pisa- Anno 2020



DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

La donazione di organi e tessuti è ovviamente ciò che consente al SSN di dare risposta alla necessità di trapianto dei pazienti con insufficienza terminale d'organo. In linea con quanto previsto dalla normativa e dalla sinergia tra CNT e Coordinamenti trapianti delle singole Regioni/PPAA continua l'attività del Coordinamento Provinciale Trapianti che ha quindi dedicato grande attenzione a favorire l'incremento quantitativo e qualitativo delle donazioni sia con progetti di sensibilizzazione che con la costante presenza negli ospedali ed in particolare nei reparti dove maggiore è la probabilità di decesso.

Promuovere la sensibilizzazione in tema di donazione nei confronti del territorio provinciale è un aspetto che non vede come destinatari i soli operatori o le sole le strutture sanitarie, bensì i singoli cittadini e le istituzioni pubbliche e private, quali associazioni, comuni, scuole.

Sono stati rivolti alla società civile molti momenti, attività, attenzioni al fine di informare le persone e far capire che ciascuno di noi potrebbe avere la possibilità di diventare donatore cercando di sensibilizzare su cosa significhi essere messi in lista e rimanere in lista d'attesa, ricordando altresì che ciascuno di noi può improvvisamente essere catapultato in una lista d'attesa. La quasi totalità dei Comuni trentini è attiva per raccogliere la dichiarazione in merito alla donazione di organi e tessuti al momento del rinnovo della carta d'identità. Contestualmente continuano le raccolte di dichiarazioni nei vari sportelli APSS e nelle molteplici sedi AIDO ben radicate nel territorio provinciale.

La Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con il suo sistema di valutazione della performance, considera fondamentale monitorare tutte le fasi del percorso che porta alla donazione degli organi per identificare meglio e superare le difficoltà legate alla mancata identificazione dei potenziali donatori e alla conseguente attivazione delle procedure di

accertamento di morte cerebrale. Da qui la necessità di una valutazione della qualità del processo di individuazione, donazione e prelievo di organi nell'intento di fare emergere l'effettivo potenziale di donazione delle singole strutture sanitarie e identificare i punti dell'intero processo della donazione sui quali poter intervenire. Di seguito è riportato il set di indicatori di valutazione e di osservazione utilizzati per il monitoraggio del processo di donazione di organi:

B6 Donazioni organi **3,96**

B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica **1,33%**

B6.1.9 Opposizione alla donazione **12,5%**

INDICATORE: Segnalazione morte encefalica

I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo, ma attualmente la disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di favorire il procurement di organi è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini. Fra le criticità del meccanismo di donazione-trapianto, gioca un ruolo importante la segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, associata ad inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre. Le diverse esperienze nazionali ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento dell'attività di trapianto (Rapporto Osservasalute 2016).

Nella figura che segue sono messi a confronto i valori dell'indicatore "Segnalazione di morte encefalica" di tutto il Network.

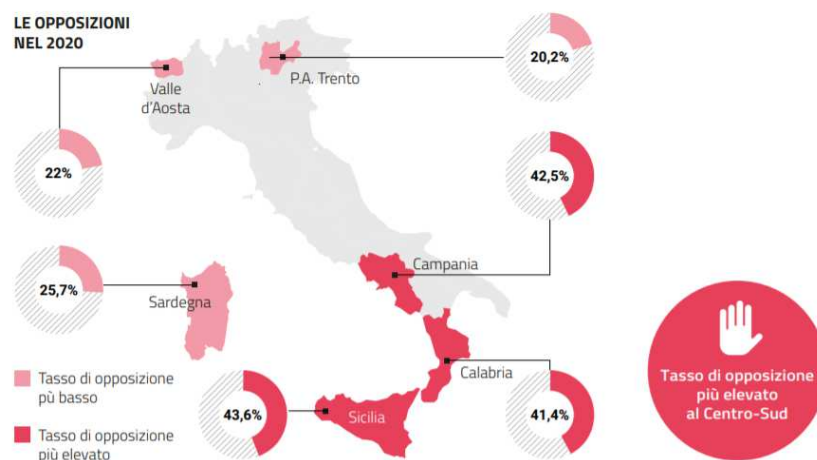
Figura 74. B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche – Anno 2020



INDICATORE: Opposizione alla donazione

Con riferimento al tasso di opposizione alla donazione, nel 2020 la P.A. Trento risulta quella con il tasso più basso a livello nazionale, seguita da Valle d'Aosta, Sardegna, Veneto e Toscana. Le regioni con il tasso di opposizione più alto sono Sicilia, Campania e Calabria.

Fig. 75



MOBILITÀ SANITARIA

Mobilità sanitaria interregionale

Con il termine "mobilità sanitaria interregionale" si fa riferimento al diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio servizio sanitario, anche in una Regione italiana diversa da quella di residenza. All'erogazione di prestazioni sanitarie segue la remunerazione attraverso un'operazione di compensazione tra Regioni e Province autonome, disciplinata da apposite linee guida approvate annualmente dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e denominate 'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria'.

Dal punto di vista amministrativo, la mobilità sanitaria si può analizzare come mobilità attiva e passiva: la prima è definita come la compensazione di prestazioni erogate dalle strutture del Servizio Sanitario Provinciale a soggetti assistiti da altri Servizi Sanitari Regionali; la seconda si qualifica come la compensazione di prestazioni erogate agli assistiti del Servizio Sanitario Provinciale da parte di altri Servizi Sanitari Regionali.

APSS rileva nel proprio bilancio di esercizio – in appositi conti di contabilità – i 'flussi standard' sia per i crediti (mobilità attiva) che per i debiti (mobilità passiva) e provvede alla liquidazione annuale, su indicazione e per conto della Provincia autonoma di Trento, del saldo negativo di mobilità sanitaria a favore del Bilancio dello Stato.

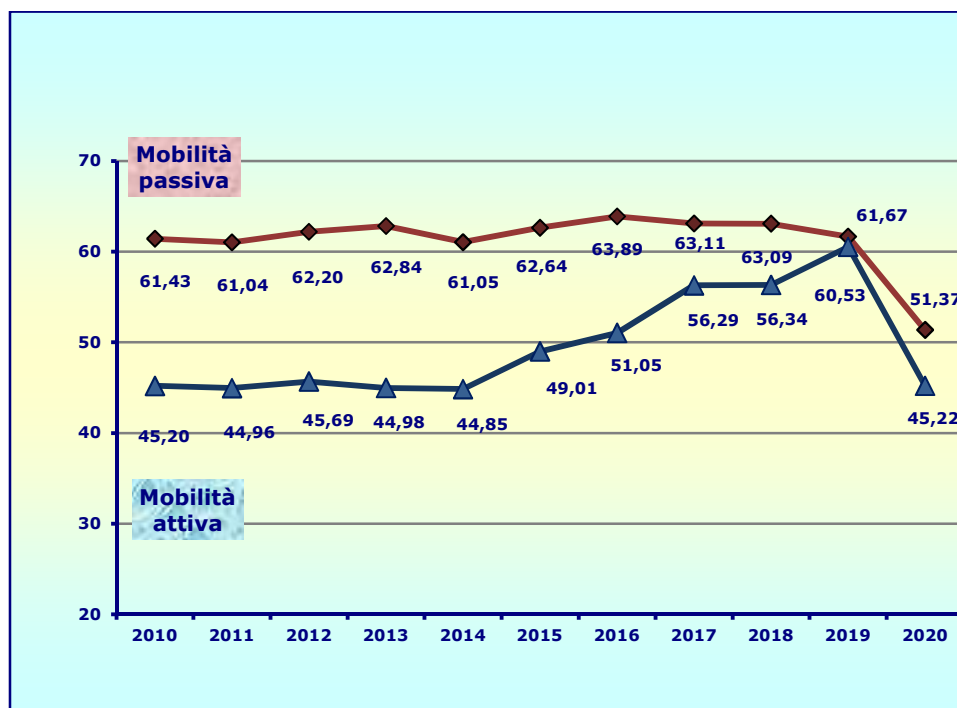
FLUSSI STANDARD

Le attività ricomprese nella voce 'flussi standard' sono: ricoveri (ordinari e diurni), medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta farmaci e trasporti con ambulanza ed elisoccorso. La regolamentazione di tali flussi è disciplinata da specifico Accordo interregionale (AI).

In particolare l'AI definisce specifiche tariffe per la valorizzazione delle prestazioni di degenza e di specialistica ambulatoriale: le attività erogate nel 2020 sono tariffate secondo quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 18.10.2012.

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

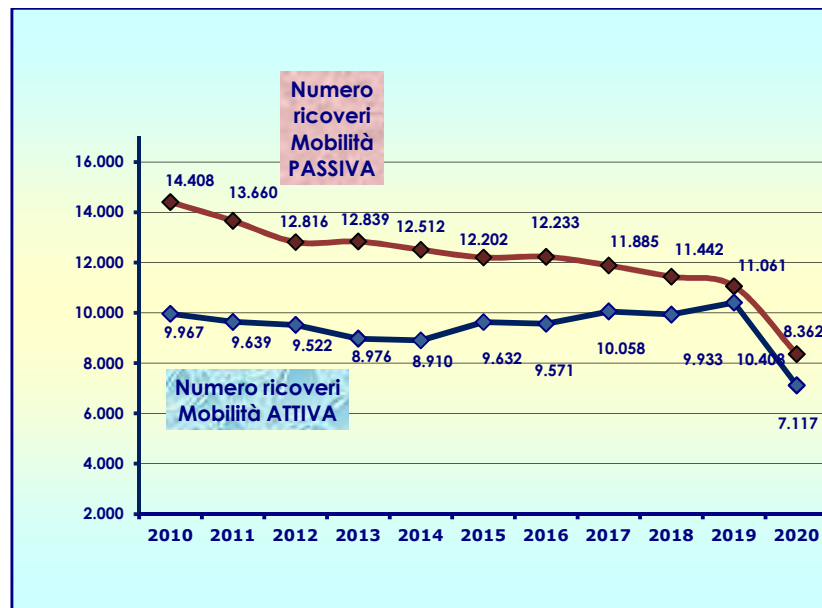
Figura 76 - andamento dei totali di mobilità attiva e passiva degli ultimi dieci anni (importi espressi in milioni di euro)



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

Il grafico seguente illustra invece il confronto tra il numero di ricoveri ospedalieri addebitati in mobilità attiva e passiva dal 2010 al 2020, in quanto gli stessi rappresentano la voce di attività più significativa in termini economici.

Figura 77 - numero di ricoveri addebitati in mobilità attiva e passiva negli ultimi dieci anni



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

E' evidente che l'emergenza Covid-19 e le misure finalizzate al contenimento della pandemia hanno determinato a partire da marzo 2020 una decisa contrazione dei flussi di mobilità sanitaria sia attiva che passiva.

Si espongono pertanto i dati di mobilità attiva e passiva 2020, suddivisi per tipologia di attività, e si propone il raffronto con gli stessi dati relativi all'anno precedente.

Tabella 58 - Confronto mobilità attiva e passiva anni 2019/ 2020 - per tipologia di attività

Tipologia attività	RICOVERI		MED. BASE		SPEC. AMB.		FARMAC.	
Anno	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Mobilità ATTIVA	43.592.727	31.097.402	216.631	220.448	8.249.040	6.660.346	702.797	904.425
Mobilità PASSIVA	44.682.724	36.982.513	242.512	236.587	8.886.617	7.663.759	496.258	359.157
SALDO	-1.089.997	-5.885.112	-25.881	-16.139	-637.577	-1.003.413	206.539	545.269

Tipologia attività	TERME		SOMM. FARM.		TRASPORTI		TOTALE	
Anno	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Mobilità ATTIVA	1.634.911	742.923	1.217.772	1.555.470	4.922.114	4.034.822	60.535.992	45.215.836
Mobilità PASSIVA	576.600	170.428	5.775.673	5.117.557	1.015.929	842.359	61.676.312	51.372.360
SALDO	1.058.311	572.495	-4.557.901	-3.562.088	3.906.185	3.192.463	-1.140.320	-6.156.524

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

Mobilità sanitaria interregionale attiva

La riduzione dei volumi di mobilità attiva è ascrivibile in parte alle misure di contenimento dell'epidemia da Covid 19, che hanno determinato limitazioni alla libera circolazione sul territorio italiano e conseguentemente una minor presenza turistica sul territorio provinciale in alcuni mesi del 2020, come si evince dalla sottostante tabella fonte ISPAT.

Tabella 59 - Presenze di turisti italiani in PAT negli esercizi ricettivi, negli alloggi privati e nelle seconde case per mese

Mesi	2019	2020	Scostamento %
Gennaio	2.153.625	2.334.887	8%
Febbraio	1.766.679	1.891.974	7%
Marzo	1.487.532	393.704	-74%
Aprile	729.772	24.915	-97%
Maggio	388.348	50.946	-87%
Giugno	1.174.619	628.125	-47%
Luglio	4.419.889	3.954.728	-11%
Agosto	7.447.263	7.533.333	1%
Settembre	1.485.943	1.558.741	5%
Ottobre	400.022	342.653	-14%
Novembre	314.075	143.311	-54%
Dicembre	2.438.940	234.639	-90%
Totale	24.206.707	19.091.956	-21%

Fonte: ISPAT.

Parallelamente la pandemia che ha colpito l'Italia a partire da marzo 2020 ha costretto le strutture sanitarie a cancellare o a rimandare le prestazioni sanitarie differibili, sia per la saturazione delle terapie intensive, che per il trasferimento di parte del personale sanitario presso i reparti dedicati al COVID-19, che, infine, per il timore o le difficoltà delle persone nel recarsi presso le strutture stesse.

In particolare alcune voci di attività hanno registrato una significativa flessione rispetto all'anno precedente. Per queste voci, nella tabella seguente, proponiamo il raffronto con i dati 2019, tenendo a riferimento solo il periodo marzo/dicembre di ciascun anno per misurare in maniera specifica l'impatto dell'emergenza Covid-19 sui flussi di mobilità attiva 2020.

Si specifica che per l'attività di specialistica ambulatoriale i 'casi' sono stati calcolati tenendo a riferimento il numero di ricette/accessi di PS e gli importi sono da intendersi al netto dell'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'utente. Per l'attività termale invece i 'casi' rappresentano i singoli cicli di cure termali.

Tabella 60 - Confronto mobilità attiva marzo-dicembre 2019/2020 - per alcune tipologie di attività

ATTIVITA'	MARZO-DICEMBRE 2019		MARZO-DICEMBRE 2020		CONFRONTO MARZO-DICEMBRE 2019/2020	
	Nr. casi	Importo netto	Nr. casi	Importo netto	Scostamento nr. casi in %	Scostamento importi in %
RICOVERI in istituti PUBBLICI	4.023	16.114.622	2.814	11.179.160	-30%	-31%
RICOVERI in istituti PRIVATI ACCREDITATI	4.436	19.352.152	2.253	11.154.446	-49%	-42%
SPECIALISTICA AMBULATORIALE in strutture pubbliche	67.119	4.332.670	40.608	3.033.029	-39%	-30%
SPECIALISTICA AMBULATORIALE in strutture private accreditate	11.240	2.493.248	8.326	2.246.157	-26%	-10%
TERME	15.466	1.586.793	7.040	701.821	-54%	-56%

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

Ricoveri ospedalieri

Relativamente all'attività di degenza, sono calati sensibilmente i ricoveri di pazienti extraprovinciali in strutture pubbliche (-30% casi e -31% importo addebitato) e in maniera ancora più marcata quelli in strutture private accreditate (-49% casi e -42% importo addebitato).

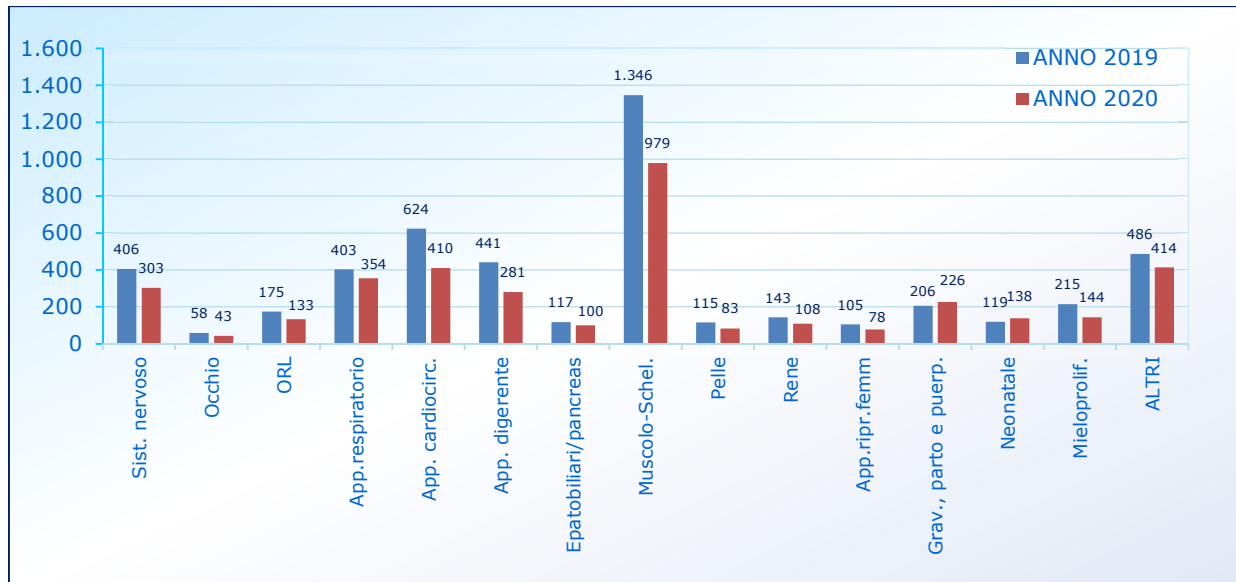
In particolare hanno subito una forte riduzione del numero di ricoveri rispetto allo stesso periodo del 2019 le strutture private che effettuano ricoveri in riabilitazione e lungodegenza (Casa di Cura Eremo -42% casi, Casa di cura Villa Regina -70% casi, Ospedale San Pancrazio -59% casi) e quelle specializzate nel trattamento di malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici – MDC 010 (Casa di cura Solatrix -61% casi).

L'attività di degenza erogata dalle strutture pubbliche APSS ha subito una contrazione sia per quanto riguarda i ricoveri urgenti (-25% casi, -21% importi addebitati) che programmati (-36% casi, -42% importi addebitati). La contrazione dei ricoveri programmati riguarda principalmente gli ospedali di Trento e Rovereto, mentre le strutture ubicate in località turistiche hanno registrato un crollo dei ricoveri urgenti.

Per completezza si espongono anche i dati relativi all'intero anno 2020. Le degenze di pazienti extraprovinciali in strutture APSS rappresentano poco più della metà del totale (n. 3.794 casi pari al 53,5%) mentre quelle in strutture private accreditate sono 3.323, pari al 46,7% dei ricoveri totali. Anche il valore delle degenze è equamente ripartito tra pubblico e privato, con una leggera prevalenza delle strutture private (16,1 milioni di euro pari al 52% del totale) rispetto alle strutture pubbliche (14,9 milioni di euro pari al 48% dell'importo complessivo).

Nel grafico sottostante è rappresentata l'attività di ricovero presso strutture ospedaliere pubbliche, suddivisa per MDC (Major Diagnostic Categories), per gli anni 2019 e 2020. Come si può notare la riduzione del numero di ricoveri riguarda tutti gli MDC ad eccezione di MDC 14 'Gravidanza, parto e puerperio' e MDC 15 'Periodo neonatale'.

Figura 78 - confronto mobilità attiva 2019/2020 – strutture pubbliche – numero ricoveri suddivisi per MDC



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

Specialistica ambulatoriale

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale, dalla tabella n. 82 si desume che il volume di attività erogata nel periodo marzo/dicembre 2020 dalle strutture APSS ad utenti extraprovinciali è calato in maniera più marcata (-39% casi, - 30% importo addebitato) rispetto a quello delle strutture accreditate (-26% casi, -10% importo addebitato).

Con riferimento alle strutture pubbliche, si propone il confronto tra il volume complessivo dell'attività specialistica ambulatoriale erogata nel periodo marzo/dicembre 2020 dalle strutture APSS a pazienti non ricoverati e il volume delle prestazioni erogate nello stesso periodo ai soli pazienti extra provinciali. Il 'nr. prestazioni' in questo caso rappresenta le prestazioni effettivamente erogate e gli importi sono stati calcolati al lordo dell'eventuale ticket dovuto.

Anche considerando la generale contrazione dell'attività specialistica erogata da strutture pubbliche rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-15%), il volume di prestazioni effettuate a favore di assistiti extraprovinciali è calato in maniera più accentuata (-33%) e di conseguenza è calato il valore percentuale delle prestazioni addebitate in mobilità rispetto al totale. Sicuramente la riduzione dell'attività erogata dalle UU.OO. di Pronto Soccorso(-38%), a causa delle limitazioni agli spostamenti tra Regioni, ha influito su tale contrazione.

Tabella 61 - Confronto specialistica ambulatoriale marzo-dicembre 2019/2020 – strutture pubbliche

ATTIVITA' prestazioni erogate da strutture pubbliche ad esterni				MOBILITA' ATTIVA prestazioni erogate da strutture pubbliche ad esterni							
marzo/dicembre 2019		marzo/dicembre 2020		marzo/dicembre 2019				marzo/dicembre 2020			
nr. prestazioni	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO	nr. prestazioni	importo LORDO	% nr. prestazioni in mobilità rispetto al nr. totale prestazioni	% nr. prestazioni erogate da UO di PS rispetto al nr. prestazioni in mobilità	nr. prestazioni	importo LORDO	% nr. prestazioni in mobilità rispetto al nr. totale prestazioni	% nr. prestazioni erogate da UO di PS rispetto al nr. prestazioni in mobilità
8.237.892	111.464.286	7.007.373	110.859.383	282.535	4.951.797	3,43%	54,79%	189.972	3.422.939	2,31%	50,66%

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

In relazione all'attività erogata dall'**U.O. di Protonterapia** dell'ospedale di Trento, non si riscontra invece una diminuzione delle prestazioni erogate ad assistiti extraprovinciali in ragione del carattere indifferibile e altamente specializzato delle stesse. Nello specifico, nel 2020 sono stati imputati in mobilità 318 mila euro, ai quali vanno aggiunti 4,7 milioni di euro addebitati alle Asl di residenza dei pazienti tramite fatturazione diretta. Le prestazioni di protonterapia, infatti, pur essendo state introdotte nei LEA nazionali con il DPCM 12.01.2017, non risultano valorizzate con apposita tariffa. Pertanto la regolamentazione degli addebiti avviene secondo modalità concordate tra la PAT e le singole Regioni.

Cure termali

Le prestazioni sanitarie erogate dagli stabilimenti termali a favore di utenti extraprovinciali hanno subito un dimezzamento (-54% casi) nel periodo marzo/dicembre 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, a causa sia delle chiusure imposte per legge nella primavera 2020 sia del generale clima di incertezza che ha impedito un adeguato recupero dell'attività erogata nei primi mesi estivi.

Tabella 62 - Confronto mobilità attiva cure termali marzo-dicembre 2019/2020 – nr. prestazioni

MESE	2019	2020	SCOSTAMENTO %
Marzo	107	39	-64%
Aprile	806	0	-100%
Maggio	1.030	0	-100%
Giugno	1.630	0	-100%
Luglio	3.343	1.761	-47%
Agosto	4.475	2.160	-52%
Settembre	2.625	2.095	-20%
Ottobre	990	809	-18%
Novembre	261	172	-34%
Dicembre	199	4	-98%
Tot.	15.466	7.040	-54%

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

Mobilità sanitaria interregionale passiva

In termini assoluti il flusso di attività finanziariamente più rilevante è quello dei ricoveri ospedalieri, il cui valore ammonta a 36,9 milioni di euro e rappresenta il 72% del volume complessivo della mobilità passiva anno 2020. Seguono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (7,6 milioni di euro - pari al 14,9%) e la somministrazione diretta di farmaci, che si assesta a 5,1 milioni di euro (pari al 9,9%).

Per analizzare correttamente i dati di mobilità passiva va in ogni caso considerata la 'mobilità necessitata' derivante da:

- ambiti sanitari geograficamente periferici, in particolare il Primiero e la Val di Fassa, gravanti rispettivamente su Veneto (ULSS 1 Dolomiti) e Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (€ 3,2 milioni tra ricoveri e specialistica)
- Unità operative non presenti nelle strutture PAT (cfr. tabella n. 87) per un valore di 6,3 milioni euro.

Analogamente alla mobilità attiva, anche i volumi di mobilità passiva riflettono le conseguenze della pandemia, che ha determinato una contrazione delle prestazioni erogate da strutture ubicate fuori Provincia a soggetti residenti in PAT.

In particolare alcune voci di attività hanno registrato una significativa flessione rispetto all'anno precedente. Per queste voci proponiamo il raffronto con i dati 2019, tenendo a riferimento solo il periodo marzo/dicembre di ciascun anno per misurare in maniera specifica l'impatto dell'emergenza Covid-19 sui flussi di mobilità passiva 2020.

Si specifica che per l'attività di specialistica ambulatoriale i 'casi' sono stati calcolati tenendo a riferimento il numero di ricette/accessi di PS e gli importi sono da intendersi al netto dell'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'utente. Per l'attività termale invece i 'casi' rappresentano i singoli cicli di cure termali.

Tabella 63 - Confronto mobilità passiva marzo-dicembre 2019/2020 - per alcune tipologia di attività

ATTIVITA'	MARZO-DICEMBRE 2019		MARZO-DICEMBRE 2020		CONFRONTO MARZO-DICEMBRE 2019/2020	
	Nr. casi	Importo netto	Nr. casi	Importo netto	Scostamento nr. casi in %	Scostamento importi in %
RICOVERI	9.051	36.006.155	6.453	28.112.337	-29%	-22%
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	93.423	7.306.186	69.010	6.132.243	-26%	-16%
TERME	3.753	549.400	878	140.952	-77%	-74%

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

Ricoveri ospedalieri

Relativamente all'attività di degenza, dalla tabella n. 85 si evince che nel periodo marzo/dicembre 2020 è calato sensibilmente il numero di ricoveri di pazienti trentini in strutture ospedaliere extraprovinciali (-29% casi) e in maniera più contenuta il relativo importo addebitato in mobilità interregionale (-22%).

Considerando solo le tre regioni principali si può notare che per la regione Lombardia, epicentro dell'epidemia in Italia nella primavera 2020, si registra una riduzione del 45% dei ricoveri addebitati alla PAT rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Tabella 64 - Confronto mobilità passiva marzo-dicembre 2019/2020 - per regione di destinazione

REGIONE	MARZO-DICEMBRE 2019		MARZO-DICEMBRE 2020		CONFRONTO MARZO-DICEMBRE 2019/2020	
	Nr. casi	Importo	Nr. casi	Importo	Scostamento nr. casi in %	Scostamento importi in %
LOMBARDIA	1.670	6.735.461	915	3.837.475	-45%	-43%
PROV. AUTONOMA DI BOLZANO	1.254	5.299.053	787	3.917.803	-37%	-26%
VENETO	4.810	19.086.779	3837	16.932.088	-20%	-11%

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

In particolare alcuni importanti ospedali lombardi sono stati coinvolti in prima linea nel contrastare l'emergenza Covid e hanno sospeso quasi del tutto l'attività programmata, compresa quella erogata a favore di pazienti trentini (IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano -42% casi, Presidio ospedaliero Spedali Civili Brescia -49% casi, IRCCS Policlinico San Donato di Milano -93% casi).

Con riferimento alla 'mobilità necessitata' dovuta alla presenza sul territorio provinciale di ambiti sanitari geograficamente periferici, nel 2020 si nota una leggera flessione sia del numero di ricoveri che dell'importo addebitato:

Tabella 65 - Confronto mobilità passiva 2019/2020 – ambiti sanitari geograficamente periferici

Istituto	Comunità	2019		2020		CONFRONTO 2019/2020		CONFRONTO 2019/2020	
		Nr. casi	Importo	Nr. casi	Importo	Nr. casi	Importo	Nr. casi	Importo
AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI	PRIMIERO	825	2.500.536	667	2.114.294	-158	-386.242	-19%	-15%
OSPEDALE CENTRALE DI BOLZANO	LADINO DI FASSA	127	364.127	82	261.345	-45	-102.782	-35%	-28%

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

Relativamente alla 'mobilità necessitata' per ragioni di tipo clinico nel 2020 si osserva solo una lieve diminuzione del numero di ricoveri (-17% casi) mentre gli importi addebitati risultano addirittura aumentati rispetto al 2019 (+10%). Il 75% di questi ricoveri è stato effettuato presso strutture ospedaliere venete e questo giustifica in parte il minor impatto dell'emergenza Covid sulla mobilità passiva posta a carico del Servizio Sanitario Provinciale dalla Regione Veneto.

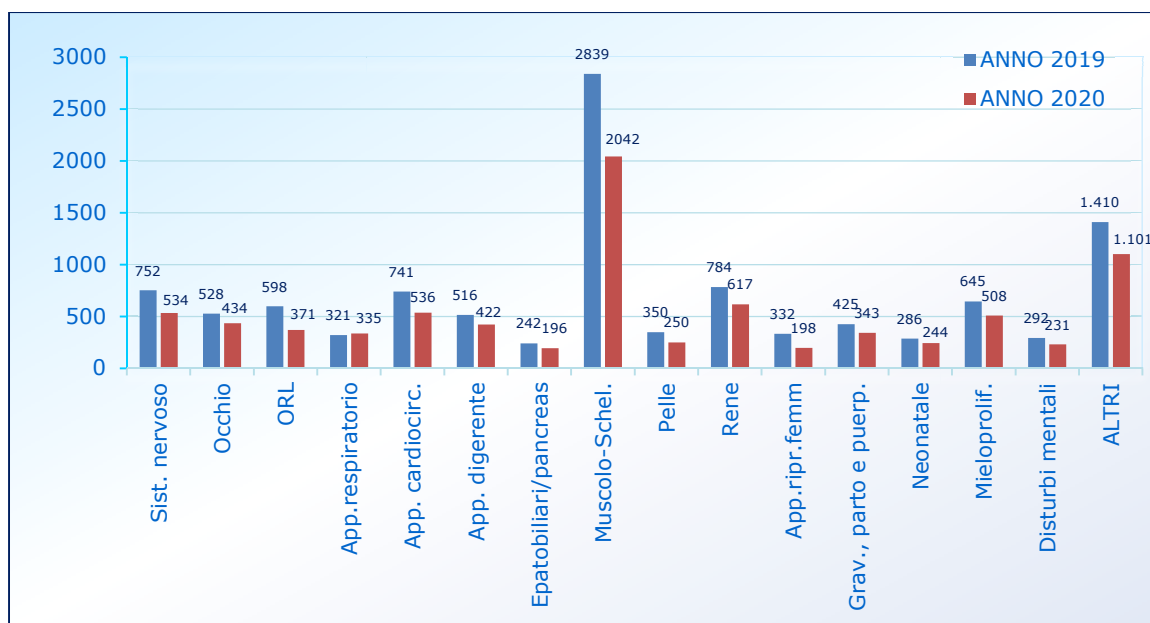
Tabella 66 - Confronto mobilità passiva 2019/2020 – trapianti e reparti non presenti in PAT

REPARTO	2019		2020		CONFRONTO 2019/2020	
	Nr. casi	Importo	Nr. casi	Importo	Nr. casi	Importo
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	260	656.498	171	324.082	-34%	-51%
MOBILITA' OBBLIGATA (TRAPIANTI)	78	4.593.851	93	5.344.681	19%	16%
NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)	24	75.556	27	83.467	13%	10%
NEFROLOGIA PEDIATRICA	24	42.043	16	48.384	-33%	15%
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	22	154.024	15	117.246	-32%	-24%
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	6	114.207	12	242.278	100%	112%
ONCOEMATOLOGIA	6	8.960	9	10.225	50%	14%
GRANDI USTIONI	3	119.132	8	144.593	167%	21%
UROLOGIA PEDIATRICA	1	1.663	1	1.228	0%	-26%
Tot.	424	5.765.934	352	6.316.184	-17%	10%

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

Per completezza, nel grafico sottostante, è rappresentata l'attività di ricovero complessivamente erogata, suddivisa per MDC (Major Diagnostic Categories), per gli anni 2019 e 2020. Osserviamo che la riduzione del numero di ricoveri riguarda tutti gli MDC ad eccezione dell'MDC 04 'Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio'.

Figura 79 - mobilità passiva 2019-2020 – numero ricoveri suddivisi per MDC



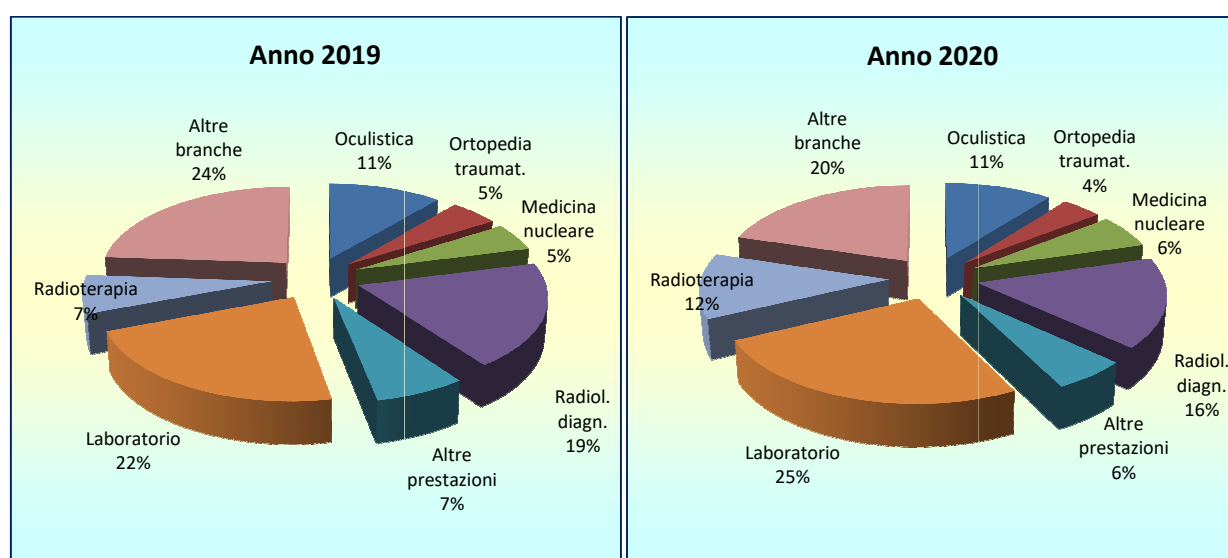
Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province autonome in data 30.06.2020 e 30.06.2021.

Specialistica ambulatoriale

Anche per l'attività di specialistica ambulatoriale la tabella nr. 85 evidenzia un calo delle prestazioni erogate a pazienti trentini nel periodo marzo/dicembre 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-26% prestazioni, -16% importi addebitati).

Di seguito si propone invece la composizione degli addebiti per branca di riferimento e il confronto con l'anno precedente.

Figura 80 – confronto mobilità passiva 2019/2020 – composizione addebiti di specialistica ambulatoriale per branca



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

Somministrazione diretta farmaci

L'attività di somministrazione diretta farmaci addebitata per il 2020 alla PAT dalle regioni Lombardia, Veneto e Provincia autonoma di Bolzano è pari a 4,7 milioni di euro e rappresenta oltre l'84,4% dell'importo complessivo addebitato per tale flusso di attività (5,1 milioni di euro).

Le erogazioni riferite al gruppo terapeutico '*Farmaci antineoplastici e immunomodulatori*' sono pari a 3,5 milioni di euro e rappresentano il 70% del totale addebitato.

ALTRE ATTIVITA'

Oltre ai flussi standard (ricoveri, medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta farmaci e trasporti con ambulanza ed elisoccorso) sono regolamentati, attraverso l'istituto della mobilità sanitaria interregionale, anche altri tipi di attività riepilogati nella tabella sottostante, unitamente ai flussi standard.

Tabella 67 - Voci di attività regolamentate tramite compensazione di mobilità interregionale - anno 2020

VOCI	IMPORTO A SALDO
Flussi standard	-6.162.828
Ricerca e reperimento cellule staminali	-540.855
Plasmaderivazione	-97.951
Cessione emocomponenti	1.089.866
Disabili cronici	-49.069
TOTALE	-5.760.837

Fonte: Dati di mobilità inviati dalle Regioni e Province Autonome nel mese di giugno 2021.

Mobilità sanitaria internazionale

I regolamenti dell'Unione Europea in tema di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (Regolamento CE n. 883/2004 e regolamento CE n. 987/2009) e le Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale hanno lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, i cittadini che si spostano all'interno degli Stati dell'Unione Europea, della Svizzera, dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein), nonché dei Paesi in convenzione. Essi non prevedono, pertanto, il diritto del cittadino alla libera scelta del luogo di cura al di fuori del territorio nazionale. Solo in alcuni casi è possibile ottenere un'autorizzazione a fruire in un altro Paese di prestazioni di alta specializzazione ove non tempestivamente e/o adeguatamente fruibili sul territorio nazionale.

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

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

L'erogazione delle prestazioni avviene, di norma, in forma diretta mediante esibizione da parte dell'assicurato di idoneo attestato di diritto (es. TEAM) e successiva richiesta di rimborso all'istituzione estera competente tramite l'organismo nazionale di collegamento (per l'Italia il Ministero della Salute). In linea generale si distingue tra: attestati che aprono il diritto ad ottenere le cure medicalmente necessarie nel corso di un temporaneo soggiorno in un altro Paese (di seguito "temporaneo soggiorno"); attestati che aprono il diritto ad ottenere le cure programmate in un altro Paese (di seguito "trasferimenti per cure"); attestati che consentono l'assistenza sanitaria completa nell'altro Paese con oneri a carico del Paese emittente (di seguito "iscritti a carico di istituzioni estere").

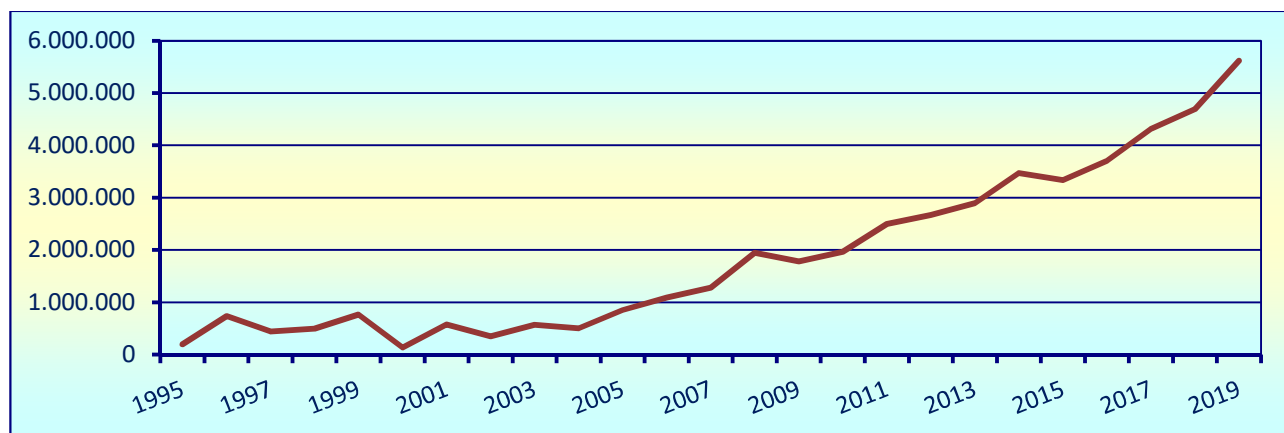
APSS rileva nel proprio bilancio i valori di mobilità sanitaria internazionale iscritti nella tabella C allegata al Riparto del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno di riferimento.

Di seguito esporremo i dati complessivi di mobilità internazionale rilevati dall'applicativo ministeriale NSIS-ASPE in data 09.08.2021. Va precisato però che, in attuazione dell'art. 2 co. 4 lett. b) del D.P.R. n. 224 del 24 novembre 2017, i costi per l'assistenza sanitaria fruita all'estero da soggetti non residenti in Italia (ovvero la mobilità passiva per i soggetti "iscritti a carico di istituzioni estere") sono posti a carico dello Stato e non delle Asl per il tramite delle Regioni/Province autonome.

La mobilità sanitaria internazionale è un fenomeno in progressiva espansione in quanto è legato all'accresciuta mobilità dei lavoratori e delle persone degli ultimi decenni: dal 1995 al **2019 (ultimo anno completo disponibile)** il saldo economico di mobilità internazionale registrato per la Provincia Autonoma di Trento è sempre stato attivo ed è passato da 199.301 euro nel 1995 a **5.618.295 euro** nel 2019.

Anche se i dati relativi al 2020 non sono ancora disponibili, è evidente che l'emergenza Covid-19 e le misure finalizzate al contenimento della pandemia hanno determinato nel 2020 e nel 2021 una contrazione dei flussi turistici in entrata e in uscita dalla Provincia autonoma di Trento e un conseguente calo delle prestazioni sanitarie erogate ai turisti.

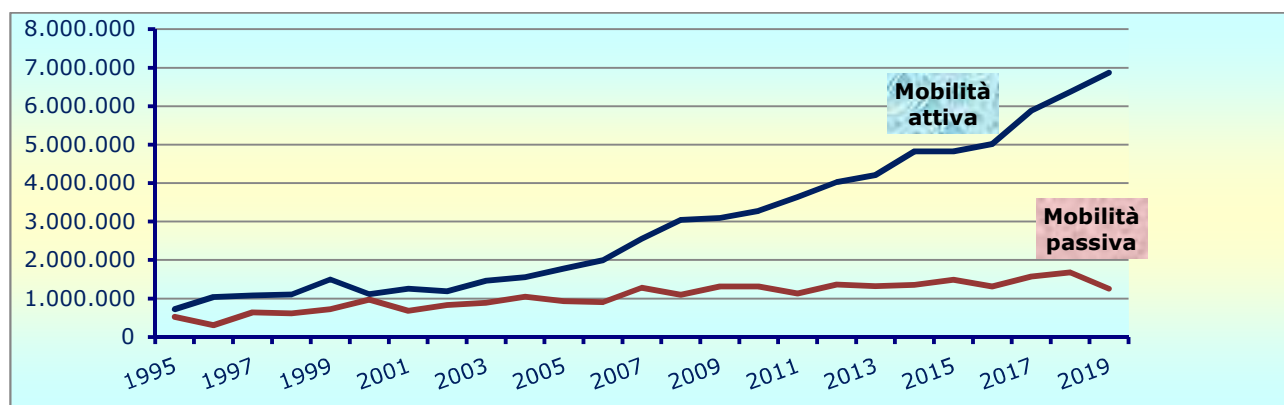
Figura 81 - saldi di mobilità internazionale - anni 1995-2019:



Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 09.08.2021.

Come si può notare nella figura sottostante, la mobilità internazionale attiva (crediti per prestazioni erogate ad assistiti esteri) negli ultimi due decenni è cresciuta in maniera molto più marcata della mobilità internazionale passiva (debiti per prestazioni erogate ad assistiti a carico del Servizio Sanitario Provinciale), il cui valore complessivo si attesta al di sotto di 1,5 milioni euro.

Figura 82 - confronto mobilità internazionale attiva – passiva (anni 1995-2019):



Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 09.08.2021.

Nel 2019 è aumentato il valore della mobilità attiva, mentre la mobilità passiva ha subito una lieve flessione, come si può notare dall'andamento a forbice del grafico, determinando un incremento del saldo (positivo) di mobilità internazionale rispetto all'anno precedente di quasi il 20%.

Di seguito vengono rappresentati, per ciascuna categoria di assistiti, gli importi a credito (mobilità attiva) e a debito (mobilità passiva) relativi all'anno 2019.

Tabella 68 - Mobilità attiva e passiva 2019 - importi per categoria di assistiti:

Categoria assistiti	Temporaneo Soggiorno	Trasferimenti per cure	Iscritti a carico di istituzioni estere	Altro	TOTALE
Mobilità ATTIVA	4.819.160	665.305	1.376.892	10.927	6.872.284
Mobilità PASSIVA	798.478	154.187	297.001	4.325	1.253.990
SALDO	4.020.682	511.119	1.079.892	6.602	5.618.295

Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 09.08.2021.

In analogia con gli anni precedenti, si osserva che la mobilità attiva è costituita in maniera preponderante dagli addebiti per prestazioni erogate ad assicurati esteri che, nel corso di un temporaneo soggiorno in PAT per motivi turistici, professionali o di studio, necessitano di assistenza sanitaria.

Nella tabella sottostante si propone, per le stesse categorie, il confronto con l'anno precedente. Anche per il 2018 si espongono i dati aggiornati al 09.08.2021, che differiscono leggermente da quelli indicati nell'ultimo Bilancio di Missione: i rendiconti contabili, disponibili sull'applicativo ministeriale NSIS-ASPE, possono infatti subire variazioni a seguito della ricezione o invio di nuovi addebiti per prestazioni erogate negli anni precedenti o di annullamento degli stessi da parte dello Stato creditore.

Tabella 69 - Confronto mobilità 2018/2019 - importi per categoria di assistiti:

Tipologia assistiti	Temporaneo Soggiorno		Trasferimenti per cure		Iscritti a carico di istituzioni estere		Altro		TOTALE	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Mobilità ATTIVA	4.612.405	4.819.160	511.468	665.305	1.230.865	1.376.892	16.541	10.927	6.371.279	6.872.284
Mobilità PASSIVA	846.970	798.478	200.960	154.187	626.082	297.001	3.166	4.325	1.677.177	1.253.990
SALDO	3.765.435	4.020.682	310.508	511.119	604.784	1.079.892	13.376	6.602	4.694.102	5.618.295

Fonte: Applicativo N.S.I.S. ASPE – dati aggiornati al 09.08.2021.

Con riferimento alla mobilità attiva, si registra un incremento di tutte le voci più significative. In particolare l'aumento degli addebiti per cure programmate (+30%) è ascrivibile all'espansione dell'attività svolta dal Centro di Protonterapia di Trento a favore di pazienti esteri muniti di apposito modello comunitario S2. I pazienti trattati nel 2019 sono stati 23, provenienti da Slovenia (13), Spagna (4), Romania (3), Grecia (2) e Repubblica della Macedonia del Nord (1).

Il volume della mobilità passiva ha subito una lieve flessione anche se i dati non hanno carattere definitivo ed è pertanto probabile un aggiustamento dei valori verso l'alto.

RELAZIONE CON I CITTADINI

Considerazioni riguardo all'impatto dell'emergenza Covid-19

La situazione pandemica ha comportato un aumento notevole di richieste di informazioni, chiarimenti, e anche segnalazioni telefoniche che non sempre si sono potute inserire in sistema, anche perché gli operatori sono stati impegnati nell'affrontare la situazione di emergenza con moltissime richieste pervenute all'Urp. La scelta è stata comunque di rendicontare solamente le segnalazioni inserite nel sistema. Il dato delle segnalazioni non inserite nel sistema è comunque disponibile e riguarda quasi totalmente segnalazioni di difficoltà di contatto con il CUP nella situazione di riapertura delle prenotazioni (maggio/giugno/luglio/agosto 2020).

COMUNICAZIONE CON UTENTI, CITTADINI, COMUNITÀ

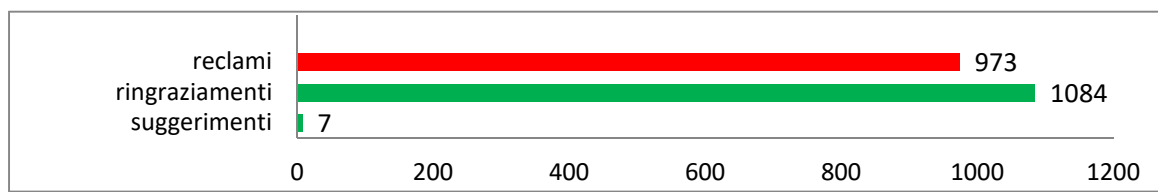
La comunicazione efficace con gli utenti si avvale in APSS di una serie di strumenti informativi ormai consolidati: dall'attività informativa allo sportello e telefonica (numero telefonico Urp e Prontosanità), agli incontri con le associazioni dei cittadini, alle iniziative editoriali aziendali, all'aggiornamento del sito, ecc.. Tutti questi strumenti nascono per aiutare e orientare il cittadino nelle scelte e per favorire la sua partecipazione attiva; contemporaneamente rendono il cittadino parte attiva nel processo di valutazione e controllo della qualità dei servizi aziendali.

Per l'Azienda una comunicazione efficace è funzionale al processo di rilevazione di bisogni e aspettative dei cittadini, anche avvalendosi della raccolta e gestione delle segnalazioni, la cui analisi fornisce elementi utili ad individuare le possibili azioni di miglioramento.

Raccolta e gestione delle segnalazioni

Nella figura sottostante sono riportati i dati riferiti alle segnalazioni pervenute nel 2020, suddivise tra reclami, ringraziamenti e suggerimenti/proposte.

Figura 83 - Segnalazioni distinte per tipologia (anno 2020)



Ringraziamenti: le 1084 segnalazioni positive pervenute nel 2020 sono un segnale molto forte che danno riscontro di un'alta soddisfazione da parte dei cittadini in merito ai servizi erogati da APSS. Le segnalazioni di encomio e ringraziamento rappresentano il 52,5% circa di tutte le segnalazioni pervenute.

Reclami: La particolare situazione legata alla pandemia ha portato ad un aumento delle richieste di aiuto e informazione e complessivamente ad una diminuzione dei reclami pervenuti rispetto al 2019 (-32%). Le segnalazioni di disservizio in percentuale più numerose sono riconducibili alle procedure di accesso ai servizi (ticket al PS e facilità degli adempimenti), all'informazione e al trattamento sanitario (in particolare per il trattamento sanitario) e ai tempi di attesa per le visite specialistiche. Si è registrata una diminuzione dei reclami sugli aspetti della cortesia e dell'umanizzazione.

I principali ambiti di insoddisfazione da parte dei cittadini sono stati:

- Difficoltà di contatto con il CUP
- Difficoltà soprattutto per gli anziani nella stampa dei referti e utilizzo TREC/FAST TREC
- Difficoltà per la prenotazione tramite nr dedicato (0461 371037) dei prelievi/servizi anagrafe (albero vocale complicato)
- Servizio di continuità assistenziale (guardia medica): qualità prestazioni e disponibilità;
- Contestazione ticket al Pronto soccorso;
- Assistenza odontoiatrica Lea Provinciali: offerta non corrispondente alla domanda e ambiti territoriali per l'indiretta troppo vasti;
- Tempi di attesa per diverse prestazioni specialistiche e agende non disponibili su diverse specialità con disagi per i cittadini che devono continuare periodicamente a telefonare al CUP;
- Visite di controllo non prenotate direttamente al momento della prima visita;
- Medico di medicina generale non reperibile telefonicamente o comunque difficoltà nell'accesso/contatto;
- Criticità relazionali fra operatori, familiari e pazienti

La gestione delle segnalazioni è regolamentata da una procedura che prevede che la segnalazione - verbale, telefonica o scritta - venga esaminata dal Servizio Comunicazione interna ed esterna (Ufficio Rapporti con il Pubblico), che provvede alla risposta previa istruttoria presso la struttura interessata dalla segnalazione (per cui è previsto un tempo di 10 giorni).

La risposta è formulata tenendo conto delle aspettative del cittadino e comunque entro il tempo massimo di 30 giorni dalla ricezione della segnalazione, salvo casi di particolare complessità (in tal caso il segnalatore viene avvisato). Se il cittadino manifesta la propria insoddisfazione relativamente alla risposta ricevuta, è possibile procedere ad un riesame interno (con i medesimi tempi e procedura dell'istruttoria) o esterno in sede di Commissione Mista Conciliativa, organismo attivato presso l'Ufficio Rapporti col Pubblico.

Analisi dei reclami e della reportistica:

Le segnalazioni sono inserite in un data base (CRM) dal quale viene estratto il rapporto annuale, disponibile sul sito internet, predisposto secondo uno schema che prevede un'analisi di tipo quantitativo (frequenza dei reclami, modalità di inoltro, tipologia delle segnalazioni, classificazione per categorie), di tipo qualitativo (audit, esame delle criticità) e le proposte di possibili azioni di miglioramento.

Utilizzo dei dati sulle segnalazioni:

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

Per quanto riguarda i tempi di risposta, come sotto evidenziato, nel 2020 i tempi medi di risposta sono stati in media di 19,8 giorni rispetto ai 23,1 giorni dell'anno precedente.

Tabella 70 - Segnalazioni di disservizio: tempi di risposta in giorni

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

Figura 84 - Trend delle segnalazioni distinte per tipologia dal 2013 al 2020

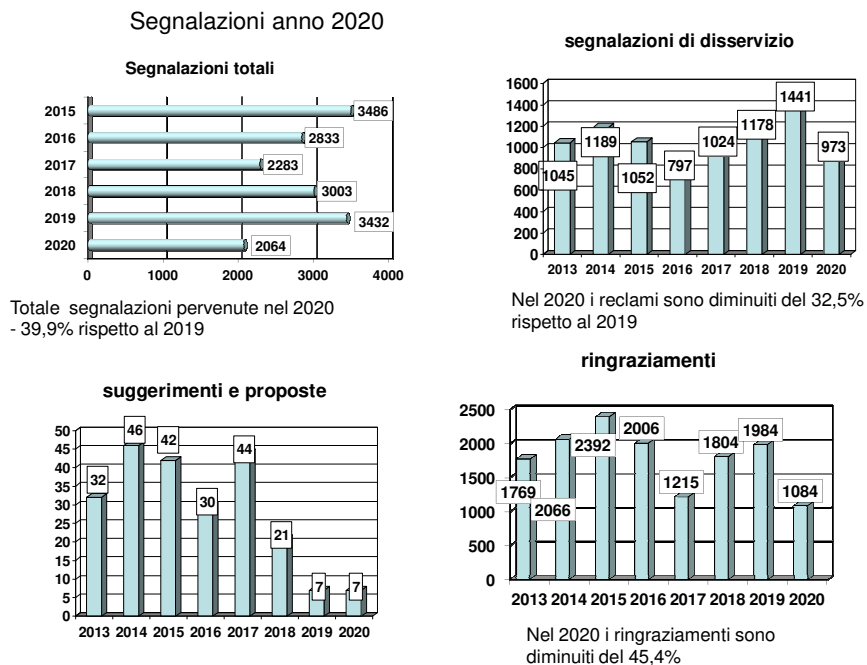


Figura 85

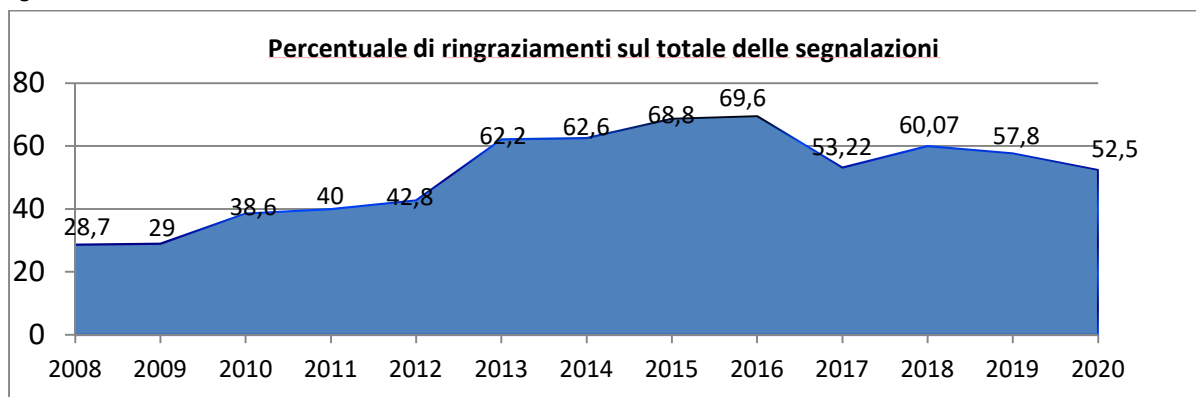


Tabella 71 - Ringraziamenti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
n. ringraziamenti	1769	2066	2392	2006	1215	1804	1984	1084
n. segnalazioni totali	2846	3301	3486	2833	2283	3003	3432	2064
% ringraziamenti	62,2%	62,6%	68,6%	69,6%	53,22%	60,07%	57,8%	52,5%

QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

I PROCESSI DI ACCREDITAMENTO QUALITA' E SICUREZZA ASSISTENZIALE

Apss è da sempre impegnata nel garantire ai cittadini, e più in generale a tutte le parti interessate, servizi di elevata qualità e sicurezza. In questa ottica ha da tempo intrapreso percorsi strutturati di revisione dei processi organizzativi ed operativi che le consentono di perseguire questi obiettivi, confrontandosi con i modelli professionali ed organizzativi più avanzati, e sottoponendosi a verifiche esterne sui progressi ottenuti. In questa logica si collocano i numerosi percorsi di accreditamento intrapresi da APSS nel corso degli anni.

L'accREDITAMENTO è un processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti. I programmi di accREDITAMENTO e i loro requisiti (in costante evoluzione) puntano a sviluppare un "insieme coordinato di elementi" che gestisce la qualità dando enfasi soprattutto ai contenuti professionali delle organizzazioni sanitarie, anche se non vengono trascurati gli aspetti strutturali e tecnologici. La finalità di questi processi è garantire a tutte le parti interessate (utenti, operatori, fornitori, finanziatori), la qualità e sicurezza dei servizi/prestazioni erogati attraverso una valutazione delle stesse e dei processi coinvolti nella loro produzione condotta da soggetti esterni autorevoli.

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

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

Dal 2018 APSS è in corso uno specifico progetto denominato "Progetto Akredito" finalizzato alla predisposizione degli elementi per accompagnare il processo di AccREDITAMENTO istituzionale, attraverso il supporto di specifici gruppi di lavoro finalizzati al coordinamento generale del progetto, al presidio dei fabbisogni formativi e di comunicazione, alla autovalutazione circa il livello di soddisfacimento dei criteri di accREDITAMENTO, inclusa la raccolta delle evidenze documentali, ed allo sviluppo di un sistema informatico di supporto nella raccolta della documentazione.

Per quanto concerne alcune specifiche attività la Giunta Provinciale, o direttamente la normativa statale, hanno previsto che l'accERTAMENTO dei criteri di accREDITAMENTO venga accertato da enti certificatori esterni specificamente individuati.

Gli **accREDITAMENTI volontari** o professionali sono processi a cui le organizzazioni si sottopongono per garantire alle parti interessate il possesso di requisiti di qualità e sicurezza ulteriori rispetto ai requisiti previsti dai processi di accREDITAMENTO istituzionale. Gli standard sono definiti e le verifiche condotte da organizzazioni non istituzionali riconosciute dalla comunità professionale di riferimento. Esistono certificazioni che coinvolgono l'intero sistema organizzazione e altre che ne coinvolgono singole parti o singoli processi e tendono a verificare il modo con cui l'organizzazione si struttura per garantire alle parti interessate un servizio/prodotto di qualità, ovvero com'è disegnato e come funziona il "**sistema di gestione qualità**" (dove per sistema di gestione qualità si intende un insieme coordinato di comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi e risorse che consente di soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate), talvolta anche riferendosi limitatamente ad un particolare processo.

APSS è impegnata in processi di accREDITAMENTO volontari specificamente orientati alle organizzazioni sanitarie. Fra questi i percorsi maggiormente significativi sono:

AccREDITAMENTO Joint Commission International (JCI) dell'ospedale S. Chiara di Trento - L'accREDITAMENTO JCI è un processo di certificazione di carattere internazionale, che valuta l'organizzazione ospedale nella suo complesso e le connessioni che intercorrono fra le reciproche parti del sistema ed è finalizzato a creare una cultura organizzativa del miglioramento della qualità e sicurezza delle cure che sia parte integrante della pratica quotidiana dei professionisti a beneficio dei pazienti. Il valore aggiunto dell'accREDITAMENTO JCI è traducibile nell'adozione di un metodo di lavoro che favorisce la definizione di obiettivi e di indicatori per l'analisi di tutte le imperfezioni che possono essere presenti all'interno dell'organizzazione, al fine di trovare le opportune azioni di miglioramento sia delle performance generale dell'organizzazione che dei comportamenti dei singoli professionisti facendo diventare il miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti parte integrante della pratica quotidiana.

L'Ospedale S. Chiara è stato coinvolto in questo processo di accREDITAMENTO sin dal 2003.

AccREDITATION Canada - L'esigenza di avviare un processo di certificazione volontario di carattere internazionale che potesse garantire a tutte le parti interessate standard di elevata sicurezza e qualità delle cure e dell'assistenza erogata in modo diffuso e sistematico su tutta l'azienda, ha spinto la direzione aziendale ad individuare nel programma di certificazione **Qmentum International di Accreditation Canada** lo strumento che può consentire di intraprendere un percorso che incida su tutte le dimensioni assistenziali: prevenzione, cura e riabilitazione, sia territoriale che ospedaliera.

Il percorso di accREDITAMENTO ha avuto avvio dal 2018, coinvolgendo il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio territoriale ed il Servizio Ospedaliero Provinciale, e gli ospedali di Arco, Tione, Cavalese e Borgo Valsugana. Il percorso consiste nell'adeguamento di APSS a 27 standards (livelli di qualità da ottenere in diversi ambiti) e complessivamente oltre 3000 criteri di qualità. Inizialmente si è svolta l'autovalutazione dell'azienda rispetto ai requisiti richiesti dal programma di

accreditamento. Sono state così individuate le aree di miglioramento ed è stato impostato un piano di adeguamento per la preparazione alla visita di accreditamento.

Sia per l'Accreditamento istituzionale sia per gli accreditamenti volontari (Joint Commission International (JCI), Accreditation Canada e altri) nel 2020 le attività hanno subito un rallentamento, limitandosi alle azioni preparatorie in attesa della ripresa dei processi di verifica.

I PERCORSI CLINICI

Un importante strumento di miglioramento della qualità delle cure, in costante incremento in APSS, consiste nella formulazione di precisi percorsi clinici, volti alla diffusione e applicazione omogenea delle migliori pratiche in modo contestualizzato e innovando i modelli organizzativi.

I Percorsi Clinici sono finalizzati a descrivere nel miglior modo possibile gli interventi appropriati per un paziente affetto da una determinata patologia o con una certa condizione clinica. La definizione di Percorso clinico comprende: PIC (percorso integrato di cura), PDT (percorso diagnostico terapeutico) PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), percorso (profilo) di cura, percorso clinico-assistenziale. I principi a cui si fa riferimento nella redazione dei percorsi clinici sono: il "centrare le cure sulla persona" e sulla famiglia coinvolgendo la persona stessa nella gestione della malattia, la riduzione dei passaggi non essenziali, l'adozione delle migliori pratiche cliniche, la valorizzazione delle competenze e la riduzione degli sprechi.

Nel 2020 sono stati definiti, come da obiettivo assegnato dalla Giunta Provinciale all'APSS, i percorsi per la presa in carico di persone con Scompenso cardiaco, con Malattia Renale cronica e con BPCO e insufficienza respiratoria, malattie croniche a alta prevalenza nella popolazione.

I Percorsi elaborati prendono in considerazione tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione primaria all'approccio palliativo e attivazione delle cure palliative; prevedono il riconoscimento dei fattori di rischio, la diagnosi precoce della malattia, la presa in carico integrata (MMG, infermiere, specialista di branca), la riduzione delle complicanze, l'educazione del paziente e dei suoi familiari rispetto all'aderenza ai corretti stili di vita, la terapia e l'autogestione della malattia. Particolare attenzione è stata posta alla prevenzione e agli aspetti educativi ed informativi così da definire i Percorsi non semplicemente PDTA ma Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PPDTA.

Per le attività di prevenzione e di educazione è stato costruito specifico materiale così come per il coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari nella gestione della malattia.

I percorsi PPDTA sono stati elaborati da gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali che includono tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nella gestione del paziente oltreché rappresentanti delle associazioni di pazienti.

Nell'anno 2020, oltre ai PPDTA per lo scompenso cardiaco, il paziente adulto con Broncopneumopatia cronica ostruttiva e insufficienza respiratoria e per il paziente adulto con malattia cronica in fase predialitica, sono stati definiti i seguenti percorsi aziendali

- Percorso integrato di cura per il paziente con insufficienza respiratoria end-stage
- Percorso integrato per le cure palliative pediatriche

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

APSS da anni si muove nella logica della governance integrata, fondata sui principi della promozione della salute e del miglioramento continuo della qualità, rispetto ai quali l'obiettivo della sicurezza dei pazienti è ritenuto strategico e prioritario per tutte le strutture e i processi aziendali.

Al fine di sostenere e diffondere all'interno della propria organizzazione cultura e sensibilità rispetto alle tematiche della sicurezza dei pazienti nell'ambito delle attività sanitarie, APSS ha adottato un sistema aziendale di gestione del rischio clinico atto a ridurre tutti i fattori di rischio presenti (clinici, strutturali e organizzativi) e, al contempo, capace di imparare dall'evento indesiderato, attivando percorsi virtuosi di miglioramento continuo e riduzione dei margini di rischio, anche attraverso il necessario coinvolgimento di tutte le competenze professionali presenti nell'organizzazione aziendale.

Segnalazione eventi avversi e quasi eventi mediante schede di incident reporting

L'incident reporting (IR) è un sistema di raccolta strutturata e volontaria degli eventi avversi e dei quasi eventi (o near miss), che fornisce una base di analisi utile per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento, al fine di prevenire il loro riaccadimento nel futuro.

Poiché l'obiettivo principale dell'IR è quello di imparare dagli errori e ridurre le probabilità che essi si ripetano, è fondamentale la raccolta e la periodica lettura ed interpretazione degli eventi e dei quasi eventi, al fine di ottenere una "massa critica" di informazioni utile ai fini della conoscenza delle aree a maggiore rischio.

In APSS il sistema di incident reporting rappresenta uno dei principali strumenti utilizzati per la rilevazione degli eventi avversi. Pertanto, è stato sviluppato un sistema unico informatizzato di raccolta delle segnalazioni che, per tenere conto delle specificità dei diversi contesti aziendali, si articola nelle seguenti schede:

- Incident reporting ospedaliero;
- Incident reporting territoriale;
- Incident reporting 118.

Come è possibile vedere dalla figura sottostante, nel 2019 vi è stato un aumento significativo del numero di incident reporting effettuati in APSS. **Tale aumento non è dovuto ad un incremento reale di eventi avversi, ma all'introduzione del nuovo sistema aziendale informatizzato di incident reporting (la precedente scheda consentiva di segnalare solo cinque**

tipologie di eventi) e al notevole lavoro di sensibilizzazione degli operatori sull'importanza della segnalazione degli eventi avversi e, ancor più, dei quasi eventi. Infatti, la conseguente attività di analisi per individuare le eventuali azioni correttive costituisce una preziosa e fondamentale opportunità di miglioramento. Nel 2020, invece, c'è stato un **trend in calo** delle segnalazioni rispetto al 2019 (circa n. 300 segnalazioni di incident reporting in meno), **dovuto all'avvento della pandemia Covid-19** (già a partire da febbraio 2020) **che ha impattato in modo significativo sul carico di lavoro del personale e sulle modalità di operare**, in modo particolare nelle due ondate di marzo e di aprile. Tuttavia, dopo la prima ondata, nonostante il perdurare della situazione emergenziale e le difficoltà per riuscire a garantire anche l'attività ordinaria, gli operatori hanno progressivamente ripreso a fare incident reporting. Tuttavia, è permasa una deflessione dell'attività di segnalazione rispetto all'anno precedente.

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

Figura 86 - N. segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi con scheda di incident reporting (triennio 2018 – 2020)

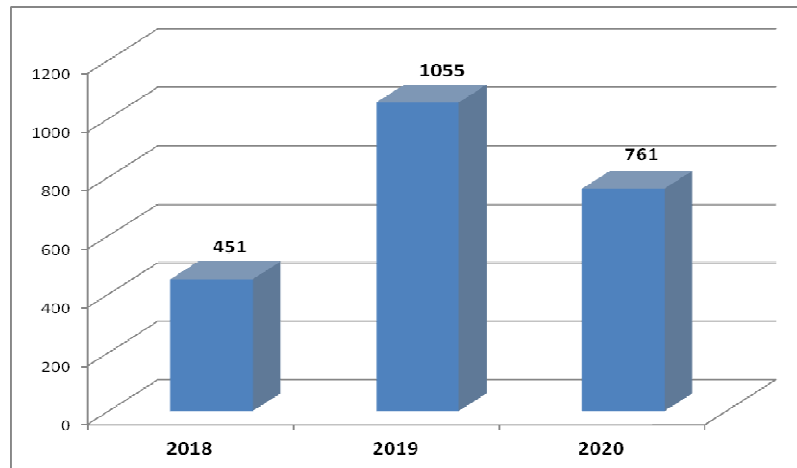


Tabella 72 - Tipologie di eventi segnalati in APSS con le schede di incident reporting nel triennio 2018 – 2020

Tipologia di evento	2018	2019	2020
	N. casi	N. casi	N. casi
Gestione farmaco	278	472	299
Eteroaggressività	25	76	87
Comunicazione / Passaggio di informazioni (*)	0	89	63
Identificazione paziente / lato / sede	31	104	62
Prestazione assistenziale	24	73	57
Gestione dispositivi / ausili / apparecchiature	15	57	34
Identificazione luogo intervento	11	23	30
Procedura diagnostica	11	41	28
Altri eventi	20	18	25
Procedura chirurgica / terapeutica	6	34	21
Procedura di soccorso	7	9	16
Gestione sangue	5	18	13
Coordinamento Centrale Operativa	10	18	12
Procedura amministrativa non adeguata	2	9	6
Coordinamento interforze (*)	0	7	5
Accordi interspedalieri (*)	0	0	2
Codice gravità - attribuzione	2	0	1
Gestione mezzo di soccorso	4	6	0
Barriere linguistiche / Problematiche di traduzione	0	1	0
Totale	451	1055	761

Legenda: (*): categorie di eventi introdotte nel corso del 2019

Si riportano di seguito le principali attività/progettualità di miglioramento realizzate e/o avviate nel corso del 2020 dalla funzione aziendale per la prevenzione e gestione del rischio clinico:

- attivazione di un apposito gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare con il mandato di lavorare alla redazione di una procedura aziendale per la gestione dei farmaci nei diversi setting assistenziali di APSS, tenendo conto delle indicazioni provenienti dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute, dei requisiti dei due sistemi di accreditamento all'eccellenza presenti in APSS (Joint Commission International e Accreditation Canada), nonché dalle evidenze di letteratura;

- proseguimento dell'implementazione del software per la gestione informatizzata della terapia farmacologia in Unità Operative ospedaliere (date le dimensioni di APSS si tratta di un piano pluriennale), che rappresenta un importante strumento per migliorare la sicurezza delle fasi di prescrizione e somministrazione dei farmaci;
- redazione e diffusione da parte di un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare della "Procedura aziendale per la gestione della terapia anticoagulante e antiaggregante in pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico ortopedico-traumatologico". In questo documento, sono fornite indicazioni per la corretta gestione della fase peri-operatoria dei pazienti in terapia con farmaci anticoagulanti orali e antiaggreganti, al fine di evitare eventi trombo-embolici e, al contempo, limitare il rischio di sanguinamento correlato all'intervento chirurgico ortopedico-traumatologico.
- elaborazione e diffusione, grazie ad un gruppo di lavoro multi professionale, della "Procedura aziendale per la gestione di strumentari chirurgici e dispositivi medici impiantabili per gli interventi di ortopedia e traumatologia". Questa procedura nasce dalla necessità di gestire al meglio la corretta preparazione dei container contenenti lo strumentario chirurgico per i diversi interventi di chirurgia ortopedica, dato l'aumento sempre maggiore di strumentazione specifica e la continua diversificazione degli strumentari e dei dispositivi medici impiantabili in campo ortopedico-traumatologico;
- avvio della stesura di una procedura aziendale per la sicurezza in ambito chirurgico e interventistico, con l'obiettivo generale di migliorare la sicurezza del paziente nelle fasi pre, intra e post-operatoria;
- costante attività di consulenza / supporto dei referenti per la sicurezza dei pazienti e la partecipazione ad audit rispetto alle segnalazioni di incident reporting.

Lesioni da Pressione

Nel corso del 2020 è stata realizzata la prima raccolta di dati di prevalenza delle Lesioni da Pressione (LdP) in tutte le Unità Operative con degenza degli Ospedali di APSS mediante un apposito applicativo informatico. Grazie ad una attenta e precisa organizzazione della giornata e alla possibilità di inserire i dati direttamente in formato elettronico l'indagine di prevalenza è stata effettuata in tutte le strutture ospedaliere nell'arco di una sola giornata (cosiddetta "giornata indice"). La rilevazione avrebbe dovuto essere semestrale, ma, a causa della pandemia Covid-19, che ha messo sotto forte pressione gli Ospedali di APSS, è stato possibile effettuarne una sola.

I dati di prevalenza delle LdP negli Ospedali di APSS sono stati quindi analizzati ed è stato predisposto un apposito Report diffuso a tutte le Unità Operative. Nella tabella sottostante sono riportati i dati di prevalenza riferiti sia al singolo Ospedale che i complessivi di APSS.

Inoltre, è stato organizzato il webinar accreditato ECM "Lesioni da Pressione: lo stato dell'arte negli ospedali di APSS" rivolto ai Coordinatori delle Unità Operative con degenza degli Ospedali di APSS. In tale occasione sono stati presentati sia i risultati dell'indagine di prevalenza sopramenzionata che i principali contenuti delle "Linee guida aziendali per la gestione delle Lesioni da Pressione negli adulti", che erano state diffuse a fine 2019.

Tabella 73 - Prevalenza pazienti con LdP sulla popolazione totale (cioè pazienti degenti – Ricovero Ordinario nella giornata della rilevazione)

Ospedali	Pazienti presenti	Pazienti con LdP	Prevalenza %
Arco	45	8	17.8
Borgo V	41	3	7.3
Cavalese	26	0	0
Cles	30	1	3.3
Rovereto	131	9	6.9
Tione	43	5	11.6
Trento	434	29	6.7
Villa Rosa	37	4	10.9
Totale	787	59	7.5

Prevalenza pazienti pediatrici 0% (N. 25 pazienti); Prevalenza pazienti adulti 7,7 % (N. 762 pazienti)

Prevenzione e gestione delle cadute

Nel corso del 2020 è stata effettuata attività di sensibilizzazione verso gli operatori al fine di mantenere viva l'attenzione sul tema della prevenzione delle cadute dei pazienti e sull'importanza di promuovere, ove possibile, la consapevolezza del paziente e dei suoi familiari sul rischio caduta e sull'importanza delle misure preventive adottate.

Parallelamente, sono stati realizzati audit di analisi delle cadute ritenute significative per le conseguenze sul paziente, al fine di capire se sono state seguite le indicazioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute (valutazione e rivalutazione del rischio caduta del paziente, pianificazione e messa in atto delle conseguenti misure preventive, ...) e, in caso contrario, individuare le necessarie azioni di miglioramento.

Inoltre, è stato alimentato il database Excel delle cadute verificatesi in APSS nel corso del 2019. Si è quindi proceduto all'analisi dei dati e alla predisposizione dell'apposito report aziendale destinato a tutte le Unità Operative, in modo che possano avere a disposizione le informazioni utili per eventuali approfondimenti e l'individuazione di azioni di miglioramento mirate.

Videogallery per il cittadino "Operatori sanitari sicuri, pazienti sicuri"

In occasione della 2° "Giornata Nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita" del 17 settembre u.s., il cui slogan è stato "Operatori sanitari sicuri, pazienti sicuri", è stata realizzata una videogallery rivolta ai cittadini, in cui, attraverso una serie di immagini fotografiche scattate nei nostri Ospedali, è stata ripercorsa l'emergenza Covid-19 e l'impegno degli operatori sanitari sul fronte della sicurezza. Con la proiezione del video nelle sale d'attesa delle strutture ospedaliere e dei centro prelievo si è voluto sollecitare una maggiore consapevolezza sull'importanza del tema della sicurezza e rilanciare la necessità di un'alleanza tra operatori e cittadini nel mantenere comportamenti coerenti: "Saremo tutti più sicuri se usiamo la mascherina, manteniamo la distanza di sicurezza, ci laviamo bene le mani".

COMITATO AZIENDALE PER IL CONTROLLO E SORVEGLIANZA INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI

Il Comitato aziendale per il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate ai processi assistenziali (CIPASS) è un organismo tecnico-scientifico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

E' deputato a svolgere azioni di programmazione e indirizzo strategico nelle scelte di controllo e sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), definendo i settori prioritari di azione e i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi prescelti.

Il Comitato per realizzare gli obiettivi programmati, si avvale della collaborazione di tutte le figure professionali operanti nell'Azienda che per la loro competenza e preparazione professionale sono individuate e organizzate dal CIPASS in determinate attività o in Gruppi Operativi che si occupano di specifiche problematiche.

Considerazioni riguardo all'impatto dell'emergenza Covid-19

Tutto l'anno 2020 è stato fortemente condizionato dall'emergenza COVID e anche le attività del Comitato aziendale CIPASS di conseguenza, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo si sono focalizzate sugli interventi necessari per il controllo e la prevenzione del contagio da virus SARS CoV-2.

Infatti l'ammissione delle autorità sanitarie cinesi dei primi casi di una nuova malattia infettiva è avvenuta il 31 dicembre 2019 e già il 10 gennaio 2020 veniva identificata la sequenza del RNA del nuovo virus. I primi casi italiani si sono manifestati il 21 febbraio 2020 e presto la malattia è dilagata su tutto il territorio nazionale e contemporaneamente nel resto del mondo, tanto che l'11 marzo 2020 l'OMS dichiarava lo stato di Pandemia.

Il CIPASS ha collaborato e supportato attivamente nel corso dell'anno le Direzioni mediche degli ospedali per le problematiche epidemiche del Covid e l'integrazione con le strutture territoriali e il Dipartimento di Prevenzione.

Il CIPASS ha elaborato direttamente o partecipato come consulente alla redazione di molte procedure aziendali per il Covid, diffuse e pubblicate nel sito INTRANET aziendale sotto la voce CORONAVIRUS COVID 19.

In particolare ha curato la predisposizione del documento: "Indicazioni generali per la gestione del paziente con sospetta o accertata infezione da SARS CoV 2 e per la formazione del personale sanitario in ambito intra ospedaliero", dando suggerimenti operativi per l'organizzazione degli interventi formativi tenuti presso gli ospedali e supervisionando la preparazione dei video-tutorial specifici per questi corsi (p es. vestizione e svestizione tuta integrale – Operatori sanitari; Utilizzo mascherina – Paziente, ecc)

Altre procedure più specifiche sono state redatte per criticità e problematiche relative al controllo del contagio e alla prevenzione della malattia sia per gli operatori sanitari che per i pazienti quali:

- Indicazioni all'utilizzo dei DPI/DM con gli allegati relativi alle procedure di vestizione e svestizione anche con tuta integrale;
- Schema di utilizzo DPI in attività ambulatoriali;
- Indicazioni per l'utilizzo delle mascherine all'interno degli ambienti sanitari;
- Indicazioni per l'utilizzo dei guanti medicali non chirurgici;
- Procedura di emergenza per la pulizia delle stanze Covid-19;
- Modalità di sanificazione ambientale per ripristino situazione pre-Covid;
- Norme igieniche per gli operatori che operano in contesti Covid-19;
- Scheda sanificazione;
- Istruzioni per Pulizia e disinfezione di apparecchiature informatiche;
- Modalità di raccolta dei campioni e video –tutorial per l'effettuazione del tampone naso.faringeo;
- Indicazioni generali di diagnostica Covid-19;
- Gestione della diagnostica Covid in Ospedale;
- Gestione della salma dei pazienti con infezione da Covid – 19;
- Indicazioni operative - Guarigione clinica;
- Gestione delle attività ambulatoriali.

Inoltre dal punto di vista della organizzazione generale il CIPASS ha collaborato alla stesura delle linee aziendali inerenti:

- Covid – 19 – Organizzazione della rete ospedaliera;
- PRECISAZIONI: Diagnostica Covid nelle strutture sanitarie APSS;
- Misure per la ripresa in sicurezza delle attività nella "fase 2";
- Scheda di Triage Covid.

Molto impegno, per la sua importanza, è stato dedicato dal CIPASS ad organizzare la campagna di vaccinazione degli operatori sanitari ospedalieri, dopo che il 14 dicembre 2020 è stato approvato il primo vaccino contro il Covid – 19 (Pfizer BionTech) e iniziata la campagna vaccinale europea e nazionale con il Vaccination Day del 27 dicembre 2020.

Presso ogni ospedale della rete del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) le Direzioni Mediche hanno gestito le vaccinazioni (prima e seconda dose) del proprio personale raggiungendo un buon livello di copertura.

L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha richiesto, oltre all'adozione di azioni concrete ed incisive atte a contrastare la diffusione dell'agente infettivo, esplicitate nelle procedure in precedenza citate, anche l'impiego di attenzioni più generali circa i comportamenti corretti, sempre nell'ottica di evitare il contagio, quali limitare il più possibile lo spostamento dei cittadini dal proprio domicilio riducendo il sovraffollamento presso gli spazi di attesa degli ambulatori e nelle strutture ospedaliere.

In questa prospettiva è stato dato forte impulso alle attività di **Telemedicina** e allo strumento di lavoro a distanza delle **"Finestre telefoniche"**, che permette un efficace confronto e contatto tra i Medici di Base e i colleghi specialisti, (v. capitolo Specialistica ambulatoriale)

COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE

Allo scopo di promuovere la cultura del sollievo dal dolore e il trattamento del dolore in ogni contesto di cura, il Comitato "Ospedale Territorio Senza Dolore" (COTSD) ha promosso anche per l'anno 2020 una indagine sul dolore negli ospedali del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) e in alcuni servizi del territorio.

Al fine di adeguare l'indagine all'emergenza sanitaria legata al Covid-19 è stato necessario modificare alcuni aspetti metodologici prevedendo una rilevazione esclusivamente digitale, eliminando il tradizionale questionario cartaceo.

L'indagine, che è stata condotta tramite un'intervista strutturata utilizzando un questionario attivabile da uno specifico link, ha coinvolto i soli pazienti adulti presenti in tutte le strutture ospedaliere, ricoverati in regime ordinario o diurno (day hospital/surgery) o sottoposti a prestazioni ambulatoriali complesse (dialisi, intervento di cataratta, tunnel carpale, stripping di vene ...) e nei servizi territoriali (struttura di cure intermedie di Mezzolombardo, cure domiciliari tipologia assistenza domiciliare integrata -ADI, assistenza domiciliare per le persone con demenza (ADPD) e Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD)). I dati sono stati raccolti e analizzati in forma anonima.

I partecipanti all'indagine sono stati complessivamente 903, di questi il 63% (572 persone) del setting "ospedale" e il 37% (331 persone) del setting "territoriale" (tabella).

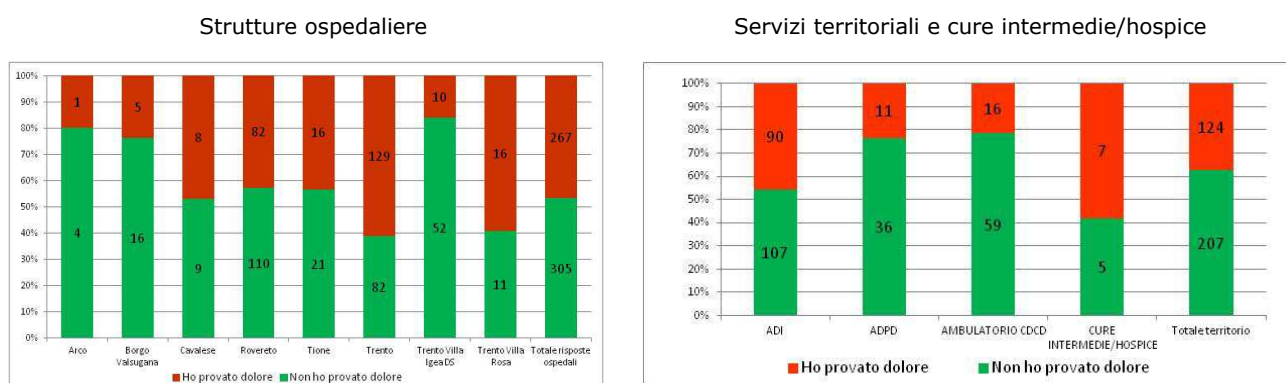
Tabella 74 - Numero di partecipanti all'indagine

	2012		2013		2014		2017		2018		2019		2020	
QUESTIONARI	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ospedale	846	78,3	429	61,5	786	81,5	1.086	73,8	1.159	77,6	1.190	80,8	572	63
Struttura convenzionata	235	21,7	268	38,4	178	18,5	386	26,2	335	22,4	282	19,1	/	/
Servizio Territoriale													331	37
Totale	1.081	100	697	100	964	100	1.472	100	1.494	100	1.472	100	903	100

Ha dichiarato di aver provato dolore nel corso del ricovero in ospedale il 47% dei partecipanti all'indagine e il 37% dei partecipanti all'indagine del setting territorio.

I grafici della figura sottostante illustrano, distinti per struttura ospedaliera e per servizi territoriali, quanti tra i partecipanti all'indagine hanno provato dolore durante il ricovero o nel mese di presa in carico da parte dei servizi territoriali coinvolti.

Figura 88 - Indagine sull'esperienza dolore percepito anno2020: persone che hanno provato dolore durante il ricovero in ospedale o durante la presa in carico dei servi territoriali



Il 90% delle persone che hanno risposto ai questionari si sono dichiarate soddisfatte/molto soddisfatte del trattamento per la gestione del dolore ricevuto in ospedale o sul territorio, dati in linea con quanto rilevato negli anni precedenti, come riportato nella tabella e nella figura sottostanti.

Figura 89. Grado di soddisfazione dei pazienti del trattamento per la gestione del dolore – Anno 2012-2020

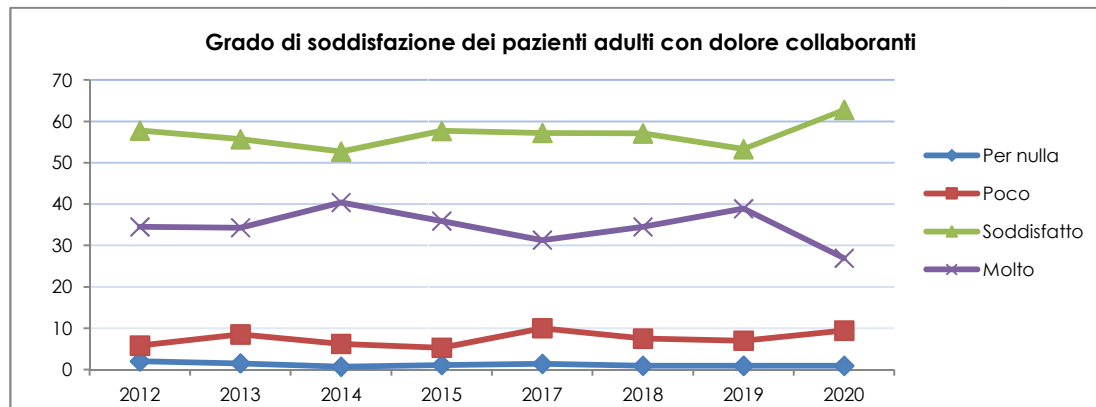


Tabella 75

Grado soddisfazione	2012	2013	2014	2015	2017	2018	2019	2020
Per nulla	2	1,5	0,7	1,1	1,4	0,9	0,9	0,9
Poco	5,8	8,5	6,2	5,3	10,0	7,5	7	9,4
Soddisfatto	57,8	55,7	52,7	57,7	57,2	57,1	53,3	62,8
Molto	34,5	34,3	40,4	35,9	31,3	34,5	38,9	26,9

Lo svolgimento dell'indagine nell'anno 2020 è da considerarsi di per sé un risultato positivo, frutto di uno sforzo organizzativo e di una sensibilizzazione dei professionisti del Servizio Ospedaliero Provinciale e del Servizio Territoriale che si sono impegnati a coinvolgere quante più persone possibili in quest'anno particolare di pandemia da COVID 19.

Nel 2021 l'indagine sarà riproposta con il nuovo strumento online testato nel 2020.

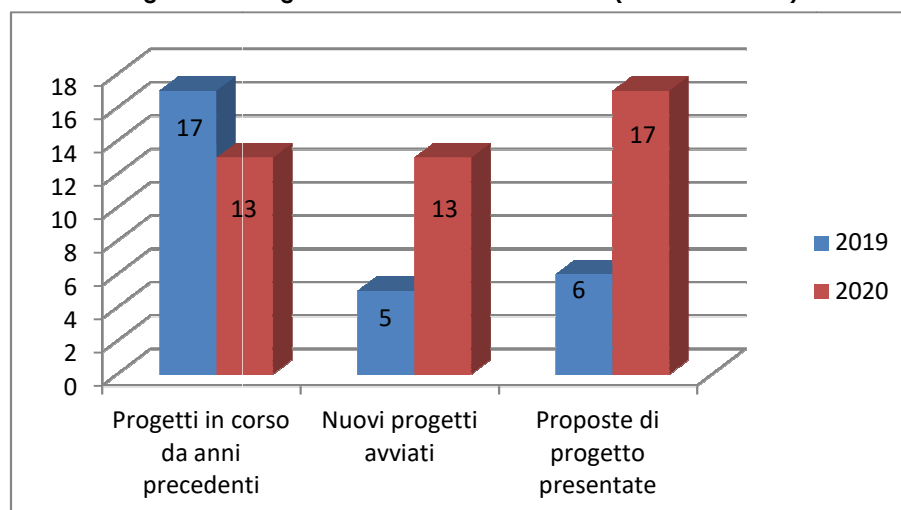
RICERCA E INNOVAZIONE

L'attività di ricerca e innovazione è supportata dall'Azienda mediante una funzione di coordinamento e gestione dei progetti di ricerca clinica aziendali, sia dal punto di vista di indirizzo che da quello amministrativo, supportando i ricercatori nella formulazione dei progetti, nell'acquisizione dei finanziamenti, nei rapporti istituzionali con gli enti partner e/o finanziatori e nel monitoraggio delle attività di gestione e rendicontazione correlate.

Oltre al personale aziendale, le parti interessate alla ricerca sono costituite da tutti gli Enti esterni pubblici e privati che collaborano con APSS in attività di ricerca o che finanziano lo svolgimento di specifici progetti.

Nel 2020 è proseguita l'attività di coordinamento, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali ed internazionali, unitamente al mantenimento dei rapporti con gli enti finanziatori e i partner di progetto, per la corretta gestione delle attività amministrative connesse ai programmi di ricerca.

Figura 90 - Progetti di ricerca finanziati in APSS (anni 2019 - 2020)



SOSTENIBILITA' ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE E RICADUTE SUL TERRITORIO

LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda, quale ente strumentale della Provincia, finanzia le proprie attività attraverso le risorse messe a disposizione dal **Fondo Sanitario Provinciale** (FSP), con il quale si provvede al finanziamento delle prestazioni relative ai livelli essenziali di assistenza, e dal **Fondo per l'Assistenza Integrata** (FAI), che finanzia le prestazioni relative ai livelli aggiuntivi di assistenza sanitaria e quelle dell'area dell'integrazione sociosanitaria. Com'è noto, infatti, la spesa sanitaria provinciale viene finanziata tramite il Fondo Sanitario Provinciale e il Fondo per l'Assistenza Integrata cui si aggiungono la compartecipazione diretta dei cittadini, i fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, anche a carattere territoriale, e le prestazioni a tariffa. Gli investimenti invece vengono finanziati principalmente mediante risorse messe a disposizione sul Fondo Sanitario Provinciale di parte capitale.

Nell'esercizio 2020, i sistemi di controllo interno della spesa (**budget**, con periodici report relativamente al livello delle risorse consumate per singoli centri di responsabilità) e la gestione dei **programmi periodici di spesa** (strumenti operativi per il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse da parte dei Servizi Ordinatori di Spesa), sono stati coerenti con le direttive dettate dalla Giunta Provinciale emanate con Deliberazione di G.P. n. 2170 di data 20.12.2019.

Il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Provinciale di parte corrente è stato assestato con integrazione ex Delibera di Giunta Provinciale n. 2012 di data 04.12.2020 in Euro 1.259.826.900,00=.

I ricavi propri (tariffe e compartecipazioni) riguardano, per significatività, il valore delle prestazioni rese a residenti fuori Provincia nell'ambito dell'istituto della mobilità sanitaria "attiva" (per 62,58 milioni di Euro verso residenti italiani e per 4,98 milioni di Euro per utenti internazionali), i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket, per 14,82 milioni di Euro), i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione sanitaria (per Euro 8,69 milioni), le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (per Euro 4,92 milioni), i concorsi, recuperi e rimborsi (per Euro 11,42 milioni, compresa la contabilizzazione del Pay back), gli altri ricavi e proventi (per Euro 3,20 milioni), le prestazioni erogate ad assistiti extra PAT nella REMS e nelle strutture dell'ex OP (pari, nel complesso, ad € 1,45 milioni) e le prestazioni di Protonterapia ad Aziende Sanitarie Extraregione, nonché le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggette a compensazione pari, complessivamente, ad Euro 5,01 milioni, **per un totale complessivo di ricavi propri pari a 117,07 milioni di Euro.**

L'attribuzione della quota del finanziamento al Servizio Sanitario Provinciale è effettuata dalla Giunta Provinciale, ai sensi dell'art. 16 e succ. della L.P. n. 16/10, in coerenza con le risorse disponibili nell'ambito del Bilancio Annuale e Pluriennale Provinciale. Nell'esercizio 2020 sono stati attuati gli interventi richiesti all'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica provinciale, al fine di garantire da parte del sistema territoriale integrato il rispetto del Patto di Garanzia recepito con la Legge n. 190/2014 e così come declinati, per il settore sanitario, nel provvedimento della Giunta Provinciale n. 2170/2019 attraverso specifiche direttive in materia di razionalizzazione della spesa per l'anno 2020.

Sul versante dei vincoli di spesa, si evidenzia che con Deliberazione n. 2.170 di data 20.12.2019, l'Esecutivo Provinciale ha approvato le disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2020-2022, il relativo riparto e le assegnazioni. Successivamente, con deliberazione di G.P. n. 2.012 di data 04.12.2020, recante integrazioni al finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2020 e altre disposizioni, avuto riguardo delle ovvie ricadute determinate dall'emergenza pandemica, ai fini della verifica del rispetto dei tetti di spesa per l'esercizio 2020, stabiliti nell'allegato A) alla citata deliberazione G.P. n. 2.170/2019, si dà atto che non concorrono le spese derivanti dall'emergenza Covid-19, che l'APSS in sede di Bilancio d'Esercizio ha opportunamente evidenziato. Inoltre, in ordine allo specifico aggregato di spesa sul Personale, non concorrono gli oneri derivanti dagli adeguamenti contrattuali e dall'indennità di vacanza contrattuale (Del. G.P. n. 1.123/2020 e accordo APRAN del 10.11.2020). Nel complesso, i tetti sugli aggregati funzionali di spesa risultano rispettati, come indicato sia nella Relazione sulla Gestione 2020, allegato parte integrante e sostanziale della Delibera del Consiglio di Direzione n. 1 del 27.05.2021, con la quale è stato adottato il Bilancio di Esercizio 2020, sia nella Relazione del Collegio Sindacale al Bilancio di Esercizio 2020, anch'essa allegata alla Delibera del Consiglio di Direzione dell'APSS di cui sopra, **registrando un margine complessivo di oltre 44 milioni di Euro.**

Nel corso dell'anno 2020 l'Azienda ha mantenuto e, in taluni ambiti potenziato il complessivo quadro di offerta dei servizi, sia nell'ambito di un trend di fisiologico aumento della spesa sanitaria in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e della cronicità di alcune patologie, sia in riferimento alla situazione di emergenza epidemiologica da Covid-19 che ha caratterizzato l'intero esercizio 2020, con ciò garantendo il raggiungimento del complessivo equilibrio di bilancio, dal momento che è stato rilevato un **utile "tecnico"** di Euro 16.967,97. Anche dal punto di vista finanziario l'Azienda ha garantito l'equilibrato andamento dei flussi finanziari, che ha permesso il regolare assolvimento delle obbligazioni contrattuali.

Mensilmente l'Azienda provvede a formulare il fabbisogno di cassa alla Provincia, sulla base del provvedimento di assegnazione disposto dalla Giunta Provinciale. Il trasferimento avviene per quote mensili ad eccezione dei progetti specifici, che sono finanziati a seguito di presentazione delle rendicontazioni degli oneri sostenuti. Dal punto di vista operativo, l'erogazione avviene mediante accredito dei fondi sulla contabilità speciale aperta presso il tesoriere della Provincia ogni settimana/decade, in concomitanza con le principali scadenze di pagamento. Il Servizio Bancario dell'APSS accede giornalmente alla contabilità speciale, a ripiano, sulla base dell'effettivo fabbisogno e, nel corso del 2020, ha utilizzato dal conto di tesoreria provinciale l'importo totale di Euro 1.274,64 milioni, con un incremento di circa Euro 121 milioni rispetto all'anno precedente.

Tabella 76 - Erogazioni provinciali di cassa (in milioni di euro)

2018	2019	2020
1.066	1.154	1.275

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 2020 è stato mediamente pari a **96 giorni** (con un lieve incremento rispetto al dato di riscossione a 93 giorni registrato nel 2019)⁷.

Sul fronte dei pagamenti ai fornitori, si segnala che i medesimi sono stati assolti nei termini previsti dalle rispettive obbligazioni contrattuali. Al riguardo **"l'indicatore di tempestività dei pagamenti"**⁸ per l'esercizio 2019 è pari a **-5,80 giorni**, quindi i fornitori sono mediamente pagati cinque giorni prima della scadenza.

Il **puntuale pagamento** rappresenta altresì un positivo elemento nella valutazione fatta da parte dei fornitori nella partecipazione alle gare di appalto, che può concorrere a determinare migliori condizioni sui prezzi offerti.

LE RISORSE DEL FONDO SANITARIO PROVINCIALE DI PARTE CAPITALE

Le iniziative di investimento sono prevalentemente finanziate dal Fondo Sanitario Provinciale (di parte capitale o in conto esercizio specificatamente destinate agli investimenti) e, in via residuale, da risorse di altri enti o da progettualità di sperimentazione/ricerca. I finanziamenti in conto capitale sono articolati e distinti per attrezzature sanitarie, per attrezzature tecnico economiche, per presidi protesici e per lavori sul patrimonio immobiliare per garantirne il mantenimento in efficienza e rendere le strutture aziendali sempre più rispondenti alle esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti.

Il provvedimento di finanziamento per le spese di investimento approvato dalla Giunta provinciale identifica le linee di investimento o gli specifici lavori finanziati, fatta eccezione per alcuni importi residuali destinati alle spese indistinte. I finanziamenti in c/capitale disposti dalla P.A.T. assegnati all'Azienda nell'anno 2020 sono stati €uro 3,00 milioni per quanto concerne i Presidi Protesici, ed €uro 0, 443 milioni afferenti il Piano Operativo Covid-19, ex art. 4 D.L. n. 18/2020.

Tabella 77 - Finanziamenti PAT in conto investimento (in milioni di euro)

Voce	2018	2019	2020
Attrezzature Sanitarie	11,81	-	-
Attrezzature Non Sanitarie ed Economiche	8,97	-	-
Presidi Protesici	2,40	3,00	3,00
Lavori	35,70	5,61	-
Piano Operativo Covid-19 (art. 4 D.L. n. 18/2020)	=	=	0,44
Totale APSS	58,88	8,61	3,44

Il 2020 è stata un'annualità importante, in quanto in fase di definizione delle disposizioni provinciali per la chiusura del Bilancio d'Esercizio, la Provincia ha assegnato ad investimenti specifiche risorse in c/esercizio per complessivi €uro 5,50 milioni finalizzati a coprire il maggior fabbisogno delle annualità future.

In considerazione della normativa nazionale vigente e delle disposizioni della Giunta Provinciale in tema di monitoraggio della spesa in c/capitale, si è adottata anche per la spesa in c/capitale la gestione per commesse, finalizzata a soddisfare il debito informativo sullo stato di avanzamento e utilizzo dei finanziamenti provinciali in c/capitale e per garantire una corretta tracciatura della spesa. Sono stati definiti corrispondenti programmi di spesa ed è stato individuato specifico applicativo quale strumento operativo. Il monitoraggio avviene su 4 livelli: 1) Delibera di finanziamento 2) Finanziamento, corrispondente alla ripartizione delle risorse tra assegnatari aziendali 3) Progetto, atto a riunire commesse omogenee 4) Commessa per singola linea di investimento ovvero quale aggregato di più linee.

LE RISORSE DA AUTOFINANZIAMENTO

Le risorse da autofinanziamento riguardano i ricavi della gestione caratteristica derivanti dall'attività istituzionale e nel 2019 sono pari a circa €uro 49,51 milioni al netto dei ricavi della mobilità sanitaria interregionale ed internazionale. Le voci più rilevanti sono i ticket, i proventi da libera professione, i concorsi, recuperi e rimborsi (le tre voci rappresentano il 70,55% del totale).

Dal punto di vista tariffario la competenza dell'Azienda riguarda unicamente la gestione della libera professione e talune voci del tariffario amministrativo (copie documentazione amministrativa e sanitaria, erogazione pasti), in quanto tutte le altre voci sono definite da nomenclatori approvati dalla Giunta Provinciale (Prestazioni della specialistica ambulatoriale,

⁷ Non sono considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa.

⁸ L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come il tempo medio ponderato di pagamento rispetto alle scadenze contrattualmente previste.

Igiene e sanità pubblica, ricoveri). Sul fronte delle entrate proprie, quindi, la possibilità dell'Azienda di incidere sull'entità complessiva del gettito è pertanto notevolmente ridotta per effetto della competenza provinciale in materia tariffaria. Nel corso del 2020, i proventi da sanzioni su autocertificazioni ticket mendaci sono stati pari ad € 71.698, mentre i proventi da sanzioni amministrative hanno registrato un saldo di € 658.933.

LE RISORSE PER PROGETTI FINANZIATI DA TERZI

Nell'esercizio 2020 l'Azienda ha partecipato a progetti di ricerca finanziati da Enti esterni attraverso trasferimenti finalizzati che sono gestiti separatamente rispetto alle quote del Fondo Sanitario.

L'APSS ha effettuato una puntuale attività di coordinamento, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali ed internazionali, nonché sono stati mantenuti i rapporti con gli enti finanziatori e i partner di progetto per la corretta gestione delle attività amministrative connesse ai programmi di ricerca sanitaria, anche di livello internazionale/europeo, in particolare proseguendo la collaborazione con il mondo della ricerca trentino. Sotto il profilo della gestione delle risorse vi è un consistente impegno amministrativo, in quanto i finanziamenti vengono erogati a consuntivazione delle attività svolte, mediante presentazione della relativa documentazione giustificativa della spesa.

La gestione c.d. per "commessa", sviluppata negli ultimi anni nell'ambito del sistema contabile, consente una migliore individuazione dei costi riferibili ad ogni singola iniziativa e permette una puntuale rendicontazione di fine esercizio all'ente finanziatore, con la possibilità – in tempo reale – di reperire dati contabili e tecnici dal sistema di contabilità integrato.

Tabella 78 - Finanziamenti per contributi e progetti di ricerca (in migliaia di euro)

Descrizione	2018	2019	2020
Contributi finalizzati P.A.T.	0	30	185
Progetti finalizzati altri enti	913	1.044	727

Nel corso del 2020, inoltre, sono stati introitati € 8.441.891= quali proventi da donazioni (di cui € 8.131.064= donazioni Covid-19), € 27.000= quali proventi da sponsorizzazioni, nonché € 1.800= relativi alle quote di iscrizione per eventi formativi.

RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO

L'APSS è una delle maggiori realtà economiche della Provincia Autonoma di Trento per numero di dipendenti, risorse gestite e rete di relazioni con le parti interessate (fornitori, sistema bancario, terzo settore, strutture accreditate con il Servizio Sanitario Provinciale, personale convenzionato), contribuendo allo sviluppo economico, oltre che sociale, del territorio. Sotto questo profilo l'Azienda genera anche importanti ricadute economiche sul territorio, anche attraverso flussi finanziari "di ritorno" alla comunità, in relazione ai meccanismi di devoluzione fiscale per la compartecipazione di quota parte dei tributi che garantiscono il gettito erariale.

Figura 91 – Ricadute economiche dell'attività di APSS sul territorio.

