

### 3.3 L'offerta sanitaria

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

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

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

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

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

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

► *Igiene e sanità pubblica*

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

---

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

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

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

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

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

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

► *Prevenzione ambientale*

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

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

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

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

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

► *Prevenzione infortuni, sicurezza e medicina del lavoro*

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

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

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

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

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

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

► *Igiene e sanità pubblica veterinaria*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

► *Medicina legale* <sup>[11]</sup>

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

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

► *Profili di salute della comunità*

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

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

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

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

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

### 3.3.2 SECONDO LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE

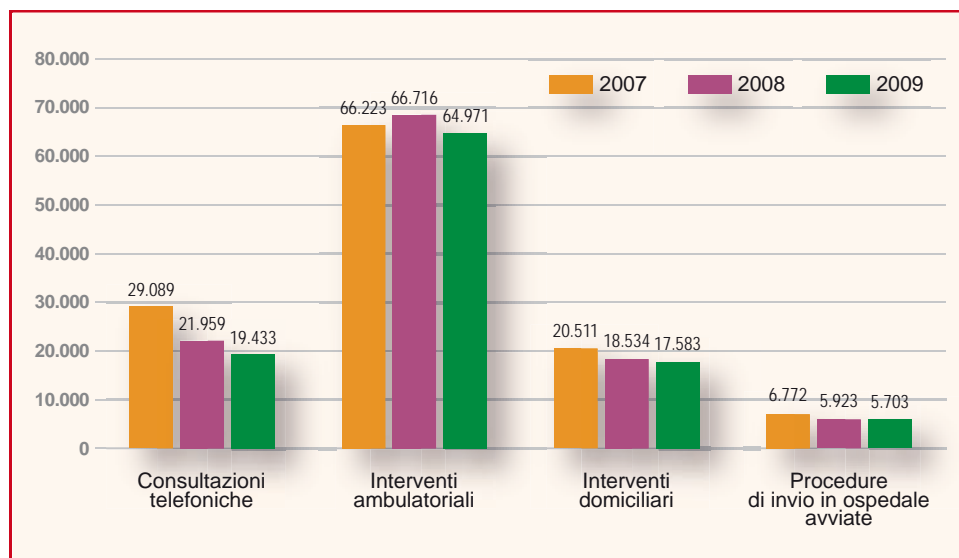
Questo livello d'assistenza gestisce in modo integrato tutte le attività di assistenza sanitaria territoriale a favore dei cittadini. L'assistenza sanitaria di base comprende la medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare, la continuità assistenziale notturna e festiva, la guardia medica turistica.

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

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

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

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



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

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

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

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

► *Attività d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale*

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

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

**B. Sistema accettazione ed emergenza**, che assicura la funzione di pronto soccorso nelle sedi ospedaliere e nei punti di primo intervento territoriale. L'impianto organizzativo della rete dei servizi d'urgenza-emergenza sanitaria territoriale – che opera da più di dieci anni con un modello organizzativo integrato – si dimostra sostanzialmente rispondente ai requisiti previsti dalla specifica normativa di settore ed è costituito da:

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

La *Centrale operativa provinciale* garantisce la *gestione delle emergenze sanitarie extraospedaliere* <sup>[14]</sup>.

---

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

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

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

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

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

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

<sup>[15]</sup> Quali livelli di assistenza definiti dalla vigente normativa provinciale.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

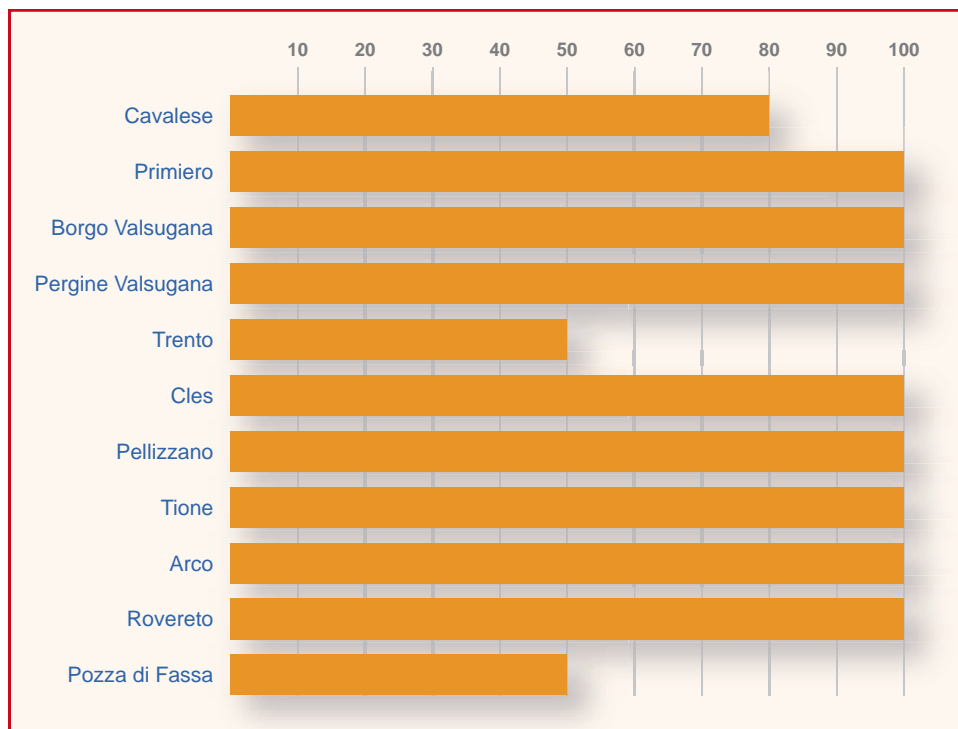
<sup>[22]</sup> Nella patologia neurologica il codice rosso è stato assegnato nel 48,8% dei casi (44,9% nel 2008). Questa crescita può essere indice della sensibilizzazione degli operatori della Centrale operativa nei confronti dell'istituzione della "Stroke Unit" per il trattamento precoce dell'ictus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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

► *Assistenza farmaceutica*

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

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

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

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

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

Fonte: APSS

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

*L'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali concerne:*

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Servizio farmaceutico APSS

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

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

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

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

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

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

► *Assistenza specialistica ambulatoriale*

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

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

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

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

---

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

<sup>[24]</sup> Deliberazione della Giunta provinciale n. 1758/2006.

<sup>[25]</sup> Delibera del Direttore generale n. 1288 del 22 novembre 2006.

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

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

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

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

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

**TAB. 3.13** Prenotazioni per Distretto – Anni 2005-2009

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

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

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

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

(\*) di cui prenotazioni in libera professione = 91.481

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**TAB. 3.15** Prestazioni specialistiche – Anni 2008 e 2009

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

**STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE**

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

**AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE**

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

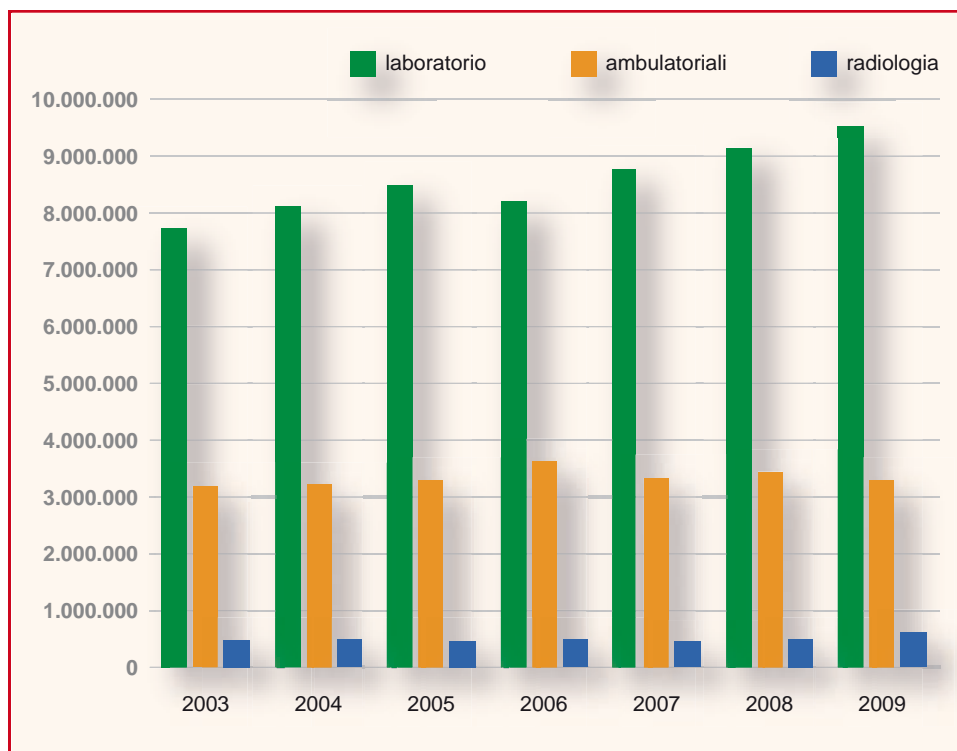
Fonte: Elaborazione Servizio Economia e Programmazione sanitaria su dati APSS

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

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

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

**GRAF. 3.3** Attività specialistica ambulatoriale – Trend 2003-2009



► *Assistenza territoriale*

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

In quest'ambito, l'offerta riguarda:

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

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

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

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

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

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

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

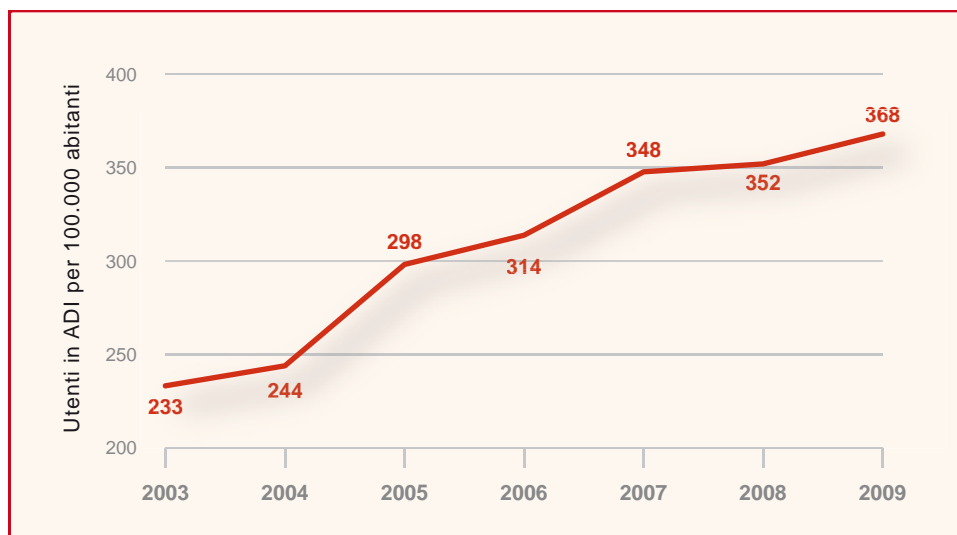
Il personale dedicato alle cure palliative del Distretto di Trento Valle dei Laghi, Rotaliana, Paganella e Cembra gestisce inoltre l'hospice dotato di sei posti letto.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

**TAB. 3.18** Nuovi utenti per consultorio familiare – Anno 2009

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**TAB. 3.24** Neuropsichiatria infantile: attività – Anno 2009

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

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

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

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

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

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

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

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

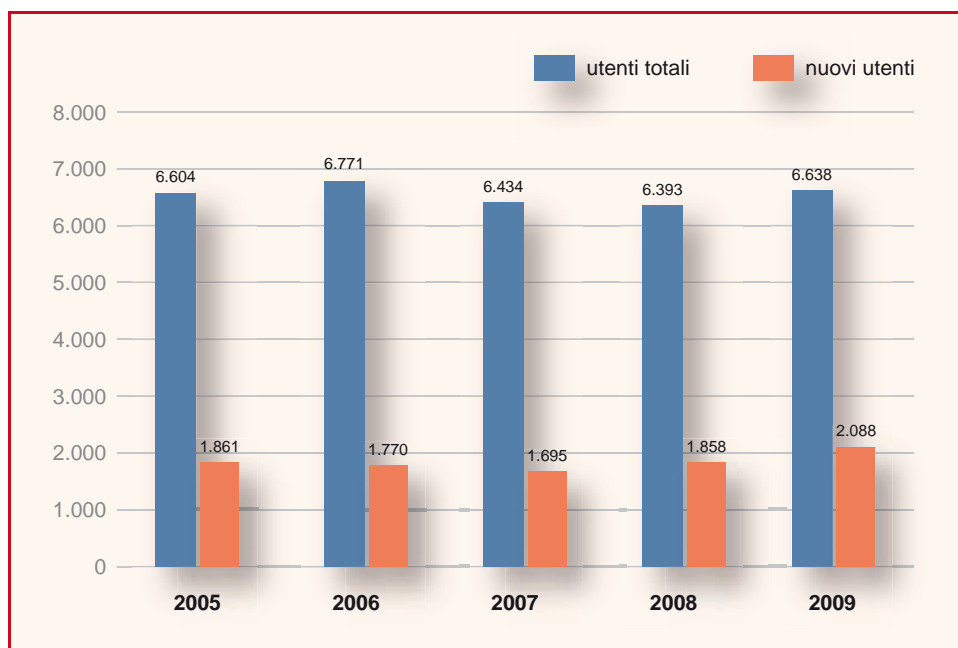
Le prestazioni e le attività sono realizzate attraverso gli 8 centri di salute mentale (Primiero, Borgo, Pergine, Trento, Cles, Rovereto, Arco, Tione),

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Fonte: APSS – SIT

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

- le *residenze sanitarie assistenziali* (RSA) che, in numero di 52, convenzionate con il Servizio sanitario provinciale, sono distribuite capillarmente sull'intero territorio; a queste si aggiungono 3 nuclei di RSA a sede ospedaliera (RSAO) che, ubicate presso le strutture ospedaliere San Camillo di Trento, Solatrix di Rovereto e di Tione, hanno una dotazione complessiva di 67 posti letto e garantiscono 1,32 posti letto ogni 1.000 anziani ultra-settantacinquenni. In termini strutturali, il modello prevalente è inferiore a 80 posti letto (62%) e solo 2 strutture hanno una dotazione che supera i 200 posti letto.

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

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

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

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

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

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

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

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

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

**TAB. 3.29** Attività UVM – Anni 2005-2009

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

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

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

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

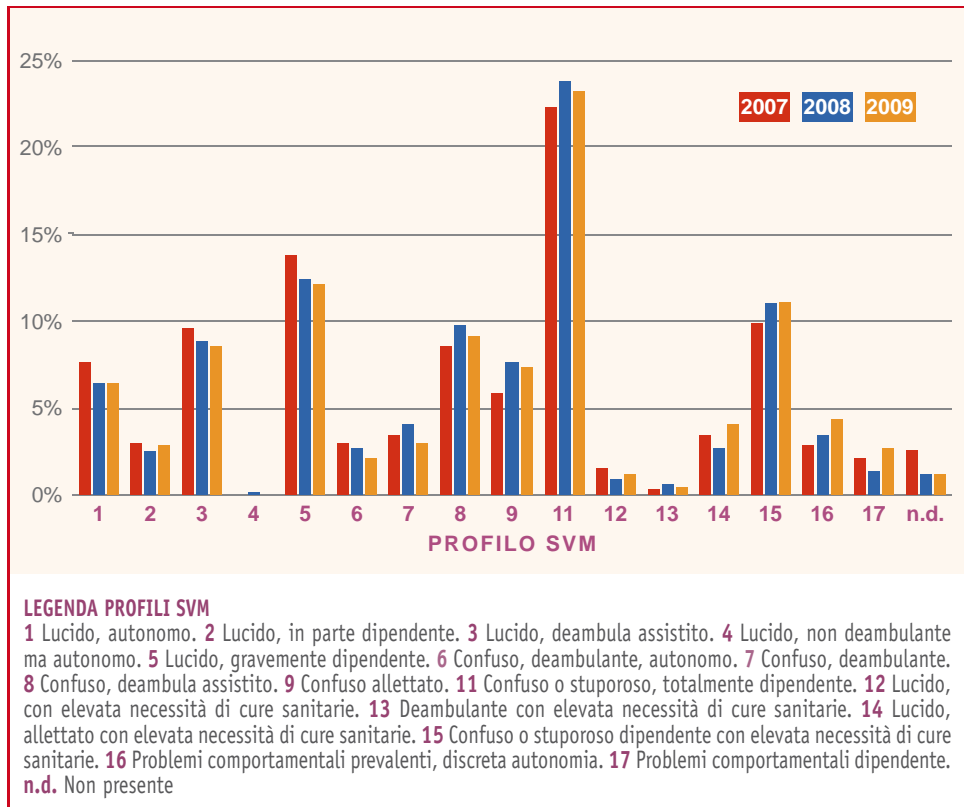
Nel 2009 state effettuate le *verifiche tecnico sanitarie* in tutte le sedi di RSA, con la revisione della scheda in uso e la introduzione di specifici indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata all'interno della struttura.

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

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

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

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



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

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

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

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

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

**TAB. 3.31** RSA: Tariffe sanitarie – Anno 2009

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Servizio Economia e Programmazione sanitaria PAT

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3.3 TERZO LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

---

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

► **Pronto soccorso**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>[41]</sup> Arco, Borgo, Cavalese, Cles, Mezzolombardo, Rovereto, Tione, Trento adulti, Trento pediatrico, Trento ortopedico.

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

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

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

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

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

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

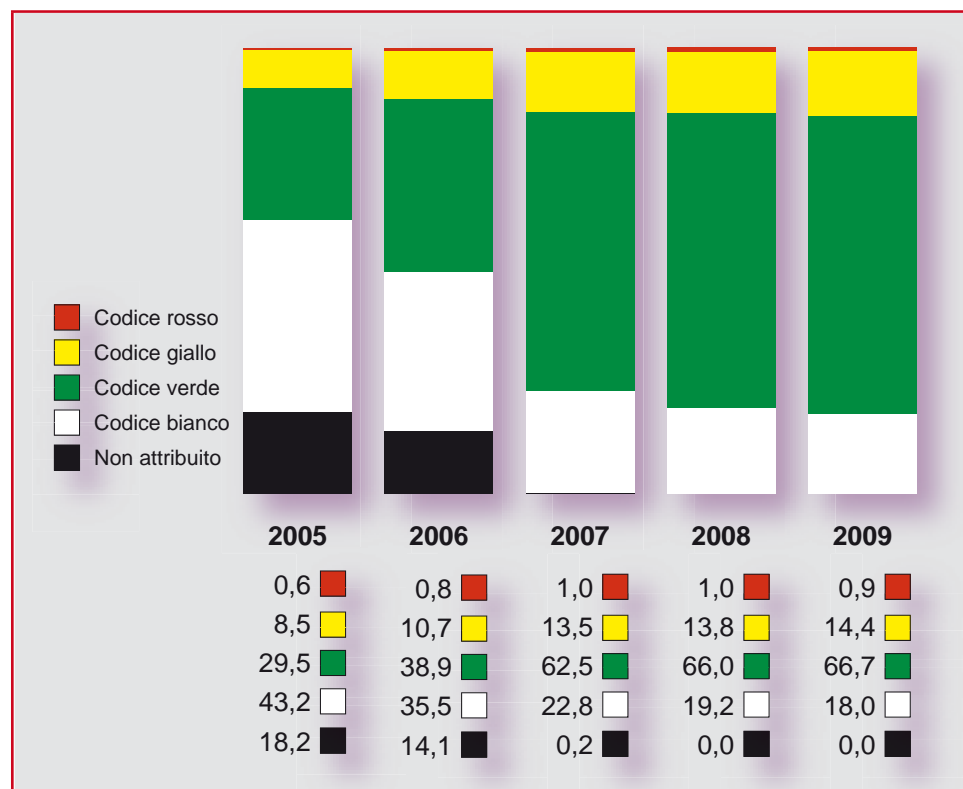
Per quanto riguarda le modalità di invio al pronto soccorso si segnala che, nel 2009, l'86% dei pazienti è giunto direttamente e senza alcuna richiesta del curante e solo il 6,5% (nel 2008=6,6 – nel 2007=7 – nel 2006=12) con richiesta del medico curante; gli invii dalle RSA sono stati lo 0,5%.

L'introduzione della classificazione per codice colore (accelerata dall'introduzione della normativa sulla compartecipazione alla spesa) è a regime dal gennaio 2007. Nel 2009 (Grafico 3.7), la distribuzione del codice colore raggiunge il 100% dei casi d'accesso: l'andamento è in diminuzione per i codici bianchi (dal 19,2% al 18,0%) e sostanzialmete stabile per i codici verdi (dal 66,0% al 66,7%), per i codici gialli (dal 13,8% al 14,4%) e rossi (dal 1,0% al 0,9%). L'azione di filtro delle strutture di pronto soccorso appare incrementare progressivamente, come conferma il trend in riduzione della percentuale di pazienti ricoverati (dal 14,9% del 2004 al 11% del 2009).

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

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

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



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

► *Assistenza ospedaliera in regime di ricovero*

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

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

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

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

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

---

<sup>[42]</sup> *Accettazione*: tempo intercorrente fra l’accesso e la visita.

<sup>[43]</sup> *Dimissione*: tempo intercorrente fra l’accesso e la dimissione.

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

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

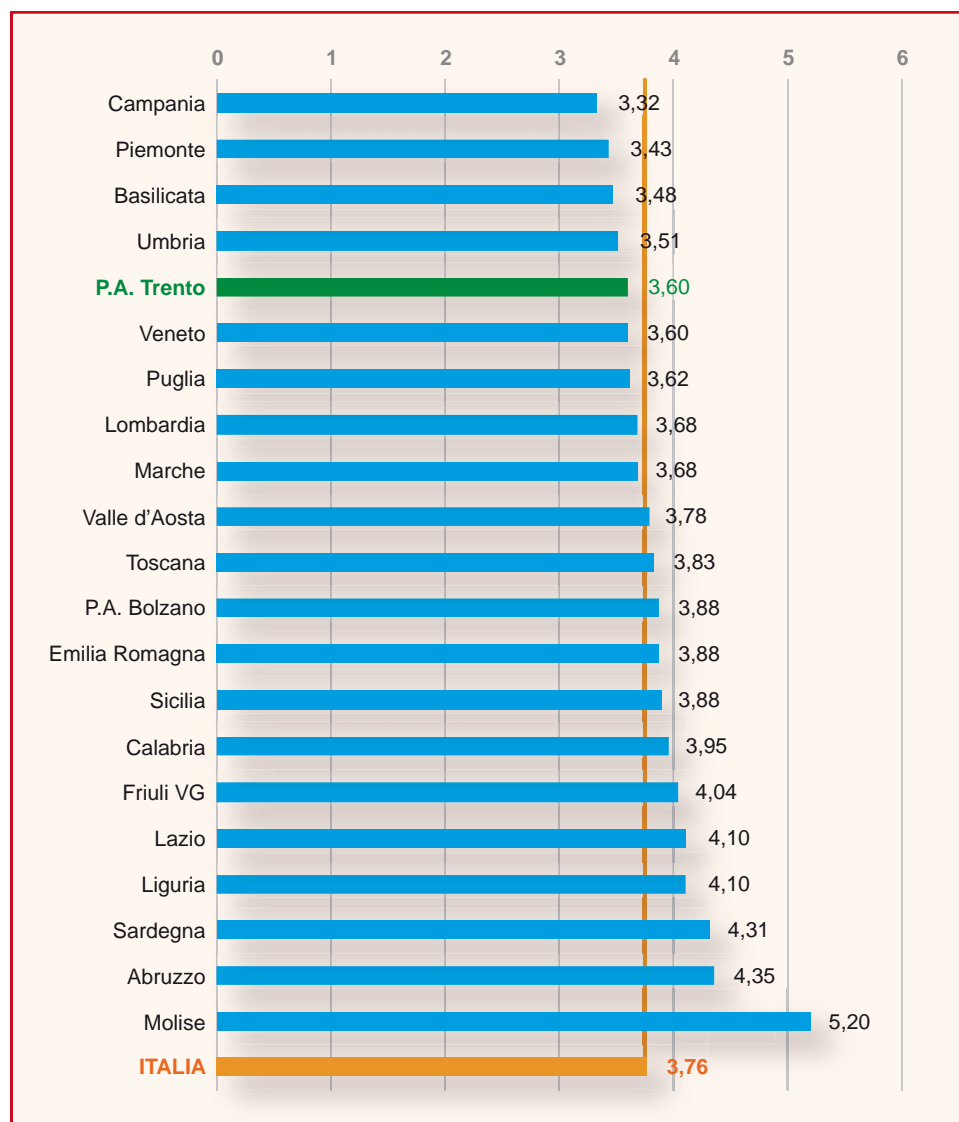
Codice Regione	REGIONE	ACUTI			NON ACUTI		
		Pubblici	Privati accreditati	Ogni 1.000 residenti	Pubblici	Privati accreditati	Ogni 1.000 residenti
010	Piemonte	13.220	1.707	3,43	2.025	1.910	0,90
020	Valle d' Aosta	472	0	3,78	0	0	0,00
030	Lombardia	30.149	4.980	3,68	4.684	3.240	0,83
041	P.A. Bolzano	1.827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

Fonte: Ministero della salute – Sistema informativo sanitario

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

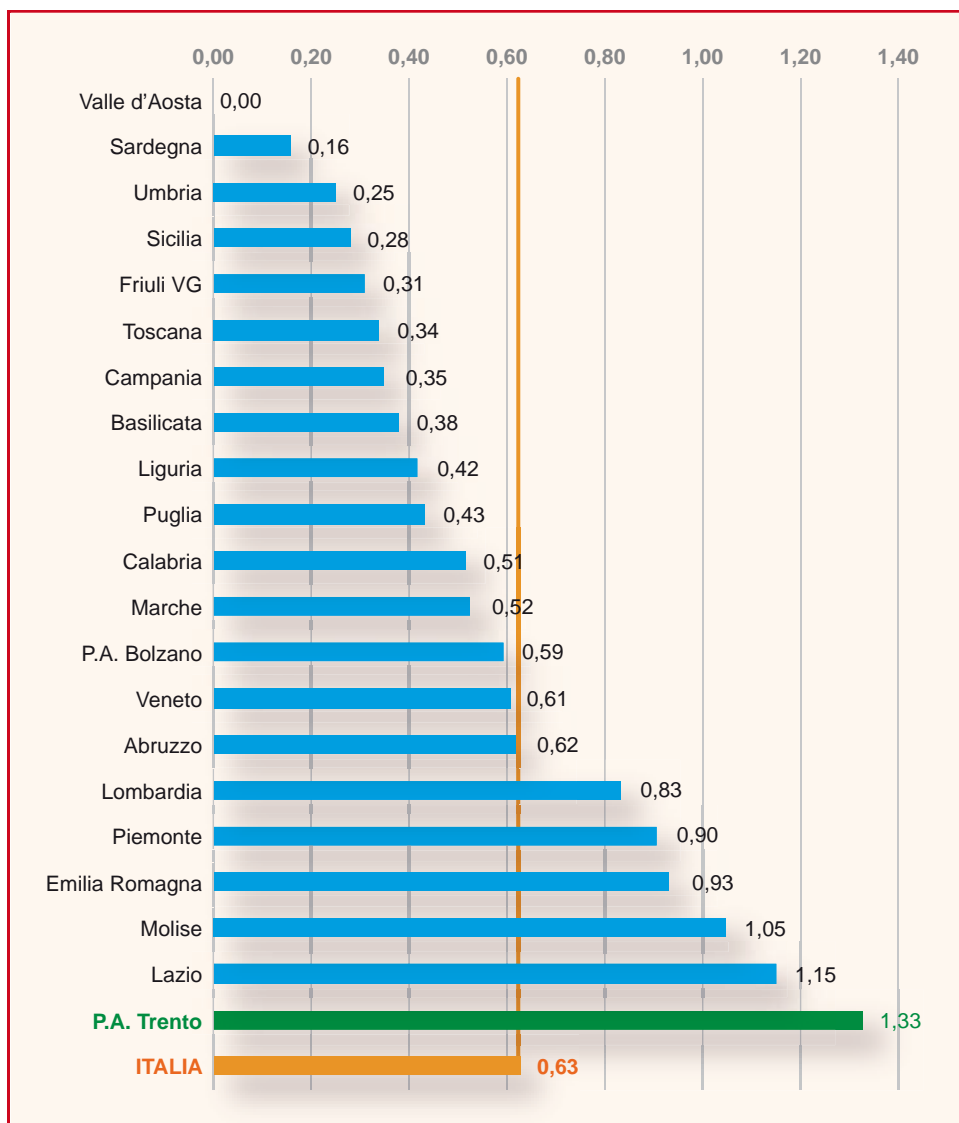
*L'orizzonte temporale per queste realizzazioni è previsto in 5-10 anni perché vanno create le condizioni strutturali, professionali e culturali, propepeti-*

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



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

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



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

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

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

**OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA APSS**

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

**OSPEDALI CLASSIFICATI E PRIVATI ACCREDITATI**

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

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

ISTITUTI DI CURA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGOGENZA	TOTALE POSTI LETTO		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale		Ordinari	DH	Totale
<b>Totale</b>	<b>1.622</b>	<b>190</b>	<b>1.812</b>	<b>361</b>	<b>81</b>	<b>442</b>	<b>216</b>	<b>2.199</b>	<b>271</b>	<b>2.470</b>
ogni 1.000 ab.	3,12	0,37	3,49	0,69	0,16	0,85	0,42	4,23	0,52	4,75

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

è descritta nella Tabella 3.40 e l'evoluzione negli anni della dotazione provinciale di posti letto ospedalieri è rappresentata nel Grafico 3.10.

**TAB. 3.39** Posti letto tecnici (non sono conteggiati nel parametro/1.000 abitanti) – Anno 2009

	Dialisi	Medicina d'urgenza	In unità operative	RSA a sede ospedaliera	Totale	Culle
Cavalese	7	—	—	—	7	14
Borgo	11	—	—	—	11	—
Trento – S. Chiara	36	8	—	—	44	20
Valli del Noce – Cles	10	—	11	—	20	11
Tione	6	—	9	22	37	9
Alto Garda e Ledro	9	2	—	—	11	10
Rovereto – S. M. del Carmine	12	—	—	—	12	16
S. Camillo	—	—	—	25	25	—
Solatrix	—	—	—	20	20	—
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>67</b>	<b>187</b>	<b>80</b>

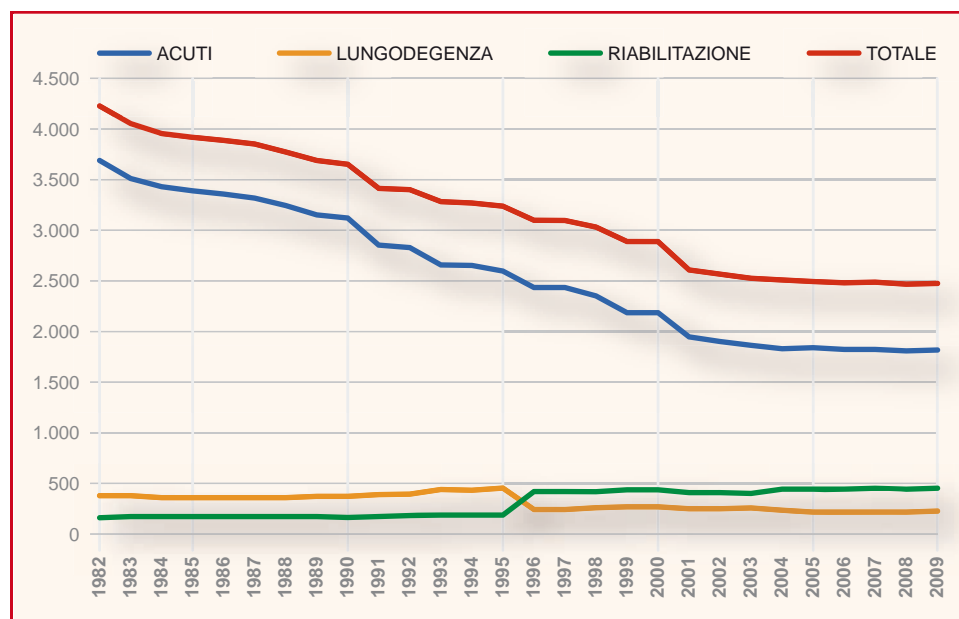
Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

**TAB. 3.40** Istituti di cura pubblici e privati. Posti letto per tipologia di assistenza – Anno 2009

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	Posti letto ORDINARI	Posti letto DIURNI	TOTALE posti letto	Posti letto PER 1.000 AB.
Specialità di base	1.300	152	1.452	2,79
Specialità a media assistenza	188	32	220	0,42
Specialità a elevata assistenza	91	7	98	0,19
Terapia intensiva e subintensiva	42	—	42	0,08
Riabilitazione	361	81	442	0,85
Lungodegenza	216	—	216	0,42
<b>Totale posti letto</b>	<b>2.198</b>	<b>272</b>	<b>2.470</b>	<b>4,75</b>
	<b>P. letto TECNICI ORDINARI</b>	<b>P. letto TECNICI DIURNI</b>	<b>TOTALE P. letto TECNICI</b>	
Dialisi	—	91	91	
Medicina d'urgenza e pronto soccorso	—	10	10	
In Unità operative	—	19	19	
RSA a sede Ospedaliera	67	—	67	
<b>Totale posti letto tecnici</b>	<b>67</b>	<b>120</b>	<b>187</b>	

Fonte: Servizio economia e programmazione sanitaria

**GRAF. 3.10** Dotazione posti letto ospedalieri in provincia di Trento – Trend 1982-2009



La Tabella 3.41 descrive, per il periodo 2004-2009, l'attività erogata e i principali indicatori di efficienza/efficacia dell'attività ospedaliera del servizio sanitario provinciale.

**TAB. 3.41** Servizio sanitario provinciale: attività erogata – Anni 2004-2009

DEGENZA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>ATTIVITÀ</b>						
DIMESSI	58.071	57.847	57.450	57.996	57.986	<b>57.936</b>
di cui APSS	52.315	51.385	51.208	51.337	51.381	<b>51.710</b>
di cui PRIVATI ACCREDITATI	5.756	6.462	6.242	6.659	6.605	<b>6.226</b>
DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	16.695	16.581	16.086	16.871		
DIMESSI CON DRG MEDICO	35.630	35.684	35.398	35.466		
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	1,74	1,76	1,77	1,78	1,77	<b>1,78</b>
PESO MEDIO DRG MEDICI	1,04	1,04	1,04	1,03	1,03	<b>1,04</b>
NUMERO PARTI	5.097	4.992	4.928	4.949	5.099	<b>4.727</b>
<b>MODALITÀ DI GESTIONE</b>						
DEGENZA MEDIA	7,29	7,36	7,42	7,77	7,56	<b>7,51</b>
RICOVERI RIPETUTI	3.940	3.842	4.129	4.215	4.018	<b>4.429</b>
DECESSI INTRAOSPEDALIERI	1.712	1.803	1.777	1.806	1.739	<b>1.709</b>
% DIMESSI PER DECESSI INTRAOSPED.	2,95	3,12	3,09	3,11	3,0	<b>2,95</b>

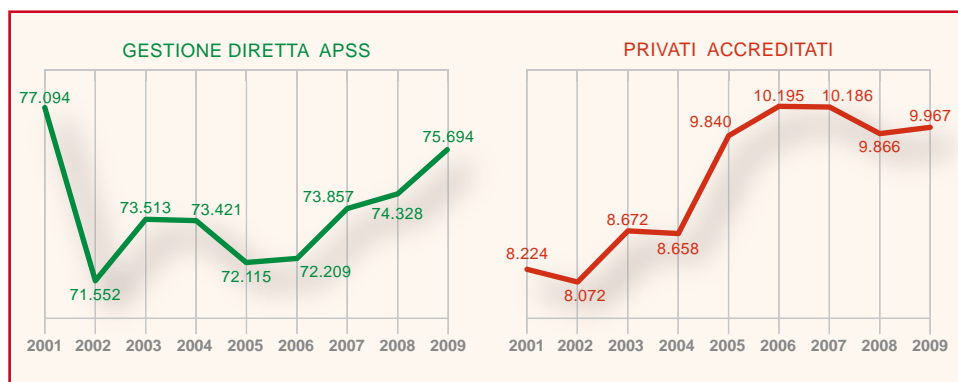
DIMISSIONI ORDINARIE A DOMICILIO	52.901	51.985	51.044	48.477	47.510	<b>47.795</b>
% DIMISSIONI ORDINARIE A DOMICILIO	91,1	89,87	88,85	83,59	81,93	<b>82,50</b>
DRG MEDICI CRITICI (rischio inapproprietezza)	8.577	8.759	9.004	8.469	8.570	<b>8.324</b>
% INAPPROPRIATEZZA PRUO DEGENZA	7,8	—	7,7	7,77	—	—

<b>DEGENZA PER ACUTI IN REGIME DIURNO</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>ATTIVITÀ</b>						
DIMESSI	24.008	24.108	24.954	26.047	26.208	<b>27.725</b>
di cui APSS	21.106	20.730	21.001	22.520	22.947	<b>23.984</b>
di cui PRIVATI ACCREDITATI	2.902	3.378	3.953	3.527	3.261	<b>3.741</b>
DIMESSI CON DRG CHIRURGICI	17.482	17.854	18.348	18.725	19.114	<b>20.189</b>
DIMESSI CON DRG MEDICI	6.354	6.097	6.241	6.730	5.929	<b>6.530</b>
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	0,78	0,78	0,78	0,79	0,80	<b>0,74</b>
PESO MEDIO DRG MEDICI	0,86	0,85	0,83	0,81	0,82	<b>0,77</b>
<b>MODALITÀ DI GESTIONE</b>						
DEGENZA MEDIA	2,33	2,32	2,28	2,28	2,32	<b>2,42</b>
% DRG CHIRURGICI IN DH SUL TOTALE DRG CHIRURGICI	51,12	51,83	53,26	52,60	52,64	<b>53,82</b>
% DRG CHIRURGICI IN DH SUL TOTALE DRG CHIRURGICI CRITICI (a rischio inapproprietezza)	82,06	82,55	85,14	83,83	85,10	<b>86,39</b>

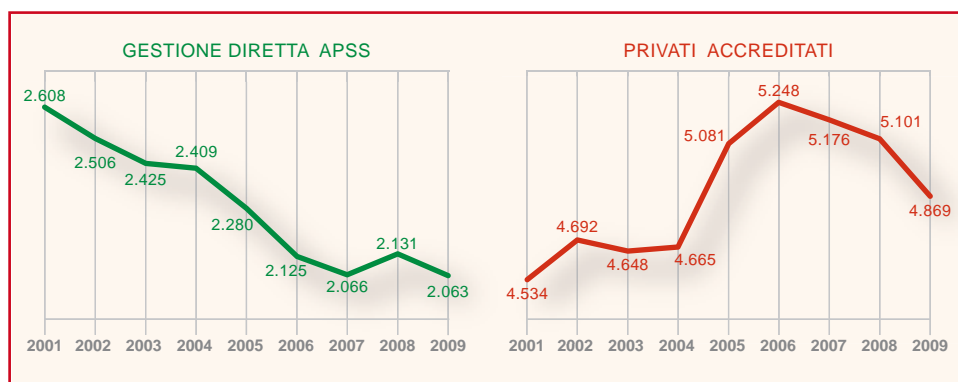
<b>RIABILITAZIONE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>ATTIVITÀ</b>						
DIMESSI	7.074	7.361	7.373	7.242	7.232	<b>6.932</b>
di cui APSS	2.409	2.280	2.125	2.066	2.131	<b>2.063</b>
di cui PRIVATI ACCREDITATI	4.665	5.081	5.248	5.176	5.101	<b>4.869</b>
di cui ORDINARI	5.932	6.273	6.402	6.316	6.182	<b>5.899</b>
di cui DIURNI	1.142	1.088	971	926	1.050	<b>1.033</b>
<b>MODALITÀ DI GESTIONE</b>						
DEGENZA MEDIA ORDINARI	18,4	18,91	18,62	17,12	19,23	<b>20,08</b>
DEGENZA MEDIA DIURNI	12,75	12,6	11,56	13,66	12,42	<b>13,03</b>
RICOVERI RIPETUTI	656	685	669	684	729	<b>719</b>

<b>LUNGODEGENZA</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>
<b>ATTIVITÀ</b>						
DIMESSI	3.305	3.242	3.136	3.003	2.720	<b>2.651</b>
di cui APSS	260	198	248	243	286	<b>292</b>
di cui PRIVATI ACCREDITATI	3.045	3.044	2.888	2.760	<b>2.434</b>	<b>2.359</b>
<b>MODALITÀ DI GESTIONE</b>						
DEGENZA MEDIA	31,36	31,41	31,4	30,87	34,80	<b>34,39</b>
RICOVERI RIPETUTI	102	80	91	72	84	<b>59</b>

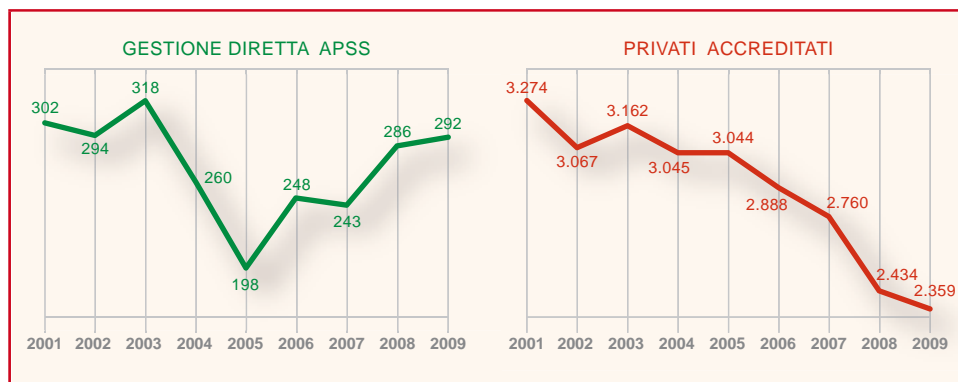
**GRAF. 3.11** RICOVERI PER ACUTI in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Anni 2001-2009



**GRAF. 3.12** RICOVERI PER RIABILITAZIONE in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Anni 2001-2009



**GRAF. 3.13** RICOVERI PER LUNGODEGENZA in ospedali a gestione diretta APSS e in ospedali privati accreditati - Anni 2001-2009



Con riferimento all'*attività ospedaliera*, va precisato che:

- presso le strutture del servizio sanitario provinciale si sono registrate *90.954 dimissioni* (escluso DRG 391) delle quali 79.964 di persone residenti (+2,6% vs. 2008) e 10.990 di residenti fuori provincia (- 7,2% vs. 2008);
- il numero totale di dimissioni dalle strutture ospedaliere trentine è stabile dal 2004;
- l'ospedale di Trento produce il *40% delle dimissioni*, l'ospedale di Rovereto il 17,5%, l'ospedale di Cles il 7,5%, l'ospedale Alto Garda e Ledro il 5,4%, l'ospedale di Cavalese il 4,1%, l'ospedale di Borgo il 3,8% e l'ospedale di Tione il 3,6%. Le sette strutture private accreditate producono insieme il rimanente 18,1% dei ricoveri;
- i *DRG* di tipo *medico* sono stati 52.257 (57,5%), quelli di tipo *chirurgico* 38.230 (42,0%);
- nei residenti trentini, le *dimissioni in regime ordinario* sono state 53.224 (+ 0,4% vs. 2008) e quelle *in regime diurno* 26.740 (+ 7,8% vs. 2008); le *dimissioni da reparti per acuti* sono state 73.654 (+ 3,2% vs. 2008);
- il *47% del totale dei ricoveri ospedalieri* di residenti in Trentino riguarda persone con *età maggiore di 65 anni* (nel 2008=46,0 – nel 2007=45,7);
- per l'*attività di degenza per acuti in regime ordinario*, i posti letto disponibili nel periodo 2004-2009, sia negli ospedali a gestione diretta che nelle strutture accreditate, sono sostanzialmente stabili così come i ricoveri che si sono stabilizzati su circa 58.000 casi; nel 2009 è lievemente diminuito il numero di dimessi dalle strutture accreditate, compensato dall'aumento dei dimessi dalle strutture della APSS. Il peso medio dei DRG chirurgici ha mostrato, nel periodo 2004-2009, un lieve costante incremento, mentre per i DRG medici è rimasto sostanzialmente stabile; la degenza media, lievemente ma progressivamente aumentata (anche in ragione dell'aumentata complessità della casistica e del progressivo trasferimento in regime di ricovero diurno della casistica meno complessa), rimane stabilmente inferiore agli 8 giorni (7,8 giorni; il dato italiano 2006=6,7); la degenza media preoperatoria<sup>[46]</sup> è stata pari a 1,8 giorni; i ricoveri ripetuti sono in lieve aumento, mentre i DRG medici a elevata probabilità di inappropriatazza sono stabili così come la mortalità ospedaliera; i pazienti con dimissioni ordinarie a domicilio sono in lieve aumento nel 2009; il numero dei parti è lievemente diminuito rispetto al valore medio del periodo (5.000/anno); i residenti trentini dimessi da reparti per acuti in regime ordinario sono stati 47.926;
- l'*attività di degenza per acuti in regime diurno* (day hospital e day surgery) si è progressivamente sviluppata nel periodo 2004-2009 passando dai 22.676 ricoveri dell'anno 2004 ai 27.725 del 2009; il peso medio dei DRG è rimasto

---

<sup>[46]</sup> Indica il tempo medio trascorso in ospedale, in ricovero ordinario per acuti, prima di eseguire l'intervento chirurgico.

sostanzialmente invariato; l'incremento riguarda in particolare l'attività chirurgica (svolta in regime diurno) che è progressivamente cresciuta risultando attualmente pari al 53% dell'attività chirurgica complessiva effettuata nelle strutture provinciali (il dato nazionale, riferito all'anno 2007, si attesta sul 32%); per i DRG chirurgici a rischio inappropriato il rapporto raggiunge, come disposto con indicazioni della Giunta provinciale in sede di recepimento del decreto sui LEA, valori superiori all'83%; i residenti trentini dimessi da reparti per acuti in regime diurno sono stati 25.728;

- per l'attività di ricovero in *lungodegenza* si segnala una sostanziale stabilizzazione della struttura di offerta, dopo la riduzione del numero di posti letto nelle strutture accreditate (-15% nel biennio 2005-2006) in relazione alla "trasformazione" degli stessi in posti letto di riabilitazione; l'attività di ricovero è lievemente diminuita nel 2009, la durata media di degenza è invariata rispetto al 2008 mentre il numero di ricoveri ripetuti è diminuito; i residenti trentini dimessi da reparti di lungodegenza sono stati 1.633;
- per l'attività di degenza ordinaria e diurna di *riabilitazione*, la struttura di offerta è aumentata del 10%, nel quinquennio 2002-2006, in relazione alle autorizzazioni rilasciate al privato accreditato nel corso dell'anno 2005; dal 2005 il numero dei posti letto disponibili, sia negli ospedali a gestione diretta che nelle strutture accreditate, è stabile. Il numero di pazienti trattati è progressivamente aumentato fino al 2006 (parallelamente all'aumento di attività di ricovero ordinaria del privato accreditato) mentre nel 2007 si è registrata una lieve flessione dei dimessi che viene confermata anche nel 2008 e nel 2009; la degenza media è lievemente aumentata nel periodo 2007-2009 mentre il numero di ricoveri ripetuti è stabile; si deve sottolineare che l'integrazione funzionale pubblico-privato assicura una congrua disponibilità di posti letto di riabilitazione, presso le strutture private accreditate, alle unità operative di ortopedia, cardiologia e cardiocirurgia degli ospedali a gestione diretta APSS<sup>[47]</sup>; i residenti trentini dimessi da unità operative di riabilitazione sono stati 4.677.

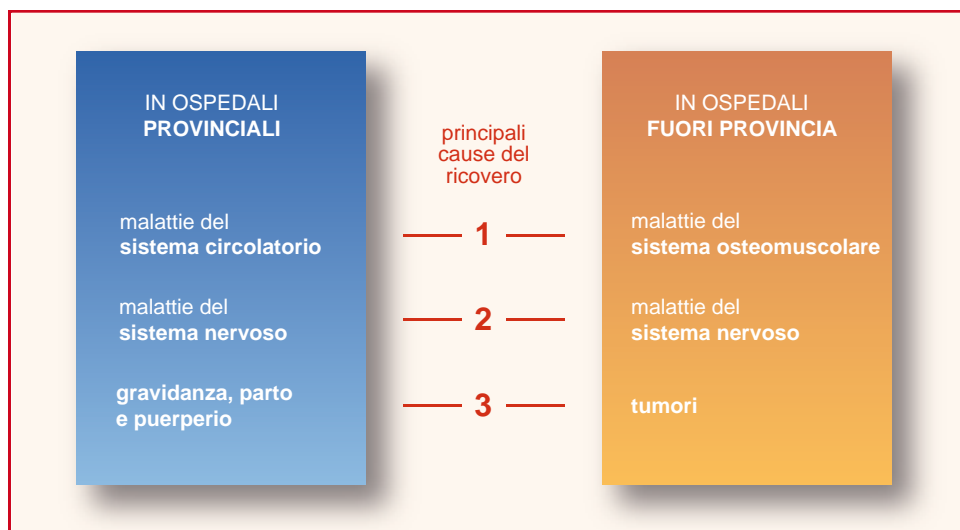
L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4, comma 1, punto b) ha fissato come obiettivo da raggiungere entro il 2007 il mantenimento dei tassi d'ospedalizzazione per ricoveri ordinari e in regime diurno entro 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% che equivale a un tasso di ospedalizzazione del 36 per 1.000.

Nel 2009, il *tasso di ospedalizzazione grezzo* (trentini dimessi dalle strutture provinciali più trentini dimessi da strutture ospedaliere fuori provincia) è pari a 180,8 per 1.000 abitanti (nel 2008=182,1/1.000).

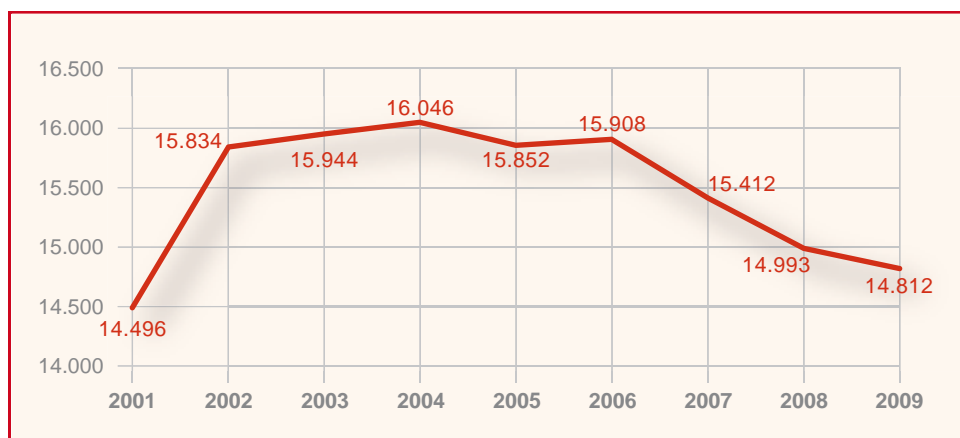
---

<sup>[47]</sup> L'attività del privato accreditato è oggetto di specifica attività di monitoraggio da parte del Dipartimento di riabilitazione e del Dipartimento cardiovascolare, che effettuano almeno due verifiche sull'attivazione dei piani terapeutici e sul rispetto delle linee guida aziendali nei settori di competenza.

**FIG. 3.2** Principali cause di ricovero dei residenti trentini – Anno 2009



**GRAF. 3.14** Ricoveri di residenti trentini in ospedali fuori provincia (mobilità passiva) – Trend 2001-2009



Il *tasso di ospedalizzazione standardizzato* sulla popolazione italiana al censimento 2001 per 1.000 residenti risulta pari a 177,7 per 1.000 abitanti (nel 2008=179,9) e, pertanto, inferiore al valore (180 per 1.000) fissato dalla normativa sopra indicata. Anche il tasso grezzo di ospedalizzazione in regime diurno – pari a 59,6 per 1.000 e corrispondente al 32,9% del totale dei ricoveri – soddisfa abbondantemente il parametro definito nell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Da notare che la variabilità/disomogeneità del tasso standardizzato di ospedalizzazione complessiva va dal 137,8 per 1.000 residenti del Primiero al 201,6 della Valle di Non (Tabella 3.42).

**TAB. 3.42** Provincia di Trento: ricoveri di residenti presso istituti di cura provinciali e in mobilità passiva (al netto del DRG 391 *Neonato sano*) – Anno 2009

	RICOVERI DI RESIDENTI				MOBILITÀ PASSIVA %		TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	
	in strutture provinciali	in strutture fuori provincia	Totale ricoveri		2009	2008	Grezzo	Standard. /1.000
	2009		2009	2008			2009	
Valle di Fiemme	2.800	709	3.509	3.703	20,2	21,2	178,3	177,4
Primiero	293	1.149	1.442	1.469	79,7	81,3	143,2	137,8
Bassa VS. e Tesino	4.307	706	5.013	5.050	14,1	14,8	185,1	178,5
Alta Valsugana	8.102	964	9.066	8.596	10,6	11,5	172,6	174,9
Valle dell'Adige	26.957	3.820	30.777	29.677	12,4	13,0	177,1	174,2
Valle di Non	6.921	1.190	8.111	7.962	14,7	15,3	207,8	201,6
Valle di Sole	2.490	441	2.931	2.958	15,0	16,4	187,9	184,2
Giudicarie	5.398	1.046	6.444	6.704	16,2	17,2	172,0	167,0
Alto Garda e Ledro	7.158	1.381	8.539	8.308	16,2	16,3	180,2	177,6
Vallagarina	14.413	2.496	16.909	16.562	14,8	14,4	187,9	182,8
Ladino di Fassa	1.125	567	1.692	1.657	33,5	32,7	174,8	183,2
<b>PROVINCIA</b>	79.964	14.469	94.433	92.646	15,3	15,9	180,8	177,7
					ITALIA (dato 2005)		214,3	212,3

► *Consumo di farmaci in ospedale*

Si evidenzia che, nel 2009, nei presidi ospedalieri a gestione diretta dell'azienda sanitaria sono stati spesi, per i farmaci prescritti ai pazienti degenti in regime ordinario o diurno, 24.240.694 euro, con un incremento dell'8% sull'anno 2008.

È anche aumentata la spesa per i farmaci in classe H/OSP2 distribuiti dalle farmacie ospedaliere nei presidi di S. Chiara di Trento e S. Maria del Carmine di Rovereto (servizio di distribuzione diretta ai pazienti). In tutti i presidi ospedalieri a gestione diretta APSS, le tre categorie terapeutiche che incidono per oltre l'80% sulla spesa farmaceutica ospedaliera sono gli antineoplastici, gli antimicrobici, i farmaci attivi sul sangue e gli organi ematopoietici.

**TAB. 3.43** Spesa farmaceutica ospedaliera per tipologia di erogazione – Anni 2008 e 2009

SEDE DI EROGAZIONE	2009	2008	Var. 2009/2008
Ospedale (unità operative + TE 118)	24.240.694	23.378.918	+ 8,3
Strutture territoriali (compreso il Ser.T.)	751.506	886.523	- 15,2
Pazienti esterni (H/OSP, H/RR, malattie rare)	9.856.329	6.234.862	+ 58,1
RSA e istituti speciali	1.756.916	1.637.850	+ 7,3
<b>TOTALE</b>	<b>36.605.446</b>	<b>31.138.152</b>	<b>+ 17,6</b>

► *Attività trasfusionale*

L'attività trasfusionale comprende la raccolta, la lavorazione e la distribuzione di emocomponenti ed emoderivati ed è assicurata dal Dipartimento di medicina trasfusionale costituito dal Servizio immunotrasfusionale di Trento, dal Centro trasfusionale di Rovereto e dalle Unità di raccolta di Borgo, Cavalese, Cles, Mezzolombardo, Pergine, Arco e Tione. Per la gestione dell'albumina e delle immunoglobuline il dipartimento si avvale della collaborazione della farmacia ospedaliera di Trento.

L'attività di raccolta documenta un incremento progressivo di sacche di sangue intero nel periodo 2003-2009. Parimenti in incremento appare la produzione di plasma per emoderivati che assicura la disponibilità di albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione superiore al fabbisogno aziendale.

Per quanto riguarda i consumi di albumina a livello ospedaliero, i dati dimostrano una importante riduzione dei consumi a seguito dell'introduzione nel 2006 di specifiche linee guida per l'utilizzo del prodotto, in particolare nei distretti di Trento, Arco, Cles e Borgo. Nel 2008 si registra un complessivo calo di consumi rispetto al 2007, salvo che nelle realtà di Tione e Cles; nel

**TAB. 3.44** Dipartimento di Medicina trasfusionale APSS – Attività 2003-2009

ATTIVITÀ DI RACCOLTA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>SANGUE INTERO TOTALE</b>	<b>17.085</b>	<b>17.268</b>	<b>17.192</b>	<b>18.524</b>	<b>19.369</b>	<b>19.779</b>	<b>20.265</b>
SIT TRENTO	5.819	5.590	5.150	6.125	6.333	5.951	<b>5.944</b>
CT ROVERETO	3.044	2.783	2.793	3.154	3.163	3.126	<b>3.130</b>
U.R. BORGO	1.420	1.544	1.374	1.523	1.449	1.592	<b>1.710</b>
U.R. CAVALESE	1.217	1.529	1.681	1.609	1.708	1.786	<b>2.039</b>
U.R. CLES	1.228	1.427	1.454	1.414	1.605	1.830	<b>1.838</b>
U.R. MEZZOLOMBARDO	687	780	741	798	871	896	<b>898</b>
U.R. PERGINE	1.036	1.056	1.135	1.075	1.259	1.392	<b>1.498</b>
U.R. ARCO / RIVA	1.272	1.301	1.465	1.443	1.588	1.713	<b>1.714</b>
U.R. TIONE	1.362	1.258	1.399	1.383	1.393	1.493	<b>1.494</b>
<b>AFERESI TOTALI</b>	<b>2.658</b>	<b>2.695</b>	<b>2.834</b>	<b>2.673</b>	<b>2.734</b>	<b>3.149</b>	<b>3.206</b>
PLASMAFERESI	2.204	2.207	2.176	2.052	2.086	2.385	<b>2.275</b>
PLASMAPIASTRINOAFERESI	112	161	137	172	200	155	<b>276</b>
PIASTRINOAFERESI	119	48	40	38	10	12	<b>3</b>
PLASMAFERESI (CT ROVERETO)	223	279	481	408	436	596	<b>597</b>
PIASTRINOAFERESI (CT ROVERETO)	—	—	—	3	2	1	<b>1</b>
<b>Totale SIT Trento+CT Rovereto</b>	—	—	—	9.279	9.496	9.077	<b>9.074</b>
<b>Totale unità di raccolta</b>	—	—	—	9.245	9.873	10.702	<b>11.191</b>

2009 si è avuta una sostanziale tenuta dei dati di consumo sovrapponibili a quelli del 2008.

Dall'esercizio 2008, il Dipartimento ha collegato tutte le unità di raccolta afferenti al SIT di Trento e al CT di Rovereto <sup>[48]</sup> in un'unica rete informativa dipartimentale e ha implementato il sistema di rilevazione delle "non conformità" nell'ambito dell'identificazione del paziente, della compilazione della richiesta trasfusionale e della trasfusione degli emocomponenti che ha portato a ridefinire ulteriormente le modalità procedurali per l'assegnazione e distribuzione degli emocomponenti.

► *Attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti*

L'attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti è coordinata, in APSS, da una specifica figura professionale (transplant coordinator) con la qualifica di dirigente medico della disciplina di anestesia e rianimazione e ha coinvolto numerose strutture per le diverse tipologie di prelievo/donazione, come descritto dalla Tabella 3.45.

L'attività di *procurement di organi e tessuti* presso le strutture aziendali è descritta dalla Tabella 3.46.

**TAB. 3.45** Donazione, prelievo e trapianti di organi e tessuti: tipologia e strutture ospedaliere

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

<sup>[48]</sup> Per la corretta gestione del sistema informativo dipartimentale provinciale sono stati predisposti due eventi formativi, accreditati ECM, per tutto il personale delle unità di raccolta. Per la gestione dell'albumina e delle immunoglobuline il dipartimento si avvale della collaborazione della farmacia ospedaliera di Trento.

**TAB. 3.46** Procurement di organi e tessuti presso le strutture APSS – Trend 2003-2009

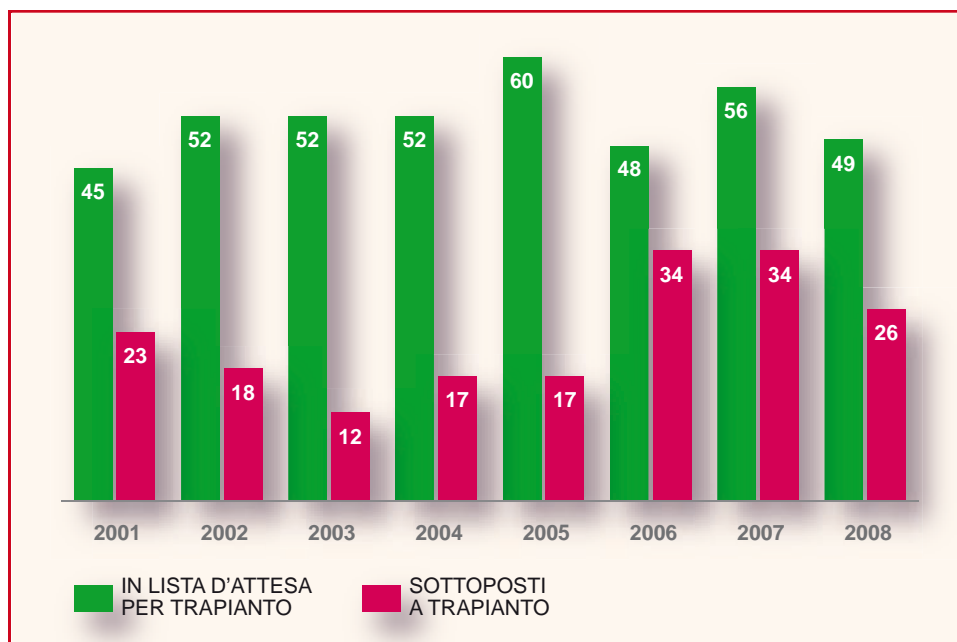
TIPOLOGIA ATTIVITÀ	STRUTTURA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Prelievo multiorgano	TRENTO	2	3	2	3	8	9	19
Prelievo multitessuto	TRENTO						2	3
Donazione di cornee	TRENTO	6	9	8	10	11	13	17
	ROVERETO	10	10	4	3	7	4	10
	BORGIO	41	28	18	15	15	4	5
	CAVALESE	13	25	21	22	26	22	17
	TIONE						2	23
Donazione staminali	CAVALESE	102	63	58	42	35	30	42
	ARCO			79	27	56	54	27
	S. CAMILLO			58	31	27	18	20
	ROVERETO					8	69	82
Prelievo di placenta	ARCO				21	34	35	29
	TIONE				10	18	17	16
	CAVALESE				3	10	26	30
Donazione di safene	CLES	3	22	27	12	0	0	0
	BORGIO		6	3	5	0	0	0
	ROVERETO				8	2	0	0
	CAVALESE						30	35
	ARCO							42
Donazione di osso	CAVALESE		29	32	32	24	8	12

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

La provincia di Trento mantiene come centro interregionale di riferimento in Italia il *Nord Italia Transplant program* (NITp) e come centro di riferimento estero l'Austria, che aderisce all'*Eurotransplant* permettendo ai residenti in provincia di Trento l'iscrizione alle liste di attesa anche presso il Centro trapianti di Innsbruck.

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

**GRAF. 3.15** Residenti trentini in lista d'attesa per trapianto e sottoposti a trapianto – Anni 2001-2008



Ogni anno, d'intesa con l'URP e l'Assessorato competente, è organizzata una "settimana di sensibilizzazione alla donazione" per la popolazione trentina, le scuole e i professionisti, i cui risultati possono essere misurati con la pressoché totale assenza di rifiuto alla donazione osservata presso le nostre strutture.

In generale, si conferma la necessità di aumentare la sensibilizzazione e *formazione del personale* per sviluppare l'attività di prelievo organi e tessuti: l'operatore sanitario spesso omette l'informativa all'utente della possibilità di donare (legge 91/99); a fronte di un buon consenso sociale alla donazione, si registrano ostacoli indotti da residue difficoltà organizzative interne agli ospedali.

Periodicamente sono aggiornate le procedure di raccolta e i protocolli di prelievo dei tessuti. Dal 2006 è assicurato il ritorno informativo delle complessive attività di procurement di organi e tessuti ai dipartimenti ospedalieri: in particolare con il Dipartimento di anestesia e rianimazione per il prelievo multiorgano, il Dipartimento materno-infantile per staminali e placenta, il Dipartimento di chirurgia generale per i vasi e il Dipartimento di ortopedia per l'osso.

Il livello dell'assistenza ospedaliera ha assorbito nel 2009 una spesa di 523.811.000 euro (nel 2008=507.512.000 – nel 2007=497.391.000 – nel 2006=472.188.000 –

nel 2005=455.225.000 – nel 2004=432.250.000 – nel 2003=420.825.000 – nel 2002=439.263.000 – nel 2001=366.393.000).

La spesa sanitaria assorbita da questo livello d'assistenza è pari al 45,42% (nel 2008=46,51 – nel 2007=47,19 – nel 2006=47,12 – nel 2005=47,50 – nel 2004=47,39 – nel 2003=47,8 – nel 2002=51,8 – nel 2001=51,2).