



MINISTERO DELLA SALUTE



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
ASSESSORATO ALLA SALUTE
E POLITICHE SOCIALI

PROTOCOLLO D'INTESA
TRA
IL MINISTERO DELLA SALUTE
E
LA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

per la sottoscrizione dell'Accordo di Programma ai sensi dell'art. 5 bis del D.Lgs. 502/1992, come introdotto dall'art. 5, comma 2 del D.Lgs. 229/1999, concernente lo sviluppo dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico, il potenziamento della rete provinciale delle strutture residenziali per le cure palliative, il miglioramento dell'assistenza odontoiatrica per le categorie vulnerabili, il miglioramento del sistema informativo dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e la ristrutturazione delle strutture sanitarie pubbliche esistenti.

Il Ministro della Salute
f.to prof. Ferruccio Fazio

L'Assessore alla Salute e alle Politiche Sociali
f.to dott. Ugo Rossi

Roma, 17 DIC. 2009



Ministero della Salute



**Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla salute
e politiche sociali**

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA, DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E
DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA**

**MINISTERO DELLA SALUTE
di concerto con**

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

e

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

***PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 DELLA LEGGE 67/88
ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO PER IL SETTORE DEGLI
INVESTIMENTI SANITARI***

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni e integrazioni, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti, per l'importo complessivo di 23 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'articolo 55 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

VISTO l'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144 che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

VISTA la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141 concernente il riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Salute, le ammissioni a finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 450 che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopracitata legge n. 67 del 1998 la somma di € 1.291.142.247,72 (2.500 miliardi di lire), disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449 come integrata dal decreto legge del 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39 che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti, nonché la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 448, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005 n. 266 e 27 dicembre 2006, n. 296, 24 dicembre 2007 n. 244 e 22 dicembre 2008 n. 203;

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTO il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280 convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

VISTO il decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

VISTA la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53 pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

VISTA la circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

VISTA la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 “Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio” pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale 169 del 22 luglio 1998, con la quale sono state attribuite alla Provincia autonoma di Trento risorse per €79.702.210,95;

VISTA la deliberazione CIPE 2 agosto 2002, n. 65 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388), pubblicata su G.U. n. 243 del 16/10/2002 che ha ripartito alle Regioni la somma di € 1.101.886.615,00, assegnando alla Provincia autonoma di Trento risorse pari a € 20.115.996,00;

VISTA la deliberazione CIPE 20 dicembre 2004, n. 63 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388), pubblicata su G.U. n. 115 del 19/05/2005 che ridetermina in € 127.797.840,44 la somma riservata alla citata delibera CIPE 65/2002 agli Enti di cui all’art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

VISTA la deliberazione CIPE 25 gennaio 2008, n. 4 come modificata dalla delibera CIPE 98/2008 (Prosecuzione del Programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all’articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni), pubblicata su G.U. n. 100 di data 29 aprile 2008 che ripartisce tra le Regioni e Province autonome le risorse stanziare dall’art. 1, comma 796, lett. n) della legge finanziaria 2007, pari a 2.424.971.723,98 euro, aggiuntive alla dotazione delle risorse già disponibili per il programma pluriennale di interventi nel settore degli investimenti in sanità avviato dall’art. 20 della legge n. 67 del 1988 e successive modificazioni assegnando alla Provincia autonoma di Trento la somma di euro 22.557.430,28;

VISTA la legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per la definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 28 febbraio 2008;

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 14 giugno 2000 dal Ministero della sanità e dalla Provincia autonoma di Trento, di concerto con il Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con importo a carico dello Stato di euro 50.821.011,53;

VISTO l'ulteriore Accordo di programma sottoscritto in data 15 marzo 2005 dal Ministero della sanità e dalla Provincia autonoma di Trento, di concerto con il Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con importo a carico dello Stato di euro 20.115.996,00;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) articolo 1, comma, 310, 311 e 312 che detta disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

VISTA la nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8 febbraio 2006 avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006);

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 maggio 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 154 del 5 luglio 2006, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1, commi 310, 311 e 312 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311, concernente il Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311, concernente un nuovo Patto sulla salute;

PRESO ATTO che:

- nel presente Accordo una quota di circa il 27% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;
- nel presente accordo è stata verificata la rispondenza delle risorse impegnate alle indicazioni prioritarie di destinazione delle somme per gli indirizzi strategici indicati nelle sopra richiamate leggi finanziarie per gli esercizi 2007 e 2008;

ACQUISITO, nella seduta del 30 settembre 2009, il parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

VISTA la deliberazione della Giunta provinciale di Trento n. 2806 del 20 novembre 2009 che ha approvato il Documento programmatico relativo al programma di investimenti ex art 20, legge 67/88;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 5 bis del D. Lgs. 502/1992 come introdotto dal D. Lgs. 229/1999, in data 17 dicembre 2009;

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Provincia autonoma di Trento

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1

(Finalità e obiettivi)

1. Il presente Accordo di Programma integrativo degli Accordi di programma richiamati in premessa, tenuto conto della circolare del Ministero della salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato allo sviluppo dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico, al potenziamento della rete provinciale delle strutture residenziali per le cure palliative, al miglioramento dell'assistenza odontoiatrica per le categorie vulnerabili, al miglioramento del sistema informativo dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e alla ristrutturazione delle strutture sanitarie pubbliche esistenti.

In particolare la Provincia si impegna:

- a) al rafforzamento dell'ambito conoscitivo delle malattie neoplastiche;
- b) all'ammodernamento della dotazione delle apparecchiature per la radioterapia;
- c) all'apprendimento di nuove tecniche potenzialmente in grado di migliorare il trattamento dei tumori;
- d) a garantire l'assistenza sanitaria, domiciliare o presso strutture dedicate in tutto il territorio provinciale nell'ambito delle cure palliative;
- e) al miglioramento delle modalità per affrontare la fase terminale delle malattie neoplastiche;
- f) all'incremento delle prestazioni odontoiatriche da parte delle strutture pubbliche della provincia;
- g) alla qualificazione dei livelli di assistenza;
- h) alla riduzione dei tempi di refertazione per le prestazioni ambulatoriali;
- i) alla riorganizzazione ed omogeneizzazione dei processi relativi all'attività ambulatoriale;
- j) all'adeguamento dei requisiti strutturali agli standard provinciali e al miglioramento della qualità funzionale delle strutture ospedaliere esistenti;

2. L'accordo è costituito da n. 5 interventi facenti parte del programma della Provincia autonoma di Trento per il settore di investimenti sanitari e sociosanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente accordo e che recano, per ciascun intervento:

- a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
- b) i contenuti progettuali;
- c) il piano finanziario, con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, le fonti di copertura e l'impegno finanziario di ciascun soggetto;
- d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;

- e) la data presunta di attivazione della struttura e delle tecnologie;
- f) il responsabile dell'intervento;

Articolo 2

(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo integrativo sono:

- per il Ministero della Salute: dott. Filippo Palumbo, Capo del Dipartimento della Qualità;
- per il Ministero dell'economia e delle finanze: dott.ssa Barbara Filippi, Dirigente Ufficio IX dell'Ispettorato Generale della Spesa Sociale;
- per la Provincia autonoma di Trento: dott.ssa Livia Ferrario, Dirigente Generale del Dipartimento Politiche Sanitarie.

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:

- a) Rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
- b) Utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) Procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 11, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- d) Utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
- e) Rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3

(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta a euro 26.480.060,00 di cui euro 22.557.430,28 a carico dello Stato ex art. 20, legge 67/88 ed euro 3.922.630,00 a carico della Provincia (14,81%) e concerne la realizzazione delle opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste dall'art. 1, comma 2. Il piano finanziario, per l'esercizio 2009, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	PROVINCIA	TOTALE
2009	22.557.430,28	3.922.630,00	26.480.060,28

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di euro 22.557.430,28, rappresenta la somma delle risorse assegnate alla Provincia Autonoma di Trento dalla deliberazione del CIPE n. 4 del 25 gennaio 2008 modificata dalla deliberazione del CIPE n. 98 del 18 dicembre 2008;

3. Il piano finanziario di cui al comma 1 individua la necessità finanziaria per l'anno 2009 per la quale la Provincia inoltrerà istanza di finanziamento;

4. In attuazione degli interventi suddetti la Provincia, dopo l'ammissione a finanziamento dei medesimi da parte del Ministero della Salute, potrà iscrivere a bilancio nell'esercizio 2009, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo;

5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno nel relativo capitolo di bilancio statale, la Provincia potrà sostenere l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4

(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo hanno natura giuridica pubblica come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Articolo 5

(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita negli Accordi tra il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002 e 28 febbraio 2008.

2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo la Provincia inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al comma 1, previa approvazione del progetto.

3. In relazione alle disposizioni di cui al comma 1, le eventuali variazioni del programma in sede di attuazione del medesimo, sono adottate dalla Provincia autonoma di Trento con proprio atto da comunicare al Ministero della Salute, per la verifica di competenza circa la conformità delle modifiche agli obiettivi generali del presente accordo. Le variazioni al programma possono riguardare la modifica, anche sostitutiva, di taluni interventi, purché rientrino nell'ambito del finanziamento attribuito alla Provincia autonoma di Trento, al netto delle somme già erogate, previo aggiornamento delle schede allegate al presente Accordo.

Articolo 6

(Procedure per l'istruttoria)

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Provincia, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:

- il rispetto della normativa vigente in materia di appalti pubblici di cui al Decreto Legislativo 163/2006 e successive modificazioni e della normativa europea in materia;
- il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14/1/1997 con specifico riguardo alla sicurezza, alla congruità del costo, alla qualità dell'opera percepita dagli operatori e dagli utenti, ed alle caratteristiche che assicurino accessibilità, manutenibilità, confort alberghiero, nonché la qualità dell'opera.

2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Provincia o dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge 492/1993.

Articolo 7

(Indicatori)

1. La Provincia richiama nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

2. La Provincia individua gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

Articolo 8

(Comitato Istituzionale di Gestione e Attuazione)

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato Istituzionale di Gestione e Attuazione", composto da n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e 3 in rappresentanza della Provincia.

2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.

3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui al successivo articolo 11. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza provinciale.

4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della Salute, la Provincia trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo attraverso la compilazione del Modulo C di cui all'Accordo tra Governo e Regioni in data 19 dicembre 2002.

5. Fermo restando quanto previsto dall'art. 5 bis, comma 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1 commi 310 e 311 legge 23 dicembre 2005 n. 266, in caso di criticità riscontrate nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Provincia autonoma di Trento al fine di rimuovere le cause di tali criticità e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9

(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il dott. Michele Bardino, dirigente del Servizio Economia e programmazione sanitaria della Provincia autonoma di Trento.

2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;

b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;

c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione dovrà evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;

- d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
- e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi medesimi;
- La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate ai sensi dell'articolo 5, comma 3.

Articolo 10

(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore dell'intervento ed ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
 - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
 - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

Articolo 11

(Disposizioni generali)

1. Il presente Accordo di programma è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

IL MINISTERO DELLA SALUTE

f.to Filippo Palumbo

IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DOTT.SSA BARBARA FILIPPI

f.to Barbara Filippi

LA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
DOTT. UGO ROSSI

f.to Livia Ferrario

Roma, 23 DIC. 2009

Allegato parte integrante
Allegato A



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Servizio Economia e programmazione sanitaria

**Art. 20 legge n. 67/1988: PROGRAMMA DI INVESTIMENTI
IN EDILIZIA E TECNOLOGIE SANITARIE**

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

2009/2010

INDICE

1.	CAPITOLO I.....	4
1.1	Riassunto esplicativo del programma.....	4
1.2	Il quadro normativo di riferimento.....	4
1.2.1	Quadro normativo nazionale.....	4
1.2.2	Quadro normativo provinciale.....	5
1.3	La programmazione sanitaria provinciale.....	5
1.3.1	Programmazione per la salute.....	5
1.3.2	Orientamenti, principi e valori di riferimento del Piano provinciale per la salute dei cittadini 2006-2008.....	6
2.	CAPITOLO II.....	13
2.1	Analisi socio-sanitaria ed economica e individuazione dei bisogni.....	13
2.1.1	I bisogni di salute in provincia di Trento.....	13
2.1.2	Il quadro demografico provinciale.....	17
2.1.3	Il quadro epidemiologico.....	18
2.1.4	Le segnalazioni dei cittadini e dei loro rappresentanti (approccio partecipativo).....	23
2.1.5	Il quadro socio-economico e ambientale (approccio equitativo).....	25
2.2	Strategie.....	26
2.2.1	I criteri per la scelta delle priorità da affrontare.....	26
2.2.2	Strategie per la qualificazione dei livelli essenziali di assistenza.....	28
2.2.3	Strategie per il miglioramento del sistema.....	51
2.3	Obiettivi.....	61
2.3.1	Obiettivi prioritari.....	61
2.3.2	Obiettivi generali e specifici del programma.....	81
2.3.3	Analisi S.W.O.T.....	82
3.	CAPITOLO III.....	84
3.1	Dettaglio degli interventi.....	84
3.1.1	Servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico.....	84
3.1.2	Strutture residenziali per cure palliative.....	88
3.1.3	Assistenza odontoiatrica.....	90
3.1.4	Sistema informativo.....	93
3.1.5	Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto: progetto di riorganizzazione spaziale delle funzioni e delle aree di degenza - III lotto - e realizzazione di un parcheggio.....	98
3.2	Quadro finanziario e indicatori.....	102
3.2.1	Sostenibilità economica e fonti di finanziamento.....	102
3.2.1	Risultati attesi ed indicatori.....	102
4.	ALLEGATI.....	106
	Schede tecniche degli interventi.....	106

CAPITOLO I

1.1 Riassunto esplicativo del programma

La legge 67 del 1988 e successive modificazioni ha avviato un programma pluriennale di interventi nel settore degli investimenti in sanità. Con deliberazione n. 4 del 25 gennaio 2008, successivamente modificata con deliberazione n. 98 del 18 dicembre 2008, il CIPE ha ripartito tra le Regioni e le Province autonome le risorse stanziare dall'articolo 1, comma 796, lettera n) della legge finanziaria 2007, pari a euro 2.424.971.723,98, assegnando alla Provincia autonoma di Trento l'importo di euro 22.557.430,28.

La Provincia autonoma di Trento fa propri gli obiettivi nazionali dell'Accordo di Programma previsti nelle citate delibere del CIPE e presenta un programma di cinque interventi, descritti nel dettaglio dal presente documento in cui si espongono anche gli strumenti per capire i bisogni di salute della popolazione trentina, le strategie della programmazione provinciale e gli obiettivi prioritari fissati dal Piano provinciale per la salute dei cittadini. Entrando quindi più nel concreto, si individuano gli obiettivi generali e quelli specifici di ciascuno degli interventi proposti.

Viene inoltre esposta la matrice SWOT, dalla cui analisi si ricavano le opportunità per la sanità provinciale che scaturiscono dal programma del presente documento.

Gli interventi del programma sono i seguenti:

- 1) Servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico: investimento straordinario in apparecchiatura nell'ospedale di Trento.
- 2) Strutture residenziali per le cure palliative: realizzazione di una struttura hospice nella zona di Trento sud.
- 3) Strutture di assistenza odontoiatrica: potenziamento della rete degli ambulatori pubblici per l'assistenza odontoiatrica presso gli ospedali e i distretti della provincia.
- 4) Sistemi informatici: miglioramento del Sistema Informativo provinciale attraverso la realizzazione di un progetto per la riorganizzazione dei processi dell'attività ambulatoriale.
- 5) Realizzazione del terzo lotto dei lavori di riorganizzazione spaziale dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto e costruzione di un parcheggio al servizio dell'ospedale stesso.

1.2 Quadro normativo di riferimento

1.2.1 Quadro normativo nazionale

L'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze

sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti. Il programma di investimenti oggetto del presente documento programmatico rientra in detto programma straordinario nazionale.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano può stipulare accordi di programma con le regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

La legge 27 dicembre 1997, n. 450 rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto legge del 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39 che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti, le leggi finanziarie 23 dicembre 1999, n. 488, 23 dicembre 2000, n. 388, 28 dicembre 2001, n. 448 e 27 dicembre 2002, n. 289;

La deliberazione del CIPE 2 agosto 2002, n. 65 ha ripartito fra le Regioni e Province autonome le maggiori risorse messe a disposizione con la legge 388/2000 e, in particolare, è stata assegnata alla Provincia Autonoma di Trento la somma di euro 20.115.996,00 da utilizzare nell'ambito del più volte citato programma di investimenti sanitari ex art. 20 della legge 67/88.

Con la finanziaria 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296) è stato elevato a complessivi 20 miliardi di euro la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi avviato dall'art. 20, rendendo disponibili ulteriori euro 2.424.971.723,98 di cui euro 22.557.430,28 destinati alla provincia di Trento.

1.2.2 Quadro normativo provinciale

Il Servizio sanitario provinciale è stato disciplinato con la legge provinciale 1° aprile 1993 n. 10 e successive modifiche ed integrazioni.

La legge provinciale 28 luglio 2005, n. 12 all'articolo 4 prevede che la Giunta provinciale approvi il piano provinciale per la salute dei cittadini che individua gli interventi volti a soddisfare i bisogni di salute della popolazione e costituisce patto di solidarietà per la salute ed il benessere dei cittadini.

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1748 dell'11 luglio 2008 è stato approvato il Piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII Legislatura.

1.3 La programmazione sanitaria provinciale

1.3.1 Programmazione per la salute

Attraverso gli strumenti della programmazione - e principalmente attraverso il Piano provinciale per la salute dei cittadini - vengono individuati gli indirizzi generali ed i principali obiettivi che il Servizio sanitario deve perseguire per promuovere e tutelare il bene salute.

Il concetto di salute ha assunto nel tempo significati che si sono evoluti passando dall'assenza di malattia, al completo stato di benessere psicofisico, al valore da perseguire per l'autorealizzazione dell'individuo nella comunità.

In questo quadro, il processo di miglioramento dello stato di salute non può essere incentrato, esclusivamente, sul potenziamento dell'assistenza sanitaria e quindi sulla struttura dell'offerta delle prestazioni, né sulla sola domanda di assistenza sanitaria espressa dai cittadini, poiché questa rappresenta solo la parte del bisogno che ha trovato modalità e termini per essere esplicitata.

Pertanto, in sede di programmazione è necessario riuscire sia ad indagare i diversi fattori in grado di influire sulla salute sia a fare emergere anche i bisogni assistenziali latenti, le aspettative inesprese e le percezioni soggettive, che possono trovare ugualmente risposte appropriate ed efficienti.

Il Piano provinciale per la salute dei cittadini, data la sua finalità di miglioramento quantitativo della salute della popolazione della provincia di Trento, supera quindi la configurazione di un documento di impulso all'attività ordinaria e routinaria di prevenzione, cura e riabilitazione erogata dal Servizio sanitario provinciale per cogliere invece - in forma compiuta e con modalità di indagine multilivellata - i fabbisogni di salute della comunità orientando in tal senso le strategie evolutive del servizio sanitario.

Il Piano ha inoltre l'ambizione di essere pervasivo rispetto a tutte le problematiche di salute della comunità trentina e si concentrerà ovviamente sugli ambiti e settori che necessitano di maggiore attenzione ed impegno, nella cornice dei livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza sanitaria.

1.3.2 Orientamenti, principi e valori di riferimento del Piano Sanitario Nazionale per la Salute 2006-2008

Il Piano provinciale per la salute dei cittadini si muove in armonia con le direttrici date dagli indirizzi di governo del Ministero della Salute d'intesa con la Commissione nazionale salute composta dagli Assessori alla sanità delle Regioni e segue le linee ed i contenuti dettati dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che individua alcune priorità, tra le quali: a) la promozione del rinnovamento del SSN negli ambiti della promozione della salute e prevenzione, della riorganizzazione delle cure primarie e della razionalizzazione dei percorsi di diagnosi e terapia; b) il rilancio della ricerca sanitaria; c) l'impulso al ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale fa anche riferimento alla necessità, per la sanità italiana, di avere uno sguardo rivolto all'Europa, tenendo presente la prevalenza del diritto comunitario su quello interno e, quindi, la fondamentale attività della Commissione Europea nel promuovere programmi di attività condivisi sulla base del principio di sussidiarietà.

Quanto alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie, l'approccio deve seguire le linee proprie dell'ecologia umana, che analizza ed affronta il rapporto tra l'uomo e l'ambiente sociale, fisico ed economico nella consapevolezza che i molteplici fattori determinanti della salute – la maggior parte non sanitari – interagiscono dinamicamente tra loro. È inoltre ormai evidente che l'offerta di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come l'offerta per un'attiva promozione della salute dei cittadini, risultano tanto più efficaci quanto più la definizione dei bisogni e l'identificazione delle priorità è partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il

mondo della produzione. È fondamentale quindi: progettare e porre in essere azioni di sistema in cui le “reti sanitarie” operino in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i veri attori abbiano ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere; operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all’appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della Evidence Based Prevention); utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell’azione istituzionale; sviluppare strategie per una comunicazione coerente ed efficace; definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati. Un esempio significativo di tale percorso è l’adozione del Piano di prevenzione attiva, di cui si dirà in seguito.

La riorganizzazione delle cure primarie passa attraverso l’accelerazione del processo di riassetto organizzativo e funzionale teso a un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari. Per raggiungere quest’obiettivo occorre determinare le condizioni per completare il percorso che conduce al graduale superamento dell’assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini in maniera continuativa.

Per quanto concerne la razionalizzazione dei percorsi di diagnosi e terapia occorre garantire una forte integrazione attraverso l’elaborazione ed attuazione dei percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale. L’attivazione di reti integrate è finalizzata all’integrazione tra la prevenzione, l’assistenza di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l’assistenza ospedaliera. Per questa via si creano le condizioni per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell’assistenza sanitaria e dei servizi sociali e facilitare l’accesso e l’erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, contenere i costi, permettere il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni, procedendo alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi e migliorando la compliance del paziente, educandolo ed al tempo stesso responsabilizzandolo alla gestione della malattia. I campi nei quali l’integrazione è particolarmente necessaria sono quelli delle patologie neoplastiche e delle patologie croniche, sia congenite che acquisite, quali ad es. le patologie respiratorie, osteoarticolari, neurologiche, gastrointestinali che si accompagnano spesso a disabilità, a progressiva diminuzione della funzionalità a carico degli apparati e conseguente perdita del grado di autonomia personale.

Come accennato, il Piano sanitario nazionale punta sul rilancio della ricerca sanitaria perseguibile con una stretta integrazione tra diverse tipologie di ricerca ed, in particolare, tra ricerca biomedica e ricerca sui servizi sanitari.

Oltre ad implementare il coordinamento con la ricerca nazionale e le sinergie tra i vari istituti della ricerca sanitaria per favorire la nascita di reti d’eccellenza occorre, soprattutto, coinvolgere maggiormente il settore privato.

Una priorità del PSN è diretta a favorire le varie forme di partecipazione del cittadino, in particolare attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari. La partecipazione è intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione del cittadino/paziente/utente alle scelte terapeutiche e assistenziali che lo riguardano, sia come partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile alla determinazione delle politiche assistenziali. La partecipazione dei cittadini deve essere garantita quale vero e proprio strumento di pratica democratica esercitata dalla comunità che finanzia un servizio destinato a soddisfare i suoi stessi bisogni di tutela della salute, senza dimenticare che partecipare all’individuazione degli aspetti di

salute più rilevanti per la comunità significa anche condividere le responsabilità nella modificazione dei determinanti.

Particolare enfasi è altresì posta dal Ministero della Salute e dalla Commissione salute agli obiettivi a) di confermare ed accrescere la fiducia tra cittadini e sistema sanitario, mettendo al centro la figura del cittadino come portatore di diritti (alle prestazioni essenziali) e doveri (partecipazione attiva ai programmi di prevenzione primaria e secondaria) e b) di favorire processi di qualità, intesa in termini trasversali rispetto ad ogni atto sanitario come anche ad ogni procedura gestionale e amministrativa, in un contesto di umanizzazione dei luoghi di cura e delle stesse pratiche medico assistenziali, secondo politiche di accoglienza, informazione e comfort.

Rispetto a questi temi il Piano provinciale per la salute dei cittadini dispone direttive di programmazione coerenti con il quadro nazionale.

L'attività di programmazione sanitaria trova sempre il proprio fondamento in determinati capisaldi che esprimono, nei diversi contesti storici, l'orientamento etico e politico che si intende affermare in materia di salute e di sanità.

In un sistema improntato ad un welfare pubblico e universalistico, la programmazione esprime e traduce le scelte politiche di sistema ed è tenuta ad esplicitare tutti i fondamenti del percorso, delle metodologie e dei contenuti della stessa, anche al fine di chiarire e far comprendere alla comunità le ragioni delle proposte effettuate e, soprattutto, la loro finalizzazione verso l'interesse generale della promozione e della tutela della salute della popolazione di riferimento.

Definizione e fissazione dei punti di riferimento sono decisive - anche "all'interno" della fase di elaborazione del processo programmatico - per testare nella progressione e nell'approfondimento del lavoro, coerenza, aderenza e finalizzazione degli obiettivi e delle azioni rispetto ai principi delineati.

In tal senso, i principi e valori costitutivi del sistema della salute della Provincia Autonoma di Trento sono i seguenti:

Centralità del cittadino

Pubblica Amministrazione nel suo complesso e sistema sanitario in particolare sono orientati alla promozione e alla tutela della salute, diritto fondamentale della persona.

Strategie, organizzazione ed operatività (del sistema) devono quindi assumere il cittadino e i suoi bisogni di salute come riferimento "centrale", così da assicurare:

- l'effettivo rispetto della *persona*, della sua *dignità*, della sua *identità*, delle sue *caratteristiche personali* e della sua *autonomia*;
- l'*approccio globale* alla persona ed alla complessità dei suoi bisogni, con un doveroso passaggio dalla cura del sintomo e dell'organo al "*prendersi cura*" del complessivo stato di salute;
- la *qualità* del servizio in termini professionali, organizzativi e relazionali;
- l'*umanizzazione* degli interventi assistenziali
- la *partecipazione* dei cittadini alle scelte progettuali ed alla valutazione dei servizi erogati.

Equità e superamento delle disuguaglianze nella salute, nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari

Il diritto alla salute e alla cura deve essere garantito a tutti in modo equo, a parità di bisogno.

Attualmente, vi sono importanti acquisizioni metodologiche in grado di permettere l'indagine, l'individuazione e la misurazione quantitativa e qualitativa dei fattori che creano disparità di condizioni dello stato di salute tra i cittadini. Su queste basi, è data al livello operativo la possibilità di adottare soluzioni per contrastare le disparità nella salute, attraverso a) metodi innovativi di promozione dell'accesso ai servizi ed alle prestazioni mirata ai gruppi più svantaggiati e b) misure organizzative che creano maggiore omogeneizzazione dell'offerta sanitaria sul territorio.

L'equità deve essere favorita anche dall'applicazione scrupolosa dei criteri di qualità e di appropriatezza nelle scelte e nelle prestazioni.

In modo apparentemente paradossale anche la parcellizzazione e la polverizzazione dell'assistenza sanitaria possono non essere nel segno dell'equità: il trattamento dei problemi complessi va garantito da strutture che, per volumi di attività e grado di utilizzo di risorse professionali e tecnologiche, hanno necessità di insistere su importanti bacini di utenza minimi per garantire una adeguata efficacia nelle prestazioni.

In questo senso, per garantire equità di accesso, va curato con particolare attenzione il versante informativo al fine di migliorare la conoscenza, da parte dei cittadini, delle possibilità di accesso all'organizzazione sanitaria e dei principi di appropriatezza che devono governare le prestazioni.

Universalità, unicità e governo del settore pubblico

L'universalità implica l'impegno del sistema sanitario a garantire la libertà di accesso e l'accoglienza a tutti i cittadini, in rapporto ai loro bisogni ed indipendentemente da ogni caratteristica personale (luogo, età, sesso, classe sociale e gruppo etnico di appartenenza).

Il servizio sanitario pubblico, unico e solidaristico, tutela al meglio la salute della popolazione, attraverso la centralità della programmazione pubblica che può avvalersi dell'apporto sinergico del privato e di tutte le forme associative che operano nel campo della solidarietà sociale.

Partecipazione e responsabilità collettiva

Al fine di esprimere la propria centralità, il cittadino non deve essere considerato, né considerarsi, un utente passivo dei servizi sanitari. Egli, invece, deve essere messo in condizione di:

- poter conoscere, concordare e condividere le scelte effettuate per promuovere, tutelare e migliorare la propria salute;
- essere coinvolto in modo diretto, o tramite i propri rappresentanti, non solo nella analisi dei bisogni di salute, ma anche nelle fasi di programmazione, realizzazione e valutazione finale degli obiettivi;
- essere chiamato all'esercizio delle proprie responsabilità per migliorare, oltre che la sua salute, anche quella della comunità cui appartiene e per collaborare all'uso appropriato dei servizi sanitari.

Il rafforzamento di tale aspetto partecipativo è facilitato dallo spontaneo e progressivo sviluppo di una sempre maggiore attenzione verso la propria salute da parte dei cittadini; l'aumentata competenza consente loro di porsi quale parte attiva e responsabile nella gestione e nel miglioramento della salute. Il servizio pubblico deve allora svolgere un ruolo di promozione per il progressivo "empowerment" del cittadino.

Il coinvolgimento dei cittadini non deve limitarsi al momento della co-progettazione e della programmazione partecipata, perché, oltre alla condivisione degli obiettivi, deve avvenire - per esplicitare appieno questo principio - anche la condivisione delle responsabilità di raggiungimento di quanto proposto. Devono essere pertanto attuati momenti di valutazione partecipata, che alimentino un continuo confronto durante il processo di attuazione della programmazione tra tutti coloro che si sono assieme impegnati per conseguire risultati di salute.

Centralità del territorio

Nell'obiettivo del miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, è principio cardine della programmazione sanitaria la valorizzazione del territorio che è perseguibile ad almeno tre livelli:

- *a livello politico-civile*: istituzioni e componenti economiche e sociali rappresentano, infatti, una leva importata - propositiva e fattiva - nella promozione della salute, con modalità tanto più efficaci quanto più attente a sviluppare sinergie, partnership e iniziative intersettoriali. Gli obiettivi di salute possono essere raggiunti solo con l'apporto di tutti i settori pubblici e privati del territorio, con i quali è previsto che il servizio sanitario allacci varie forme di intesa e collaborazione, fondate sulla sussidiarietà - orizzontale e verticale - e sulla solidarietà. Di riflesso va sottolineato che l'esistenza in un determinato territorio di situazioni favorevoli e finalizzate alla promozione della salute e alla diffusione del benessere incidono positivamente sulla sua crescita economica e sulle sue condizioni sociali;
- *a livello assistenziale*: la promozione ed il decentramento dei servizi sul territorio, in quanto più vicini al cittadino e per questo adeguati a corrispondere a parti consistenti di bisogni di salute, costituiscono, inoltre, un momento di interpretazione, di indirizzo, di filtro e di invio dei casi più complessi verso la risposta dell'alta specialità. Si deve intendere come appartenente a questo livello non solo l'offerta formale e strutturata, ma anche quella formata da tutti gli apporti della comunità locale (associazionismo, volontariato, ecc.);
- *a livello equitativo*: per rispondere alle specifiche esigenze che emergono a livello locale - considerate le particolarità e le diversità orografiche e geomorfologiche del territorio trentino - attraverso l'individuazione di soluzioni finalizzate alla garanzia, diffusa e parificata, di un'assistenza sanitaria appropriata, efficace e sicura.

Promozione della salute come modalità principale per affrontare all'origine la malattia

Il Piano, oltre che ai principi sopra esposti, ha un forte riferimento ai fondamentali documenti che traggono origine dalla Carta di Ottawa e successive risoluzioni strategiche dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), ai grandi progetti "Salute 21", "Città sane" e "Agenda 21" che orientano e caratterizzano le iniziative di miglioramento della salute dei cittadini e dell'ambiente in cui vivono ed al programma di Azione della Conferenza di Pechino del 1995.

Tali principi affermano, in estrema sintesi, che la salute è il risultato di un sistema vasto e complesso di azioni nel quale il servizio sanitario svolge un ruolo importante, ma non unico né il più rilevante, essendo i determinanti della salute condizionati più marcatamente da altri fattori.

Scelte politiche e programmatiche coerenti con questa visione devono prevedere alcune correzioni di rotta nel percorso, finora basato esclusivamente sulla modulazione dell'offerta dei servizi sanitari, insieme con l'ampio coinvolgimento e la corresponsabilizzazione dell'amministrazione provinciale nel suo insieme ed, in particolare, il deciso e responsabile coinvolgimento degli Enti locali.

Nella provincia di Trento il processo di affermazione e di diffusione, seppur graduale, ma di vasta portata, della promozione della salute è avviato su vari fronti e deve proseguire in termini sistematici, con efficaci collaborazioni fra soggetti istituzionali e sociali.

Promuovere la salute è fondamentale perchè aumenta la conoscenza, l'autoresponsabilizzazione e l'autogestione - da parte degli individui e della collettività - degli elementi che consentono l'avvio di processi di concreto miglioramento dello stato di salute e l'adozione di stili di vita orientati al contenimento di abitudini e/o comportamenti che possono condurre allo sviluppo di patologie o di eventi lesivi.

Le evidenze rispetto a specifici settori (es. dalla sicurezza nella raccolta della legna all'abuso di alcol nei giovanissimi), dimostrano come l'azione di promozione della salute non debba limitarsi alle attività che possono essere messe in campo dal servizio sanitario, ma vada estesa a tutti i soggetti che possono utilmente assumere forme di responsabilità sulla salute della comunità, attraverso il coinvolgimento delle amministrazioni locali e delle varie componenti della società civile.

Integrazione socio-sanitaria

La centralità del cittadino e l'accezione del termine salute assunto nel Piano, attivano interventi collegati a bisogni complessi, anche di carattere sociale, che non si esauriscono dunque nell'ambito medico/sanitario.

Al fine dunque di far convergere la parcellizzazione degli interventi in un quadro di risposta coerente, completo e sinergico, è necessario stabilire forti modalità di coordinamento fra le componenti sociali e sanitarie coinvolte nel più ampio processo di "presa in carico" della persona.

Se la modalità di azione intersettoriale risulta quella tipica e necessaria da mettere in campo per affrontare i problemi di salute, il settore più "correlato" all'ambito sanitario è quello socio-assistenziale. E' pertanto necessario che l'integrazione tra sanità e servizi socio-assistenziali venga assicurata in modo sistematico, attraverso forme e strumenti adeguati sia a livello istituzionale sia a livello più strettamente operativo (cfr. cap. "Strategie per la qualificazione dei Lea").

Sostenibilità delle scelte

Nel quadro socio-economico attuale, diviene indispensabile adottare un modello di "sanità compatibile", che deve tenere conto dell'esistenza di ostacoli di natura biologica ed economica ad una espansione illimitata dell'organizzazione sanitaria. Il grande aumento della vita media riscontrato in questi ultimi decenni è stato il risultato più del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie ed economiche delle popolazioni che del solo progresso medico.

Attualmente si cerca di pagare in termini economici tutto quello che la medicina può teoricamente offrire, nell'ottica di un progresso continuo, senza considerazione dei costi ("la salute non ha prezzo"). Negli ultimi anni i costi delle nuove tecnologie e dei farmaci sono stati il fattore più significativo dell'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria. In questo settore l'introduzione di nuove tecnologie non comporta una diminuzione dei costi,

perché è spesso accompagnata da una riduzione del costo unitario ma anche da un significativo aumento dei costi complessivi (cosiddetto “paradosso tecnologico”).

Il perseguimento contemporaneo, sia dell’innovazione che del contenimento dei costi, risulta non possibile, in quanto si tratta di due istanze inversamente correlate fra di loro. D’altro canto, nel modello dell’assistenza sanitaria universale non vi sono limiti ai desideri individuali; perciò è difficile tenere i costi sotto controllo.

Ciò considerato, la politica sanitaria non può e non deve più porsi l’obiettivo di prolungare indefinitamente la vita umana: il progresso medico va inteso come un miglioramento della salute all’interno di un ciclo di vita finito.

Il concetto di “sostenibilità”, nell’assistenza sanitaria, significa vivere con un bilancio sostanzialmente stabile nel tempo: perché questa condizione si realizzi, l’assistenza sanitaria sostenibile non sarà sempre impegnata a passare dall’adeguatezza all’ottimalità e mirerà principalmente a mantenere quegli standard sanitari che la società giudicherà adeguati (compatibili con le disponibilità economiche, con la rinuncia a possibili progressi in nome della stabilità economica e sociale, senza un allineamento all’idea di un progresso continuo ed illimitato).

Infatti, anche l’innovazione tecnologica non deve realizzarsi a scapito di altri importanti bisogni sociali, in quanto potrebbero essere sottratte risorse necessarie ad altre attività più capaci di migliorare le condizioni generali di vita e quindi la salute.

Una assistenza sanitaria sostenibile dovrebbe, quindi, soddisfare i seguenti principi:

- a) una migliore individuazione della responsabilità personale nei confronti della propria salute, il che significa attribuire a ciascuno l’obbligo di prendersi cura della propria salute. Il sostegno della persona può realizzarsi anche attraverso le forme dell’auto-mutuo-aiuto, pratica sociale e solidaristica ampiamente diffusa nella esperienza provinciale;
- b) una maggiore responsabilizzazione, da parte di chi rappresenta la collettività, alle ricadute sulla salute delle scelte politiche ed amministrative;
- c) una priorità assoluta alle tecnologie necessarie ad aiutare la maggioranza dei cittadini ad evitare la morte prematura, le epidemie, le contaminazioni di cibi e acqua, i rischi ambientali, ecc.
- d) la costruzione di un sistema fortemente integrato di assistenza sanitaria e assistenza sociale utilizzando, nell’accertamento dei bisogni, un unico modello di analisi, con l’obiettivo di sviluppare un “sistema unico”;
- e) il rafforzamento delle attività preventive, riabilitative e delle cure palliative.

Se gli obiettivi di salute devono essere accompagnati, per non rimanere inattuati e quindi teorici, dalla valutazione della loro sostenibilità in termini economici e sociali e da scelte coerenti nella fase d’attuazione, allora il primo passo sarà quello di attuare un approccio basato sulle priorità attraverso una diffusa valorizzazione dell’appropriatezza clinica ed organizzativa del sistema. Si sottolinea, inoltre, che non raramente le riorganizzazioni e le riqualificazioni dei sistemi complessi - pur determinando grandi risultati in termini di miglioramento assistenziale - non sono accompagnate da corrispondenti aumenti della spesa. Ciò deve, quindi, motivare ed incoraggiare la ricerca di spazi per la razionalizzazione degli interventi.

2. CAPITOLO II

2.1 Analisi socio-sanitaria ed economica e individuazione dei bisogni

2.1.1 I bisogni di salute in provincia di Trento

Il bisogno di salute, per quanto riguarda le società avanzate, è certamente complesso da definire: in effetti il concetto stesso di salute si è evoluto nel tempo, rappresentando non solo l'assenza di malattia ma anche, nella classica definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, uno stato di benessere fisico, psichico e sociale non sempre facilmente descrivibile.

Il miglioramento delle condizioni di vita derivate dal progresso economico e sociale, infatti, hanno determinato più salute, una maggiore e sempre più qualificata crescita dei servizi sanitari ma anche una diversa percezione della salute insieme ad una sempre maggiore domanda di assistenza sanitaria.

E' necessario quindi disporre di dati utilizzabili per descriverne i contorni (ricavabili dai numerosi flussi informativi demografici, sanitari e socio-sanitari esistenti), ma anche di dati che dovrebbero permettere di tracciare aspetti importanti relativi alla sfera relazionale ed emozionale dei soggetti, alla sfera sociale ed ambientale, alla sfera della percezione individuale della salute.

Il quadro è complicato dal fatto che vi è un divario tra la condizione/valutazione oggettiva e la percezione soggettiva dello stato e del bisogno di salute. Queste due ottiche, se prese singolarmente, non sono sufficienti ad orientare la programmazione e, pertanto, la valutazione dei bisogni di salute deve necessariamente portare a sintesi la complessità e la particolarità dei diversi punti di vista.

In conclusione, un'analisi e una valutazione il più possibile completa dei bisogni di salute, per tener conto della complessità descritta, può essere condotta sviluppando ed integrando tra loro i seguenti approcci:

Approccio demografico

I dati demografici, da analizzare sia in modo statico-descrittivo che dinamico, con proiezione futura, costituiscono l'indispensabile substrato su cui si collocano e trovano significato i dati epidemiologici, in particolare per le patologie strettamente legate all'età (cronico degenerative, cardiovascolari, tumori, ecc). Ulteriori indicazioni possono derivare dall'approfondimento delle analisi delle correlazioni rispetto al peso di specifiche classi di età, alla diversa distribuzione tra i sessi, ecc.), oppure riferirsi a nuove variabili (es. distribuzione del livello di istruzione, analisi della condizione lavorativa, ecc.). Va quindi valorizzato, attraverso opportuni strumenti, l'aspetto previsionale delle indicazioni demografiche, per prefigurare gli scenari futuri (ad es. la valutazione del grado di associazione fra l'invecchiamento e la condizione di disabilità, in relazione alle misure adottate in tema di promozione della salute, di prevenzione e di qualificazione dei servizi).

Approccio epidemiologico

L'utilizzo di questo approccio prettamente medico-tecnico consente, tramite l'utilizzo di specifici indicatori, di identificare il bisogno di salute e di osservare il suo andamento e le sue caratteristiche nello spazio e nel tempo (attraverso principalmente l'incidenza = numero nuovi casi osservati sulla popolazione che può generare l'evento; e la prevalenza = numeri di casi osservati sulla stessa popolazione), fornendo nel contempo stime sulla distribuzione di specifiche malattie e previsioni sul loro andamento nel futuro. Permette inoltre di misurare l'efficacia dei servizi esistenti per intervenire sul problema ed identificare il livello corrente dell'offerta. I limiti di questo

approccio sono sostanzialmente due: il tempo per ottenere informazioni definite e certe e la scarsa significatività statistica dei risultati delle analisi su piccole popolazioni, soprattutto nel caso di aggregazioni non numericamente rilevanti (in questo caso, è opportuno l'utilizzo di banche dati nazionali).

Approccio comparativo

Anche se si hanno a disposizione molti dati della realtà presa in esame, questi a livello assoluto forniscono parziali informazioni sulla situazione dello stato di salute della popolazione esaminata e sulle conseguenti azioni da intraprendere (approccio autodescrittivo): essi acquistano senso se comparati da un lato, alle dinamiche in atto sugli stessi fenomeni in altri contesti territoriali di riferimento più allargati e/o simili e, dall'altro, all'evoluzione temporale del fenomeno stesso che può individuare la tendenza del suo sviluppo, anche in prospettiva. La comparazione consente inoltre di superare almeno in parte il problema della significatività dei piccoli numeri. La comparazione con altre realtà è poi utile per indirizzare gli approfondimenti delle cause e la programmazione degli interventi per i casi patologici dove si riscontra un'anomala diffusione rispetto ad altre situazioni territoriali di riferimento.

Con il Piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII legislatura, approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1748 dell'11 luglio 2008, si sono inoltre introdotti la definizione e l'utilizzo di due nuovi approcci che, per l'elemento analitico innovativo che introducono, rivolto alla primaria considerazione nei confronti del cittadino, consentono un'analisi anche di carattere "qualitativo" e dunque prospettive di valutazione più ampie e complete di quanto generalmente emerge dalle indagini sopra citate.

Approccio partecipativo

Si è già sottolineato come è importante e significativo il ruolo che possono offrire i cittadini e la comunità per rappresentare valutazioni ed aspettative rispetto alla propria salute. Comprendere pienamente i bisogni reali è importante per dare contenuto agli indirizzi di Piano, per assicurare certezze in ordine alle collaborazioni che i cittadini saranno chiamati ad accordare e per formulare e realizzare quanto disposto nel documento.

Ci sono vari metodi per sollecitare stimoli e proposte dalla comunità.

La prima, importante modalità da considerare per l'adozione di questo approccio riguarda il riferimento a organismi istituzionali o informali, già previsti o esistenti in molte realtà, che possono adempiere a questa funzione di proposta e di partecipazione, nel senso di dar voce alla popolazione per quanto concerne la definizione dei bisogni di salute, in particolare riferiti alle esigenze di carattere locale e che in quanto tali possono fornire un quadro approfondito della situazione specifica in esame (in Trentino, questa funzione è assegnata e esercitata in primo luogo dai Comitati di Distretto).

E' possibile poi organizzare e realizzare forme di "audit" diretto con la popolazione (suddivisa in gruppi omogenei sulla base di condizioni ed interessi comuni – es. territorio, classi sociali, patologie, ecc.-) attraverso diversi strumenti, quali:

- gruppi o incontri pubblici con presentazione e discussione dati oggettivi
- focus group (tecnica indiretta)
- interviste alle persone tradizionalmente influenti (stakeholders: interlocutori o portatori di interessi) da individuare secondo il contesto di riferimento ed interviste ad altri osservatori privilegiati: medici di base, ospedalieri, volontariato, pazienti, organismi di governo, stampa, autorità sanitarie, ecc.

- analisi dei reclami URP
- sondaggi di opinione
- ricerca sociale.

L'applicazione di quest'approccio ha, come positiva conseguenza indiretta, anche la possibilità di far crescere, oltre che la partecipazione attiva e fattiva della popolazione, anche la competenza dei cittadini (empowerment) nei confronti della salute.

Oltre che per l'individuazione dei bisogni, questo approccio è utile anche per la costruzione di piani locali per la salute, attraverso la definizione dei "profili di salute" della comunità, l'individuazione di obiettivi prioritari ed anche per la valutazione dell'attuazione del Piano.

Infatti, una volta indicati gli obiettivi di salute e i risultati attesi è necessario impegnarsi responsabilmente per conseguirli, attraverso la loro condivisione e la creazione di un forte "patto di comunità per la salute".

Approccio equitativo

In parte collegato con quello precedente, questo approccio parte dall'assunto che la valutazione dei bisogni di salute è importante anche per assicurare equità e pari opportunità nei confronti di tutta la popolazione di un territorio di riferimento, intervenendo con precisione sui fattori che creano disparità. Infatti, il problema attuale della programmazione sanitaria integra l'introduzione di innovazioni operative e organizzative con l'armonizzazione e la stabilizzazione del sistema per superare gli squilibri che interessano parti della comunità.

A livello metodologico, è opportuno applicare questo approccio non contemporaneamente agli altri, ma successivamente, dopo aver individuato i bisogni prioritari, per vedere il diverso peso che questi bisogni di salute hanno in riferimento a diversi fattori concernenti l'identità personale, sociale e lo status del singolo o di gruppi di cittadini, identificando in questo modo quali target specifici sono più a rischio di altri e programmando quindi gli interventi su questa base. L'applicazione di quest'approccio innovativo acquista un positivo significato strategico soprattutto in situazioni che si connotano a livello generale per un buon stato di copertura dei bisogni di salute e sanitari (quali appunto quella provinciale): in questi casi infatti, spesso gli ulteriori elementi che derivano dall'approccio equitativo perfezionano e qualificano l'intervento pubblico. In particolare, l'approccio equitativo completa il quadro delle informazioni necessario alla programmazione sanitaria poiché coglie i "determinanti della salute" definibili come le cause del manifestarsi dei bisogni di salute.

La tabella che segue offre una visione sinottica dell'insieme dei determinanti, come rappresentati dall'OMS.

NON MODIFICABILI	SOCIO- ECONOMICI	AMBIENTALI	STILI DI VITA	ACCESSO AI SERVIZI
Genetica	Povertà	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e Alimenti	Attività fisica	Servizi sanitari e utilizzo di cure sanitarie
Età	Esclusione sociale	Abitazione	Fumo	Servizi sociali
	Disuguaglianze socio-economiche	Ambiente sociale e culturale	Alcol	Trasporti
			Attività sessuale	Attività Produttive
			Farmaci	

La maggiore attenzione ai determinanti della salute costituisce un'evoluzione dell'approccio della promozione della salute, in considerazione dei profondi mutamenti sociali avvenuti in questi ultimi anni. In tal senso, la nuova carta della promozione della salute (Bangkok, 2005) emanata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità prende in maggior considerazione rispetto a quella di Ottawa gli aspetti delle disuguaglianze e degli effetti della globalizzazione sulla salute umana (come, ad es. l'emergere di nuovi rischi, la diffusione di inquinanti ambientali, di problemi legati alla sicurezza alimentare, i mutamenti epidemiologici, la disoccupazione e le nuove povertà).

Nell'ambito dei vari determinanti della salute, l'attenzione e l'interesse attuale, a partire dal livello OMS, si sta concentrando in particolare su quelli socio-economici, in quanto già a livello aprioristico, si rivelano come fattori la cui variabilità comporta variazioni e disuguaglianze sullo stato di salute dell'individuo, ma anche perché è proprio l'incidenza su questi aspetti che è utile, vantaggiosa ed economica per creare condizioni favorevoli per la salute e per lo sviluppo. Se non si incide su questi fattori, il sistema sanitario dovrà infatti farsi carico sempre di più soggetti vittime dello sviluppo diseguale, non sostenibile, ecc.

L'importanza dei determinanti socio-economici nell'incidere sulla salute risiede particolarmente nel fatto che essi influenzano in maniera differenziata non solo l'ambiente in senso lato, in cui si collocano i singoli e le comunità, ma soprattutto i comportamenti e gli stili di vita degli stessi, ovvero quelle variabili che assieme condizionano significativamente la salute, in termini di mortalità e morbilità (alimentazione, dipendenze, consumo farmaci, accesso ai servizi sanitari).

Accanto ai determinanti socio-economici e correlato ad essi, non deve essere sottovalutato il fattore territoriale, rappresentativo di specificità (socio-culturali, demografiche, produttive,..) che impattano sullo stato di salute.

In definitiva, l'attenzione alle modalità di partecipazione dei cittadini alla definizione del quadro di salute della popolazione, alla percezione dei cittadini (approccio partecipativo) e alle disuguaglianze (approccio equitativo), devono costituire un momento imprescindibile per l'individuazione dei bisogni di salute, incrociando le evidenze che così emergono rispetto all'applicazione degli approcci ordinariamente applicati.

Sulla base delle precedenti indicazioni, l'analisi concreta dello stato e dei bisogni di salute della popolazione trentina, attraverso l'applicazione congiunta degli approcci precedentemente descritti, è affrontata nelle seguenti fasi:

- descrizione sintetica generale del *quadro demografico*, attraverso l'utilizzo di varie tipologie di indicatori;
- descrizione sintetica generale del *quadro epidemiologico* e dello stato di salute, attraverso l'utilizzo di varie tipologie di indicatori e descrizione sintetica specifica dei dati relativi ai *principali problemi di salute*, con l'applicazione di due ottiche complementari di analisi (per singola patologia e per stagioni di vita);
- descrizione di cosa emerge dalle *percezioni e segnalazioni dei cittadini* e dei loro rappresentanti;
- descrizione sintetica generale dello *stato socio-economico* e del *contesto ambientale*, attraverso varie tipologie di indicatori.

Considerando la natura e le finalità del presente documento e la conseguente necessità di focalizzare gli aspetti più significativi e di tendenza concernenti lo stato di salute della popolazione in Trentino, si ritiene opportuno rinviare, per un'analisi dettagliata in ordine gli aspetti demografici

e epidemiologici, alla “*Relazione sullo stato del servizio sanitario provinciale – Anno 2005*”, che, nella prima parte, definisce il profilo di salute della popolazione della provincia di Trento. L’analisi socio-demografica ed epidemiologica viene inoltre sviluppata per le singole problematiche di salute individuate come priorità di intervento e trattate specificatamente nel capitolo 7 - “Attività progettualizzata”.

Considerato inoltre il quadro istituzionale e organizzativo della provincia di Trento, l’applicazione dell’approccio partecipativo -per dar conto della salute percepita - è stata realizzata in prima istanza attraverso una serie di strumenti eterogenei già esistenti ed applicati, rimandando all’attuazione del Piano la dotazione e la predisposizione di ulteriori misure.

2.1.2 Il quadro demografico provinciale

Composizione della popolazione

In provincia di Trento il 15,5% della popolazione ha più di 65 anni, mentre il 25% ha una età inferiore ai 24 anni. Pertanto il restante 59,5% è nell’età adulta compresa tra i 25 e i 65 anni.

L’indice di vecchiaia, inteso come rapporto percentuale tra la popolazione con età uguale e maggiore a 65 anni e quella con età compresa fra 0 e 14 anni, nel 2005 era del 122,5%: ciò significa una maggiore composizione percentuale della popolazione di anziani rispetto ai giovani. Questo, anche se in misura molto più ridotta, conferma la tendenza nazionale che è espressa dal 137,8%.

L’invecchiamento progressivo della popolazione in Trentino è evidenziato dal trend di crescita di questo indice che nel 1995 era del 120,7%. Ancora più significativamente il fenomeno è rilevabile in ambito nazionale dal relativo valore del 113,2% sempre nel 1995.

All’analisi dell’invecchiamento della popolazione va associato anche il tasso di mortalità che nel 2005 era di 8,9 decessi ogni 1.000 abitanti. Questo tasso evidenzia per la provincia di Trento una sensibile diminuzione negli ultimi anni (9,9 decessi nel 1990), dopo un periodo di andamento pressoché costante. Inoltre il tasso è da tempo più basso rispetto alla media nazionale che è del 9,7 nel 2005 (9,4 nel 1990).

La natalità

Il tasso di natalità esprime il numero dei nati vivi nell’anno ogni 1.000 residenti. Si rileva un lieve incremento nel 2006.

Il numero medio di nati da ciascuna donna in età fertile negli ultimi anni, pur rimanendo lontano dagli oltre 2 degli anni ‘60 e ‘70, dopo essere rimasto per molti anni al di sotto di 1,3, è ora tornato al di sopra di 1,4, grazie anche all’apporto delle immigrate.

Il tasso di fertilità, definito come il numero delle nascite ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni), ha avuto un andamento altalenante negli ultimi anni, che però rivela una sostanziale stabilizzazione dopo un leggero aumento (44,4 in Trentino nel 2005 contro 39,9 a livello nazionale).

Previsioni demografiche

I modelli di previsioni demografica utilizzati dalla Provincia autonoma di Trento (modello Stru.De.L.-TN-2005) indicano che la popolazione nei prossimi 25 anni (2005-2030) potrebbe avere un incremento in assoluto circa del 9% (da 497.622 a 543.541 abitanti), molto più evidente negli anziani (65 anni e più) la cui percentuale stimata aumenterebbe dal 15,5% al 25,5%.

L’indice di vecchiaia stimato passerebbe dal 122,5 del 2005 al 228,1 del 2030.

Nel 2032 si prevede che i maschi avranno una vita media di quasi 85 anni e le femmine di circa 91 anni.

Altre considerazioni

- Basso numero di abitanti e bassa densità media di popolazione, anche se entrambi sono in costante aumento. Circa il 20% della popolazione totale risiede a più di 750 metri sul livello del mare.
- L'indice di dipendenza senile nella sua definizione ristretta, che mette in rapporto il numero di grandi anziani, potenzialmente non pienamente sufficienti, con la fascia di età della popolazione cui di norma compete la cura degli stessi (30-59 anni), sta progressivamente aumentando negli anni, in linea con altre realtà regionali italiane.
- Inoltre, vi è un progressivo e sempre più marcato aumento nel tempo della popolazione straniera sulla popolazione residente (percentuale maggiore rispetto alla media italiana). Inoltre, aumenta il saldo migratorio, in modo più significativo rispetto al saldo naturale.
- E' in atto una generale tendenza alla diminuzione dei giovani: a livello numerico le fasce più ampie di popolazione si collocano tra i 35 e i 49 anni, rappresentando il 25% della popolazione totale, anche se recentemente si assiste ad un relativo incremento rispetto alla popolazione anziana.
- Il numero medio di componenti per famiglia in Trentino è di 2,4 persone per nucleo, con una certa omogeneità in tutti i comprensori e i comuni, e diviene sempre più basso nel corso degli anni.
- La maggiore sopravvivenza degli anziani significa anche aumento delle famiglie monopersonali o di soli coniugi anziani.
- Sono in aumento separazioni e divorzi (che significa anche aumento famiglie con un solo genitore); è in aumento anche l'età media in cui si contrae il matrimonio.
- E' progressivo e sempre più marcato l'aumento nel tempo della popolazione straniera (percentuale maggiore rispetto alla media italiana); l'aumento del saldo migratorio è molto più significativo rispetto a quello del saldo naturale.

2.1.3 Il quadro epidemiologico

Indicatori generali e indicatori proxy:

- o speranza di vita alla nascita ha subito in Trentino un marcato, progressivo miglioramento nel corso di circa 50 anni, fino a superare recentemente sia la media nazionale che quella del Nord-Est (dato 2003). Ora si assiste ad una tendenza alla stabilizzazione, soprattutto per la popolazione femminile, che comunque detiene il primato di longevità in Italia; parallelamente, anche la mortalità è in diminuzione, in coerenza con il dato nazionale;
- o speranza di vita libera da disabilità a 65 anni (dati 2003): per i maschi è la più elevata tra le regioni italiane e anche per le femmine si allinea ai migliori valori nazionali. Questo fatto indicherebbe che la maggior sopravvivenza delle femmine si associa almeno in parte anche al subentro di fattori patologici invalidanti;
- o mortalità evitabile per causa: si intendono con questo termine gli eventi mortali di varia causalità che si verificano prima di una determinata età (in particolare tra i 5 e i 69 anni) e che possono essere attivamente contrastati attraverso politiche pubbliche orientate a seconda dei casi alla promozione della salute, alla prevenzione primaria, alla diagnosi

precoce e alla ricerca clinica, previa la conoscenza approfondita delle loro caratteristiche. La loro rilevanza è anche collegata al fatto che le principali tipologie e singole cause di morte evitabile riguardano e sono racchiuse negli ambiti patologici che rappresentano attualmente i principali filoni problematici in termini di mortalità e di malattia per la popolazione italiana e trentina: malattie cardiovascolari, tumori, eventi lesivi. Da un'altra ottica, le morti evitabili rappresentano eventi sentinella di carenza di risposta soprattutto in termini di promozione della salute e di prevenzione. Seppure in tendenziale diminuzione generale in Italia e anche in Trentino, nel contesto provinciale le morti evitabili risultano, anche in recenti indagini, superiori alla media nazionale;

- mortalità infantile (neonatale e postnatale): il tasso (che recenti studi ritengono correlato all'aspettativa di vita in buona salute) è il migliore d'Italia e di molte nazioni europee avanzate. La mortalità per malformazioni congenite è decisamente minore rispetto alla media nazionale; si riscontra invece, in riferimento alla salute materno-infantile, un tasso di abortività spontanea e volontaria più elevato rispetto alla media nazionale, così come un sovrautilizzo della modalità del parto cesareo rispetto al dato nazionale e di quanto previsto dagli standard fissati;
- diffusione malattie infettive: se a livello generale si assiste ad una diminuzione significativa dei casi notificati, nello specifico patologico, i tassi di morbosità subiscono un andamento altalenante e anche nelle malattie in cui la situazione è migliorata, solo in alcuni casi sembra essere connessa all'aumento dell'adesione vaccinale mentre in altri (in particolare per pertosse e varicella) non si osserva la correlazione. In questi casi, in Trentino il manifestarsi di queste patologie supera la media nazionale, così come nei casi dell'epatite A e B. In genere, la copertura vaccinale sta aumentando e raggiungendo lo standard previsto di copertura, anche se con differenze notevoli tra distretti; solo in alcuni casi il Trentino è sotto la media nazionale, ma sopra quella del Nord-Est. Diminuiscono anche i ricoveri per malattie infettive;
- patologia croniche invalidanti (in esenzione): in generale sono in costante aumento (anno 2006: 144.000), nello specifico il grosso blocco numerico riguarda patologie dell'apparato circolatorio, in primis l'ipertensione arteriosa; un dato significativo e correlato al precedente riguarda il diabete mellito. Seguono come altro blocco significativo a livello numerico le patologie neoplastiche;
- consumo di farmaci: si riscontra in generale un progressivo aumento delle prescrizioni e dei pezzi venduti, anche se i dati di spesa sono i più bassi rispetto alle regioni italiane; l'unica eccezione riguarda i prodotti antineoplastici, dove si rileva un consumo superiore rispetto alla media. La maggior parte dei gruppi terapeutici usati riguardano l'apparato cardio-circolatorio per patologie dirette o causanti/conseguenti le affezioni di questo sistema, gli antibiotici, gli antidiabetici, gli antiacidi e similari per apparato digerente, gli antinfiammatori e antireumatici, le sostanze psicotrope;
- prestazioni specialistiche per esterni: riguardano principalmente le visite specialistiche, le prestazioni di laboratorio biochimica-ematologia, di pronto soccorso, di recupero e rieducazione funzionale e da quelle di diagnostica per immagini. Negli anni, si assiste ad un incremento generale delle prestazioni specialistiche;
- incidenza e mortalità per tumori maligni: questo indicatore affonda l'analisi su una delle principali cause di morte e di morbilità, concentrando l'attenzione anche sui nuovi casi, per comprendere le cause sull'insorgenza della patologia (attraverso la costruzione di banche dati specifiche). Importante soprattutto in una situazione come quella trentina dove la

mortalità, seppure in diminuzione come nel resto d'Italia, è più elevata rispetto alla media nazionale in molte patologie tumorali (v. paragrafo successivo, voce: tumori).

Principali problemi di salute:

- malattie del sistema cardio e cerebrovascolare: principale causa di morte, trend a balzi ma in sostanziale calo, così come leggero calo dei ricoveri per queste patologie. Per le singole patologie, rispetto alla media italiana, in Trentino la mortalità è più elevata per la cardiopatia ischemica;
- tumori: nelle loro diverse forme essi costituiscono la seconda causa di morte in Italia e Trentino. I tre principali fattori da tenere in considerazione per l'analisi del fenomeno riguardano la mortalità, l'incidenza e la sopravvivenza (quest'ultimo fattore deve essere maggiormente indagato anche negli studi, in primis Registro tumori, a livello sovra-regionale). Similmente al resto d'Italia, in Trentino si assiste ad una tendenziale diminuzione della mortalità per tumore, considerata però a livello di rischio individuale di morte e non come diminuzione del numero assoluto dei decessi, che invece è in aumento con chiara evidenza per il sesso femminile (correlato sempre alla maggiore longevità di questo sesso). A livello di popolazione, anche l'incidenza complessiva dei tumori è in aumento nel tempo e nei due sessi (più evidente sempre nelle donne e molto probabilmente legato alla diversa struttura per età dei casi). Un uomo su tre e una donna su quattro hanno la possibilità di ammalarsi di tumore da 0-74 anni. La composizione per sede tumorale è decisamente diversa nei due sessi: in ordine, di importanza numerica di casi, nell'uomo prostata, colon-retto, polmone e stomaco rappresentano da sole l'80% dell'incidenza complessiva, nelle donne mammella, colon-retto, polmone e stomaco il 57% dei casi. Nell'uomo l'incidenza del tumore alla prostata ha superato quella del polmone, per le donne il tumore alla mammella rappresenta un quarto dei casi e si conferma il trend in crescita del tumore al polmone.

La situazione trentina si caratterizza rispetto a questo quadro generale riguardo ai seguenti aspetti:

- per tutto il complesso patologico, la mortalità e incidenza sono più elevate rispetto alla media nazionale
- la mortalità e l'incidenza si concentrano in alcuni casi in modo chiaro e netto in determinate sedi del corpo, in maniera differenziata tra uomo e donna, in termini diversi tra i due indicatori (che sono comunque da considerare due variabili indipendenti);
- vi sono tipologie di tumori poco presenti rispetto alla media nazionale;
- vi sono tipologie di tumori per cui possono essere attivati efficaci trattamenti di prevenzione e sanitari;
- malattie dell'apparato respiratorio: andamento discontinuo della mortalità, nel 2004 è in calo, mentre aumentano invece i ricoveri. A questo gruppo di malattie è attribuibile il 7,7% dei decessi totali che si sono avuti nel 2005, colpendo in prevalenza il sesso maschile (179 su 339 casi complessivi);
- malattie dell'apparato digerente: la mortalità è tendenzialmente costante, in leggero calo, i ricoveri sono recentemente aumentati: a questo gruppo di malattie è attribuibile il 4,6% dei decessi totali che si sono avuti nel 2005, colpendo in prevalenza il sesso maschile (112 su 202 casi complessivi);
- salute mentale: patologie caratterizzate da diversa natura e entità dei disturbi, il 20% di popolazione ne soffre. Terzo ambito patologico per importanza numerica.

Si riscontra un progressivo, costante aumento dell'utenza (nuova e totale) dei Centri di salute mentale (6.600 utenti). La maggior parte delle diagnosi si concentra nelle categorie:

- schizofrenia e sindromi deliranti,
- sindromi affettive (depressioni, ansie...)
- sindromi fobiche, somatoformi, da stress
- disturbi di personalità.

Anche se i ricoveri ospedalieri (in SPDC o in altri reparti) diminuiscono, aumenta il numero di ricoverati, in maggioranza donne e nella fascia di età adulta, considerando anche l'accoglienza nelle strutture extra provinciali. L'insieme della domanda assume quindi chiaramente un trend in decisa crescita.

Gli utenti sono distribuiti su tutto il territorio provinciale, anche se emerge la necessità di indagare i diversi ambiti territoriali.

I suicidi sono in progressivo aumento negli anni ed ad essi si aggiunge il numero considerevole dei tentativi non riusciti e/o non identificabili come tali (che spesso raddoppia il numero dei casi effettivi). Netta prevalenza nella popolazione maschile; in entrambi i sessi sono abbastanza concentrati nella fascia di età adulta (25-64 anni), anche se non sono da sottovalutare i casi nei giovanissimi e soprattutto negli ultrasessantacinquenni. Il Trentino è al 3° posto per questo fenomeno tra le regioni italiane, con un tasso molto più elevato rispetto alla media nazionale. Anche per la neuropsichiatria infantile i casi sono in aumento, presso i servizi preposti, sia gli utenti totali che i nuovi utenti residenti;

- o disabilità: prevalenza femminile significativa; le donne disabili sono mediamente e nettamente più anziane dei maschi, mentre tra i bambini/ragazzi 0-17 anni prevalgono i maschi; non emergono differenze statisticamente significative di genere tra i soggetti in età lavorativa, in cui si concentrano comunque la maggioranza dei casi. Le tipologie prevalenti di menomazione riguardano il sistema nervoso (vari tipi di paresi) e secondariamente quello psichico (insufficienza mentale e demenza);
- o tossicodipendenze: aumento utenti nuovi e totali del SERT (la maggior parte, l'80%, sono maschi, come da sempre, ma l'incidenza diminuisce solo per gli stessi, mentre per le femmine è in leggera crescita). I decessi sono in aumento (e riguardano prevalentemente i vecchi consumatori), non solo per overdose. Anche l'età media degli utenti è in aumento e indica una tendenza alla cronicità, quantomeno per le droghe tradizionali. Prevalenza e incidenza tuttavia più basse rispetto alla media nazionale e del Nord Est, alcune significative differenze di prevalenza tra distretti. Scarsa adesione degli utenti agli screening HIV, epatite, ecc.

Emersione recente del consumo diffuso di cocaina e delle nuove droghe di sintesi. La diversa tipologia di droghe esistenti sul mercato e la crescente presenza di casi di poliabuso rendono necessaria la disponibilità di trattamenti differenziati fondati sull'evidence based;

- o alcolismo: problema trasversale a tutte le generazioni, in aumento tra le donne (maggiore vulnerabilità), sottostimato perché in parte sommerso. La mortalità alcolattribuibile in Trentino è tendenzialmente costante negli anni, ma molto significativa in quanto rappresenta circa il 5% della mortalità totale ed è molto più elevata rispetto alla media italiana. Aumentano anche gli accessi in pronto soccorso per problemi alcoolcorrelati in fase acuta;
- o anoressia/bulimia: aumento progressivo dell'utenza totale del Centro di riferimento provinciale ma riduzione dei nuovi accessi (proseguimento della presa in carico = situazioni di cronicità);

- diabete: incremento di entrambi i tipi 1 e 2 (insulinodipendente e adulti), correlazione con la provenienza territoriale soprattutto per quello di tipo 1; problema ospedalizzazione inappropriata per le forme non complicate, soprattutto in alcuni distretti;

- incidenti stradali: andamento complessivamente in discesa (anche se altalenante) di tutti gli indicatori di incidentalità - numero degli eventi, dei feriti, dei morti e degli incidenti mortali (con più di una persona coinvolta).

La media della mortalità per questa causa è comunque più elevata rispetto a quella italiana: in Trentino avvengono meno incidenti, ma più gravi. Paradossalmente, nei giovani trentini (fascia più esposta), la percezione del rischio di guidare in modo non prudente (senza dispositivi, in stato di ebbrezza, ecc.) è significativamente più elevata rispetto alla media nazionale;

- infortuni sul lavoro: il trend del fenomeno in generale è costante del tempo, così come quello delle morti. Gli infortuni più gravi e invalidanti avvengono nel settore delle costruzioni (per cadute dall'alto e per essere colpito/schiacciato da macchine operatrici), nell'agricoltura (per cadute da macchine operatrici o per essere schiacciato da automezzi) e nei servizi (per cadute in piano e altre cause)

Trasversalmente a questi settori si pongono come eventi importanti gli infortuni sulla strada (in itinere e in corso di lavoro), che costituiscono il 10% del totale degli infortuni gravi. La guida di un automezzo è la causale più rischiosa in assoluto, in tutti i settori economici, di incorrere in un infortunio grave.

Ci sono altre evidenze relative alle caratteristiche degli infortuni gravi/mortali che individuano le priorità di intervento;

- malattie professionali: per una serie di ragioni legati alla difficoltà di stabilire esattamente l'eziogenesi della malattie professionali, il dato è sottostimato e si rileva un aumento nel tempo. Prevalenza dei casi di ipoacusia da rumore e di malattie osteoarticolari, ma è necessario indagare ulteriormente i tumori di origine professionali (pochi casi ma mortali), in particolare quelli asbesto e quelli silice – correlati;
- incidenti domestici: il Trentino occupa il terzo posto per frequenza incidenti domestici, distante rispetto alle altre Regioni del Nord-Est, circa 36.000 infortuni all'anno, in maggioranza donne e soprattutto ultrasessantenni, ma anche in fascia adulta, decessi in aumento (nel 2004: 44 casi), soprattutto per trauma cranico e frattura del femore causata da caduta.

Una diversa ottica per l'analisi delle patologie - da incrociare con le evidenze del punto precedente al fine di fornire ulteriori indicazioni e conferme - è quella delle *Principali cause di morte e casi di ricovero ospedaliero per stagioni di vita*:

- Nel primo anno di vita, i disturbi connessi alla nascita prematura sono la principale causa di mortalità e morbilità, che colpisce più le femmine. Meno ricoveri e degenze più lunghe nel tempo.
- Nell'infanzia-adolescenza (1-14 anni), la principale causa di morte riguarda le degenerazioni cerebrali dell'infanzia, con più femmine che maschi. I ricoveri prevalenti per entrambi i sessi riguardano le malattie dell'apparato respiratorio (soprattutto a causa di malattie infettive), per i maschi comincia a manifestarsi l'importanza numerica dei ricoveri per causa "traumatismi-avvelenamenti" (incidentalità). Meno ricoveri e degenze più lunghe.
- Nei giovani (15-24 anni), la mortalità maggiore comincia a prevalere in modo deciso nei maschi, con la principale causa di traumatismi intercranici o di altra natura, la stessa causa rappresenta quella fortemente prevalente per i ricoveri ospedalieri, per le femmine invece la

causa più significativa sia di mortalità e di ricovero è connessa allo stato gravidico e del parto. Anche l'appendicite acuta è per entrambi i sessi una frequente causa di ricovero, così come il diabete di tipo 1.

- Anche nei giovani adulti (25-49 anni), prevale la mortalità maschile per effetti di cause esterne e per problemi cardiaci; anche per le femmine le principali cause riguardano diverse tipologie di traumatismo e specifici tumori (pancreas). Le condizioni morbose prevalenti nel ricovero sono i traumatismi-avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente, circolatorio e respiratorio per i maschi e condizioni di diversa natura connesse all'apparato riproduttivo (gravidanza e parto compresi) per le femmine. Parecchi ricoveri in entrambi i sessi per disturbi psichici. Aumentano in generale i casi di ricovero.
- Negli adulti (50-64 anni), l'infarto e la cirrosi epatica sono le principali cause di morte nei maschi (i morti nel 2004 sono più del doppio delle femmine), che indicano cause pregresse e un medio-lungo percorso dall'insorgenza; queste ultime, muoiono per tumore al polmone o connessi, per infarto e per tumore agli organi genitali. I ricoveri per i maschi sono soprattutto per il sistema circolatorio e digerente, per le femmine per l'apparato osteomuscolare e per tumori, significativi per i disturbi psichici. Più ricoveri e degenze più lunghe.
- Negli anziani (65-74 anni), la mortalità prevalente è sempre nei maschi, causata principalmente da infarto miocardico acuto e tumori maligni/patologie correlate all'apparato digerente (fegato, colon), mentre le femmine muoiono principalmente per tumori maligni (mammella, polmoni, apparato genitale), e anche per diabete. La principale causa di ricovero invece è per entrambi i sessi le malattie dell'apparato cardio-circolatorio, seguono per l'uomo i tumori e per la donna le malattie del sistema nervoso.
- Nei grandi anziani (dai 75 anni), la mortalità si allinea per i due sessi ed è causata per tutti da forme di ischemia cardiaca cronica, seguita per i maschi da bronchite e per le femmine da infarti. Anche le cause di ricovero riguardano per entrambi i sessi le malattie dell'apparato circolatorio e quelle del sistema nervoso, per i maschi anche tumori e per le femmine anche traumatismi-avvelenamenti e le osteoartrosi. Aumentano i ricoveri e le giornate di degenza.

2.1.4 Le segnalazioni dei cittadini e dei loro rappresentanti (approccio partecipativo)

Attraverso i Comitati di Distretto sono stati inoltre segnalati alcuni temi comuni e generali, in termini di percezione di bisogni di salute ancora da colmare, riguardanti:

- la presa in carico globale del cittadino che esprime una domanda al sistema sanitario (integrazione socio-sanitaria su progetti specifici e concreti);
- gli anziani e i problemi assistenziali che pongono (RSA, assistenza domiciliare);
- la creazione e mantenimento di un rapporto di fiducia, umanizzato e di accompagnamento assistenziale (importanza ruolo dell'assistenza di base nelle sue forme e necessità di una sua diffusione capillare sul territorio, superando le eventuali carenze cui sono sottoposte le zone periferiche);
- la garanzia ovunque di un uguale livello di qualità dei servizi, soprattutto attraverso il potenziamento dei servizi "vicini" alla persona;
- lo sviluppo della promozione della salute, allargata, partecipata e adeguata alle esigenze locali;
- la garanzia di un servizio qualificato ovunque per l'urgenza-emergenza sanitaria;

- le risposte alle esigenze crescenti di riabilitazione di diverso genere;
- l'insicurezza e l'ansia nei cittadini per le liste di attesa nell'assistenza specialistica;
- la necessità di approfondire la programmazione sanitaria specifica per ambiti territoriali, per la parte che può essere rimessa, in termini sussidiari, ad un livello sub-provinciale.

In prospettiva l'approccio partecipativo, come rappresentato nella parte metodologica del presente capitolo, sarà ulteriormente sviluppato attraverso modalità organizzative in grado di rilevare in dettaglio le esigenze di salute locali (come ad es. lo sviluppo in atto della analisi dei "profili di salute"), ma anche migliori meccanismi di assunzione di responsabilità, che troveranno la dovuta precisazione attraverso i provvedimenti attuativi del Piano provinciale.

Per quanto concerne l'aspetto della percezione della propria salute da parte dei cittadini, l'ultima "*Indagine statistica multiscopo sulle famiglie – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005*", effettuata dal Servizio statistica della Provincia, indica le seguenti caratteristiche in riferimento allo stato di salute percepito dalla popolazione trentina:

- o circa il 70% del campione dichiara di sentirsi molto bene o bene come salute
- o questa impressione è molto radicata soprattutto per quanto concerne la salute fisica (per circa l'84% delle persone non limita minimamente le varie attività della vita)
- o per lo stato emotivo queste percentuali aumentano fino a raggiungere il 90% circa in senso generale, mentre in riferimento ai singoli stati d'animo positivi o negativi (felicità, vivacità, sfinimento, stanchezza, ecc.) tali sensazione di benessere è più relativa pur mantenendosi a livelli di elevata positività; si nota in particolare l'elevata percentuale di persone che dichiara di non sentirsi "mai" giù di morale o depresso, che potrebbe indicare, considerato il riscontrato stato di disagio diffuso in tal senso, un certo grado di contraddizione rispetto ad altre domande poste nel corso dell'indagine ed una reticenza a dichiarare uno stato d'animo considerato stigmatizzante nei confronti della vita sociale in cui si è inseriti;
- o circa il 56% degli intervistati dichiara che negli ultimi 3 anni non ha mai vissuto un evento doloroso o difficile, anche a fronte di una vasta gamma di alternative proposte che rientrano in questa categoria (compresa la possibilità di indicare un evento personale ritenuto tale).

Un altro determinante strumento per rilevare la percezione dello stato di salute è costituito dallo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), promosso a livello nazionale, a cui ha aderito l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che conferma in buona parte quanto riscontrato nella ricerca precedentemente descritta.

In particolare detto studio rileva che:

- circa il 75% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono; sono particolarmente soddisfatte le persone giovani (18-34 anni), quelle con alto livello di istruzione e quelle senza patologie severe in atto;
- gli stessi dichiarano che si sentono in cattiva salute per motivi fisici e psicologici in media 2 giorni al mese; il numero di giorni è maggiore nei giovani e nelle donne per motivi psicologici e negli ultrasessantenni per motivi fisici;
- rispetto alla media delle altre ASL che hanno partecipato allo studio, in Trentino la percezione dello stato di salute da parte dei cittadini risulta migliore.

Si ricorda che tale studio, ancora in atto, ha lo scopo principale di rilevare le abitudini e gli stili di vita della popolazione trentina, nonché lo stato di attuazione dei programmi di intervento messi a punto per la stessa e pertanto può costituire un interessante quadro del profilo di salute della popolazione del territorio provinciale, soprattutto nei termini del grado dell'adozione di stili

di vita non corretti fra la popolazione in riferimento alla principali aree problematiche (attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione, ipercolesterolemia, screening oncologici) che comportano l'aumento dei rischi per le principali cause di morbilità e mortalità, cui quindi si rimanda.

2.1.5 Il quadro socio-economico e ambientale (approccio equitativo)

Per quanto riguarda l'andamento economico, a livello nazionale si sottolinea che:

- l'anno 2006 si è concluso con un consolidamento dei segni di ripresa economica per l'area UE e con l'anno 2007 si prospetta quindi un deciso miglioramento dell'economia europea a fronte però di segnali preoccupanti sia per l'andamento dell'economia americana condizionata dai mercati finanziari sia per l'andamento del costo delle materie prime e dell'energia;
- in questo quadro generale di crescita dell'area UE, l'economia italiana, pur evidenziando alcuni miglioramenti rispetto all'anno precedente, presenta un tasso di crescita tendenziale inferiore a quello della media europea;
- permane inoltre un trend decrescente del prodotto pro-capite rapportato alla media europea, e della produttività, nonostante l'allargamento della base occupazionale a cui si assiste a partire dal 2003.

La crescita a livello europeo, ed in particolar modo quella della Germania, appare di buon auspicio per l'economia locale, considerato il forte interscambio con l'area tedesca, si precisa comunque che:

- a livello locale la dinamica del prodotto interno lordo, pur essendo simile a quella nazionale, si svolge in un contesto vicino alla piena occupazione;
- le variazioni sul lato occupazionale riguardano quindi la diffusione di contratti a tempo determinato soprattutto per la componente femminile, ed un aumento dell'occupazione giovanile con prevalenza per la componente maschile;
- tale situazione dovrebbe riflettersi in un allargamento della base produttiva ed in un miglioramento dell'efficienza dell'uso delle risorse, con conseguente aumento della produttività, anche se tali fenomeni non appaiono per ora evidenti;
- lo sviluppo dell'economia trentina, nonostante il ruolo positivo mantenuto dalle esportazioni anche in un periodo di generale riduzione della competitività delle merci italiane sui mercati esteri, rimane comunque fortemente dipendente dall'andamento a livello nazionale e pertanto non può presentare tassi di sviluppo significativamente diversi da quelli nazionali;
- componenti particolarmente rilevanti in senso positivo per l'economia locale sono state il turismo (stabilmente in crescita negli ultimi anni) e la spesa pubblica, la cui incidenza, a differenza della situazione nazionale, risulta piuttosto elevata nel settore degli investimenti in conto capitale (opere pubbliche);
- una delle componenti più deboli della domanda è rappresentata invece dai consumi interni che si assestano sui livelli della media nazionale, nonostante il prodotto pro capite trentino sia del 20% superiore di quello italiano, a dimostrazione del fatto che la domanda risente ancora del generale clima di incertezza;
- si rileva invece un rafforzamento della crescita della quota di valore aggiunto industriale, soprattutto del comparto edilizio.

Per quanto riguarda invece il quadro sociale e ambientale si evidenzia che:

- è in aumento il tasso di scolarizzazione superiore e universitaria, quest'ultima condizionata dalla presenza di non residenti;
- il tasso di abbandono delle scuole medie e medie superiori da parte degli studenti sta nel tempo scendendo ed è comunque da sempre a livelli inferiori rispetto alla media nazionale, anche se permangono forti squilibri tra zone centrali e periferiche del territorio provinciale;
- vi è una crescente permanenza nella famiglia di origine delle giovani generazioni anche adulte (trenta - quarantenni);
- viene mantenuto un livello alto di coesione e sicurezza sociale con un basso tasso di criminalità rispetto al Nord Est e alla media italiana, anche se con un trend in leggera crescita;
- l'incidenza delle famiglie sotto la soglia di povertà individuale è molto bassa rispetto alla media nazionale (5,8% contro 11,6 - dato 2004-, che significa circa 2.800 famiglie), ma mantiene una costanza nel tempo, mentre sono più diffuse situazioni di deprivazione economica;
- esistenza di una rete di supporto sociale articolata e diffusa, anche su base volontaristica;
- esistenza di rischi ambientali per la salute (soprattutto malattie respiratorie, cardiovascolari, alcuni tipi di tumori) connessi alla presenza di sostanze inquinanti tradizionali e diffusi anche nel contesto italiano. Il problema crescente riguarda le polveri PM10 e in correlazione l'ossido/biossido di azoto in tutti i centri urbani, mentre gli inquinanti tradizionali (ossido di carbonio, biossido di zolfo, benzene) sono in progressiva riduzione negli anni. Approfondimenti sono ancora in corso per quanto riguarda l'inquinamento elettromagnetico.

Rispetto al quadro socio-economico delineato, studi equitativi in sanità) hanno segnalato che anche in provincia di Trento esistono disuguaglianze nello stato di salute, nonostante le favorevoli caratteristiche economiche (relativamente bassa disuguaglianza economica, basso livello di povertà e disoccupazione), sociali (alto livello di coesione sociale), ambientali (spazi verdi) e di accesso ai servizi sanitari.

In particolare, una ricerca ad hoc condotta dall'Università di Londra ha rilevato, in particolare, come in Trentino il livello di istruzione a livello di sezione censuaria/comune si è rivelato un solido predittore della mortalità (per tutte le cause, malattie cardio-cerebrovascolari e tumori) e utilizzabile come indicatore proxy delle caratteristiche socio-economiche a livello di area.

2.2 Strategie

2.2.1 I criteri per la scelta delle priorità da affrontare

Nei documenti di programmazione, il set di criteri comunemente utilizzato è incentrato sulle seguenti tre dimensioni:

- la *gravità* (malattia causa diretta di morte o di instaurazione di gravi stati patologici o di disabilità permanente fisica, mentale e sociale – che produce quindi, oltre al costo umano, anche costi sociali ed economici -)
- la *numerosità, dimensione e diffusione* dei casi presentati sul territorio di riferimento (incidenza e la prevalenza del fenomeno)
- l'*emergenza* (novità del fenomeno e sua tendenziale crescita).

A questi vanno aggiunti altri riferimenti, che possano fornire un ulteriore contributo per indirizzare le scelte, in considerazione anche del buon livello assistenziale già assicurato dal Servizio sanitario provinciale.

Tali ulteriori criteri riguardano:

- esistenza e realistica possibilità di produrre interventi efficaci, risolutivi e migliorativi per il problema manifestato (disponibilità di strategie con evidenze di efficacia per affrontare il problema; possibilità di introduzione di misure di promozione della salute-prevenzione, ecc), anche se spesso esiste un'oggettiva difficoltà a misurare i benefici di un intervento sanitario;
- importanza e/o urgenza sociale: esistenza di un'elevata percezione del problema da parte della popolazione o, al contrario, casi in cui esiste, a fronte di un problema rilevante, una bassa percezione del rischio;
- esemplarità (problema significativo anche a livello simbolico);
- rilevanza per altre ragioni identificate fuori dal contesto sanitario;
- problema causante disuguaglianze tra i cittadini;
- potenzialità di coinvolgimento esterno alla sanità per la presa in carico del bisogno (disponibilità delle strategie a diversi livelli - individuale, comunitario, di sistema -).

Esistono anche modelli tecnici, applicati in altre realtà internazionali, che possono valutare, matematicamente, le priorità nei bisogni e problemi di salute e che possono costituire un utile riferimento anche per confermare i criteri sopra individuati.

Dalle analisi effettuate emergono bisogni di salute ben definiti.

L'applicazione congiunta degli approcci utilizzati segnala, fra i maggiori bisogni espressi in termini espliciti ed impliciti dalla popolazione trentina, i seguenti temi che costituiscono momento propulsivo della programmazione sanitaria provinciale:

- assicurare ed attuare il principio della centralità del cittadino (presa in carico, empowerment, accessi semplici e chiari ai servizi, appropriatezza, efficacia, umanizzazione, partecipazione alle scelte);
- studio delle differenze nello stato di salute in Trentino, in relazione ai maggiori determinanti socio-economici, per una maggiore equità nei confronti degli assistiti più vulnerabili;
- la differenza di genere, rilevabile in tutte le fasce di età, merita l'adozione di percorsi specifici di ricerca, preventivi ed assistenziali, in grado di cogliere in particolare le peculiarità della salute femminile;
- maggiore attenzione alle attività (di promozione, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) per contenere patologie ed eventi evitabili;
- l'invecchiamento della popolazione ed il fenomeno della crescente morbidità cronica con l'avanzare dell'età impone la verifica delle azioni più opportune per contrastare il fenomeno della non autosufficienza, intercettando nelle fasi latenti e precoci le problematiche sanitarie; in questo senso si prospetta la riduzione delle degenze per acuti e l'aumento delle cure a lungo termine (*long-term care*);
- potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio per superare le differenze in accesso al servizio sanitario e le eventuali esigenze a carattere peculiare a livello locale, avuto riguardo all'evoluzione della capacità diagnostica, delle procedure medico-chirurgiche e delle tecnologie mediche nonché della disponibilità di farmaci più efficaci e selettivi;
- il problema delle patologie neoplastiche è prioritario ed ad esso va riconosciuto ulteriore impegno per massimizzare le conoscenze e mirare le risposte nel campo della prevenzione, diagnosi e cura, applicando le soluzioni più avanzate (tecnologiche, farmaceutiche, ecc.);
- individuazione di strategie mirate, in termini preventivi e riabilitativi, alla fase della prevenzione e tutela dei soggetti in età evolutiva, risorsa importante per lo sviluppo della società, che abbisogna di sostegno per promuovere una società sana;

- sviluppo di rinnovate modalità di approccio al disagio psichico e, in generale, delle malattie mentali e correlate, avuto riguardo alle esigenze di appropriatezza rispetto ai profili di trattamento e di adeguatezza, sul piano qualitativo e quantitativo, dell'offerta sanitaria.

2.2.2 Strategie per la qualificazione dei livelli essenziali di assistenza

Rispetto al contesto attuale, strutturale ed organizzativo, costituito a garanzia dell'erogazione e della fruibilità delle attività e delle prestazioni sanitarie, al fine di dare attuazione e piena risposta ai principi posti dalla programmazione provinciale, è necessario individuare specifici interventi strategici di qualificazione per ciascun livello.

Primo livello - Assistenza sanitaria e collettiva negli ambienti di vita e di lavoro

A differenza dell'assistenza sanitaria distrettuale e di quella ospedaliera, che garantiscono prestazioni a vantaggio del singolo, l'assistenza sanitaria collettiva include interventi di sanità pubblica che perseguono obiettivi di salute a vantaggio della collettività, attraverso l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (rischi ambientali, infettivi, comportamentali) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività.

Il complesso delle attività da mettere in campo deve tener conto dei profondi cambiamenti dei bisogni di salute intervenuti nel nostro Paese e, conseguentemente, delle nuove strategie e programmi in cui è impegnata la sanità pubblica italiana, a testimonianza della rapida evoluzione dello scenario istituzionale e politico nazionale ed internazionale.

In particolare il Piano nazionale della Prevenzione 2005-2007 – declinato per la Provincia autonoma in un Piano provinciale di Prevenzione attiva, di cui alla Delibera n. 2340 di data 10 novembre 2006 – e, più recentemente, la strategia “Guadagnare salute”, chiamano la sanità pubblica a nuovi impegni in alcune aree rilevanti di intervento, in particolare nella prevenzione delle malattie cronic-degenerative, degli incidenti e dei rischi dovuti a comportamenti e stili di vita errati.

E' necessario pertanto prevedere un rafforzamento del percorso già iniziato di trasformazione progressiva di una parte della operatività delle strutture di sanità pubblica verso una progettualità fondata su priorità.

Queste ultime devono emergere dalla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e, a loro volta, devono originare programmi di intervento basati sulle prove disponibili di efficacia (sviluppando ulteriormente la Prevenzione basata su Prove di Efficacia, EBP). Ove è il caso, i processi conseguenti possono portare ad una riorganizzazione e un potenziamento delle attività di prevenzione e di promozione della salute secondo modelli che consentano di sviluppare interventi mirati dentro e fuori il sistema sanitario.

Questi nuovi percorsi, che necessitano di una forte connessione con le realtà distrettuali, saranno facilitati dal contemporaneo processo di semplificazione amministrativa in atto nel nostro Paese e anche nella Provincia autonoma.

Inoltre si renderà necessario prevedere un sistema di monitoraggio continuo degli stili di vita, delle abitudini comportamentali della popolazione e di valutazione dell'efficacia degli interventi preventivi effettuati per promuovere la salute, rendendo permanente l'applicazione del progetto nazionale PASSi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute).

Il miglioramento e la qualificazione dell'attività di prevenzione svolta all'interno dell'igiene e della sanità pubblica e dell'igiene e sanità pubblica veterinaria deve tener conto delle peculiari caratteristiche di questo settore, quali:

- la presenza di diversi livelli istituzionali (comunitari, nazionali, provinciali) di intervento
- la consistente normazione e la conseguente presenza di complessi percorsi procedurali
- la necessità di una efficace interazione fra i vari settori funzionali sopra elencati e del collegamento con settori esterni al Servizio sanitario provinciale
- la produzione e il reperimento di una grande quantità di dati e informazioni, anche a carattere qualitativo-

In termini generali, quindi, nell'ambito dell'assistenza collettiva va rafforzato il modo di lavorare già iniziato: per obiettivi, programmando e indirizzando le risorse verso le priorità. Le direttrici future possono essere riassunte in quattro indirizzi principali per la prevenzione:

- l'esercizio di un ruolo di regia, di coordinamento centrale e di programmazione generale per l'insieme delle attività di promozione della salute e di prevenzione, per assicurare interventi tempestivi e uniformi rispetto alle direttive in materia;
- il completamento dei processi di valutazione della efficacia degli interventi;
- l'organizzazione degli interventi sviluppando sempre più le integrazioni tra i servizi sulla base di progetti condivisi;
- la specializzazione e consolidamento delle attività di vigilanza e ispezione indirizzandole verso obiettivi di salute.

Tenuto conto del buon grado di copertura esistente a livello provinciale per livello di assistenza, l'attenzione dovrà essere rivolta verso le tematiche più rilevanti e di interesse prioritario per la salute della popolazione.

In particolare:

▪ la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro

Da tempo, è evidenza comune che la strategia di intervento per promuovere la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro non può prescindere dal coinvolgimento di più soggetti e dal rafforzamento del raccordo istituzionale tra enti pubblici e le parti sociali.

Si deve proseguire, pertanto, in questa logica, il raccordo e il coordinamento fra tutti i settori coinvolti nella problematica, attraverso il Comitato provinciale di coordinamento ex art. 27 d. lgs. 626/1994 e s.m.. L'impegno programmatico su questa tematica, che, considerata la sua peculiare natura, si connota di forti aspetti civili e sociali oltre che sanitari, si sta infatti già esplicando sistematicamente su questo fronte autonomo (cfr. deliberazioni della Giunta provinciale n. 2800/05 e 1300/07).

In tale contesto, si dovrà tener conto, per l'azione futura dei profondi cambiamenti introdotti dalle nuove forme di lavoro, dall'ingresso e dalla rilevanza delle nuove categorie di lavoratori, dai processi di decentramento di cicli e segmenti produttivi ma anche dell'allargamento del ruolo rivestito dal servizio pubblico nella promozione attiva della cultura della salute, ferma restando la centralità dell'azione di vigilanza e controllo.

Sempre in questa direzione, dovrà essere perseguita la sempre più puntuale definizione delle priorità di intervento ed il potenziamento delle attività sui rischi prioritari (sulla base di frequenza, gravità, prevedibilità). Le attività potranno essere effettuate anche attraverso progetti speciali, dotati di risorse dedicate.

▪ la salubrità e la sicurezza alimentare

Vigilare sulla “*sicurezza alimentare*” è un’attività fondamentale che il servizio sanitario provinciale deve svolgere per la comunità, anche in attuazione della normativa europea, che ha recentemente subito una profonda revisione. E’ noto che, a partire dall’anno 2000, con la pubblicazione del “Libro bianco sulla sicurezza alimentare”, l’Unione europea ha definito un modello su cui costruire un sistema moderno e coerente in materia di sicurezza alimentare.

In sette anni il nuovo sistema razionalizzato è una realtà in grado di garantire al cittadino consumatore europeo alti livelli di protezione e prodotti alimentari tra i più sicuri.

Il nuovo sistema di sicurezza alimentare non intende e non può eliminare ogni rischio connesso con l’alimentazione, ma attraverso gli strumenti individuati permette di intervenire in modo pronto e deciso, se e quando c’è bisogno.

Alcune caratteristiche principali:

- a) la strategia: “dai campi alla tavola” garantisce il diritto alla sicurezza lungo tutta la filiera produttiva;
- b) gli operatori del settore alimentare sono responsabili della sicurezza alimentare;
- c) gli operatori del servizio sanitario pubblico assicurano, attraverso il “controllo ufficiale”, che gli operatori economici diano attuazione a quanto indicato dalle norme comunitarie;
- d) la tracciabilità dei prodotti lungo tutta la filiera produttiva permette che i problemi sanitari possano essere individuati, isolati e risolti;
- e) il sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi permette di notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti connessi con alimenti e mangimi immessi già in commercio attraverso una rete informatizzata che comprende la Commissione europea e gli Stati Membri dell’Unione al fine di un rapido bloccaggio e ritiro degli stessi.

La sicurezza alimentare rappresenta inoltre una questione strategica per le molteplici implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse.

Tra le azioni utili per il raggiungimento ed il mantenimento di adeguati livelli di sicurezza alimentare si devono prevedere, tra le altre:

- lo sviluppo di attività di ricerca per la valutazione del rischio chimico e del rischio microbiologico;
- il potenziamento del controllo sulla produzione primaria con particolare riguardo alla presenza di residui di farmaci, di antiparassitari e di contaminanti ambientali;
- l’ utilizzo di programmi integrati di controllo ufficiale, elaborati secondo criteri di priorità e di valutazione del rischio per la salute umana;
- l’esercizio continuo e preventivo della vigilanza ai fini di controllo, come elemento regolatore esterno dei processi produttivi;
- la sorveglianza e la verifica dell’attuazione dei programmi di autocontrollo delle imprese per orientare verso obiettivi di salute;
- la valutazione della percezione da parte della popolazione dei rischi connessi all’alimentazione, finalizzata all’orientamento di campagne di comunicazione mirate.

Alle strutture di igiene pubblica e di sanità pubblica veterinaria deputate a questo tipo di controlli sull’intera filiera produttiva compete l’attuazione dei relativi piani di attività, basati sui processi di valutazione e gestione del rischio. In particolare, dai servizi veterinari dovranno essere proseguiti i progetti di georeferenziazione degli allevamenti animali e successivamente delle strutture di produzione trasformazione di prodotti di origine animale al fine di poter implementare e gestire in maniera ottimale le reti di epidemiosorveglianza. Di particolare interesse, in questo ambito, anche lo sviluppo del ruolo da affidare all’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie – sede di Trento, per il conseguimento degli obiettivi fissati dalle strategie di prevenzione

Per il personale dedicato è necessario sviluppare ulteriormente le attività formative finalizzate ad una adeguata riqualificazione. Esse dovranno tenere in considerazione i diversi livelli di conoscenze, sull'attuazione e verifica dei piani di autocontrollo, esistenti tra chi si occupa della produzione primaria e chi, da tempo, lavora nel settore della trasformazione e somministrazione.

Attenzione particolare dovrà essere riservata anche alla formazione degli operatori sulle modalità di esecuzione degli audit nelle imprese alimentari.

A livello provinciale saranno stabiliti, dopo un'appropriate analisi del rischio e in accordo con l'Azienda sanitaria, i programmi di lavoro, i piani formativi, i principi di valutazione del rischio, la proceduralizzazione della attività, gli standard di funzionamento.

Anche l'adeguamento delle capacità di vigilanza deve avvenire sulla base di indicazioni di priorità (ispirate all'impatto sulla salute dei vari possibili interventi); tutte le attività conseguenti dovranno essere effettuate nella chiara distinzione tra i ruoli e le responsabilità del controllo ufficiale e dell'autocontrollo.

Negli intenti proposti, l'esito di questo processo dovrà, quindi essere:

- a) la "sicurezza alimentare" intesa come sfida da affrontare sul campo della produzione, trasformazione, trasporto e commercializzazione delle derrate destinate al consumo umano e animale, ciascuno secondo propri ruoli e competenze;
- b) il "miglioramento della salute" dei cittadini, nonché della salute e del benessere degli animali attraverso l'attuazione di tutte le misure che possono impedire o ridurre il verificarsi di stati di contagio, di malattia e di disagio, anche al fine di contribuire indirettamente a ridurre i costi sanitari legati a problemi di alimentazione e, quindi, a conseguire un maggior grado di salute a parità di risorse investite;
- c) lo sviluppo e il miglioramento del "livello di qualità degli alimenti" per l'uomo e per gli animali.

▪ I rapporti fra lo stato dell'ambiente e la salute dell'uomo

E' noto che esiste una complessa interdipendenza fra l'ambiente fisico naturale e modificato dall'attività umana produttiva, economica e sociale e lo stato di salute dell'uomo.

Si sottolinea che gli effetti sulla salute umana delle condizioni di alterazione dell'ambiente riguardano principalmente lo sviluppo, accertato in buona parte, di forme tumorali: infatti, l'aumento generalizzato della morbilità e della mortalità da tumori si pone parallelamente al concomitante aumento e alla differenziazione dell'inquinamento ambientale. Altre patologie derivanti dal degrado ambientale sono le intossicazioni di vario genere nonché specifici disturbi organici (polmonari, uditivi, visivi, allergici ecc.).

Il problema generale dell'inquinamento non può evidentemente essere risolto radicalmente a livello locale.

Esso infatti deriva, in gran parte, da scelte e processi diffusi e interconnessi a livello planetario che si ripercuotono, in diversa misura, su tutte le zone della terra. Nonostante ciò, esiste un campo di azione in cui è possibile muoversi anche a livello provinciale - facilitati anche dal buon livello di conservazione dello stato naturale del territorio, dalla buona vivibilità e dalla relativamente scarsa contaminazione dell'ambiente -, introducendo alcuni interventi finalizzati a perseguire obiettivi di salute.

Gli obiettivi di promozione della salute dovranno riferirsi sia a elementi ambientali "tradizionali" (alimenti, acqua, aria, raccolta e smaltimento dei rifiuti), sia a fattori che individuano nuovi tipi di inquinamento (rumore, radiazioni ionizzanti e non), di cui è accertata o è in fase di accertamento la nocività.

Preliminare ed essenziale per affrontare con efficacia tale problematica diviene la predisposizione di un Protocollo d'intesa e di un atto di indirizzo per la collaborazione sistematica tra Servizio sanitario provinciale e Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente finalizzata alla valutazione sanitaria dei rischi ambientali.

Su questa base, è necessario predisporre e realizzare ricerche mirate a certificare a livello scientifico la correlazione esistente tra stati di alterazione o di inquinamento con la presenza di specifici problemi di salute, anche a livello locale.

▪ L'adozione di modalità innovative per la prevenzione

La prevenzione primaria e secondaria va innovata salvaguardando il mantenimento dello stato sanitario raggiunto in Trentino ed attestato da riconoscimenti comunitari attraverso i piani di profilassi. In particolare, si pone attenzione all'ambito degli interventi di prevenzione secondaria, effettuati attraverso gli *screening oncologici*, che permettono di individuare l'insorgenza della patologia prima della sua manifestazione clinica e in una fase in cui è possibile intervenire aumentando significativamente la sopravvivenza (cfr. Obiettivo prioritario "Tumori")

Le azioni da prevedere riguardano:

- il progressivo spostamento delle sedi organizzative degli screening presso le strutture che erogano prestazioni di assistenza collettiva;
- il loro consolidamento e, per lo screening del tumore del colon-retto, la progressiva estensione a tutta la popolazione provinciale;
- la formazione degli operatori per il mantenimento ed il miglioramento della qualità professionale,
- l'attuazione di forme di "recupero" dei soggetti presenti nelle cosiddette "fasce deboli" di popolazione, generalmente non aderenti ai programmi di prevenzione oncologica.

In particolare l'attenzione deve essere rivolta agli immigrati residenti (valutazione dell'adesione) e all'offerta attiva di controllo di diagnostica precoce – anche se formalmente non rientrante nelle procedure formali di screening – degli stranieri domiciliati e/o temporaneamente presenti.

Dal punto di vista complessivo, con la valutazione della relazione tra risorse, attività e risultati, caratteristica della complessa attività insita nei nuovi livelli essenziali di prevenzione, nell'ambito di questo livello, si può rendere necessario l'avvio di un processo di riconversione dei finanziamenti, differenziandoli in base alla distinzione fra quanto è destinato alle attività ordinarie e quanto deve essere allocato per sostenere i progetti speciali ed il lavoro di rete. Il percorso deve consentire, nel medio termine, una più adeguata definizione dei Livelli essenziali di prevenzione su cui calibrare i criteri di finanziamento.

Le attività rilevanti e le prestazioni fornite dalle strutture di assistenza collettiva devono essere inoltre supportate da un sistema informativo unico per tutte le attività di assistenza collettiva, ad integrazione di quello già esistente per l'area della sicurezza alimentare.

Secondo livello - Assistenza distrettuale

La caratteristica di questo livello di assistenza e la sua importanza strategica all'interno dell'organizzazione del Servizio sanitario provinciale derivano dal fatto che in questo contesto si forma il primo contatto tra il bisogno di salute del cittadino e il sistema, tramite la figura del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta. Questo, pertanto, è l'ambito in cui la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale, verificandosi così la possibilità di

comporre, in termini di prestazioni, la risposta più opportuna e efficace per il singolo bisogno. Tale domanda spesso può essere completamente soddisfatta a questo livello (funzione di “filtro” del Distretto). In alcuni casi necessita dell’apporto di altri servizi, in primo luogo l’ospedale, ma anche di altra natura, soprattutto socio-assistenziale.

Tenendo conto di ciò deve realizzarsi, in modo più decisivo che in altri ambiti, l’interazione e l’integrazione tra servizi e professionalità interne al Distretto – coinvolte con modalità diretta o convenzionata (es. farmacie, specialisti ambulatoriali ex Sumai) - tra questo e l’assistenza ospedaliera nonché con il settore socio-assistenziale, in un’ottica di continuità e di globalità che coinvolge l’intero sistema dell’offerta e di “circularità” dell’assistenza che prevede, oltre che la presa in carico dell’utente, anche una costante presenza nel percorso assistenziale degli operatori di questo livello. Tale presenza, infatti, non può esaurirsi nel rinvio alla competenza di livelli più specialistici, ma deve riprendere la propria funzione al momento del ritorno del paziente alla propria residenza, per completare la risposta assistenziale, in termini di convalescenza, di riabilitazione e/o di mantenimento. In tal senso saranno individuati idonei strumenti che permettano la sistematica comunicazione tra servizi e attività dei diversi livelli di assistenza. Appare chiarificatrice di tale impostazione una visione figurativa dei livelli essenziali di assistenza che non sono sovrapposti gerarchicamente ma sono situati su un medesimo piano e sono attraversati dagli utenti nei loro percorsi di cura.

Lo sviluppo e la valorizzazione dei servizi distrettuali deve avere lo scopo di fornire prestazioni generalizzate e diffuse su tutto il territorio provinciale – secondo modelli omogenei e definiti - così da assicurare risposte tempestive e di qualità a tutte le patologie trattabili in loco, attuando concretamente i principi di equità e di appropriatezza anche attraverso la diffusione e l’utilizzo di strumenti (tecnologici, organizzativi, operativi) che migliorino ed omogeneizzino l’offerta sul territorio. Il riferimento al bisogno di salute complessivo della persona, implica la necessità che proprio nel Distretto inizi il processo di umanizzazione e di personalizzazione delle cure riferito all’individuo nella sua globalità, rispettando la sua identità ed integrità, il diritto all’informazione e al consenso informato, valorizzando in tal modo il rapporto di fiducia.

A questo livello inoltre deve essere impostata l’azione di promozione della salute e di informazione ed educazione sanitaria, favorendo la graduale autoresponsabilizzazione dei cittadini nei confronti della propria salute. La maggiore considerazione di questo livello di assistenza e delle sue funzioni assume poi una particolare valenza anche sul versante dell’efficienza, poiché induce a razionalizzare l’uso delle risorse complessive a disposizione del sistema.

In questo ambito gli interventi strategici sono i seguenti:

Valorizzazione dell’assistenza sanitaria primaria per garantire il suo ruolo centrale nella rete dei servizi sanitari e la continuità assistenziale nella rete dei servizi.

I medici dell’assistenza sanitaria primaria sono i primi attori del governo clinico del territorio e più in generale della rete dei servizi sanitari generali. In primo luogo, per favorire l’esplicazione di questo ruolo, nell’ambito degli accordi contrattuali, deve venir sempre più incentivato lo sviluppo di comunità di medici di medicina generale, da un lato per ridurne l’isolamento professionale e dall’altro per costruire forme organizzative che possano rispondere in modo più efficace alle richieste della popolazione in termini di continuità della assistenza e di presa in carico.

Considerata poi l’evoluzione dei bisogni di salute, è necessario che a questo livello possa essere fornita una risposta fondata in modo tale da creare nuovi assetti organizzativi, che pur con

possibili differenze tra aree urbane ed extraurbane, siano in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute.

Il medico di medicina generale dovrà altresì costituire uno dei punti nodali per l'attività di promozione della salute, di prevenzione e di educazione sanitaria. Egli è contemporaneamente terapeuta e primo responsabile nella gestione dei problemi sanitari, in collegamento e in collaborazione con le altre figure e strutture socio-sanitaria del territorio.

Questo vale analogamente per la pediatria di libera scelta che, inoltre, dovrà adeguare il modello organizzativo che non consente di garantire per l'età pediatrica, a causa della disomogenea distribuzione della popolazione sul territorio, un uguale livello di assistenza. La necessità di garantire i bilanci di salute a tutta la popolazione in età pediatrica rappresenta un obiettivo prioritario.

Deve essere quindi perseguita la flessibilità nelle strategie e negli strumenti di copertura medico-assistenziale degli ambiti carenti, avuto riguardo alle potenzialità e alle capacità assistenziali delle associazioni di medici. Nello specifico, è da promuovere lo sviluppo di una maggiore flessibilità organizzativa dell'assistenza primaria, al fine di favorire la reale possibilità di scelta e un rapporto sempre più fiduciario con i cittadini.

Deve inoltre essere favorita l'erogazione dell'assistenza primaria a favore delle persone non residenti nelle zone e nei periodi dell'affluenza turistica (tramite il potenziamento mirato della medicina turistica).

Va infine portata a compimento la realizzazione di modelli organizzativi per le cure primarie (anche fortemente innovativi, avuto riguardo a quanto si va delineando in merito a livello nazionale), per facilitare la continuità assistenziale fra i diversi livelli di assistenza, migliorando in particolare le modalità di collegamento e di comunicazione fra ospedale e medici di medicina generale – pediatri di libera scelta, in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina.

E' importante, in questo quadro, promuovere la continuità delle cure erogate dai medici specialisti ospedalieri e convenzionati e dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, con specifico riferimento all'assistenza alle persone appartenenti alle fasce deboli (bambini, anziani, persone affette da malattie croniche e/o rare e malati terminali), avuto riguardo alla regolare funzionalità del momento dell'ingresso e della dimissione dalle strutture ospedaliere.

L'esigenza di sempre maggiore specializzazione nel settore sanitario impone l'individuazione di modalità organizzative, incentrate presso le strutture ospedaliere o, a seconda dei casi, anche presso il territorio, che assicurino, in termini coordinati, l'erogazione di prestazioni di secondo livello e la consulenza ai servizi sanitari di base.

Il coordinamento va facilitato dall'adozione di criteri guida per la condivisione tra i diversi operatori sanitari, attraverso idonee soluzioni tecnologiche, delle informazioni specifiche relative al singolo paziente (incluse quelle relative ai ricoveri ospedalieri), che possono confluire nella scheda sanitaria individuale informatizzata.

Allargamento del ruolo delle farmacie per completare e qualificare la rete dei servizi territoriali.

Tradizionalmente, le farmacie territoriali da tempo hanno assunto, amplificando questo ruolo nel contesto attuale, un'immagine e un ruolo di presidio sanitario di immediato accesso e vicinanza nei confronti della popolazione, in ragione della loro collocazione e tipologia del servizio, che concorre ad assicurare la continuità della presa in carico anche attraverso la turistica notturna e festiva.

In tal senso, esse sono diventate punto di riferimento non solo per l'erogazione e la vendita dei farmaci, ma anche per la fornitura di informazioni e di consigli di educazione sanitaria e per i propri problemi di salute, anche per risolvere, ove appropriato, in maniera agevole e veloce gli stessi. Anche a tal fine, è opportuno prevedere l'estensione e il potenziamento della funzione di vigilanza nei confronti dei prodotti non strettamente farmaceutici disponibili nelle farmacie.

In un contesto come quello delineato prospetticamente nel presente documento e per quanto riguarda il livello dell'assistenza territoriale, nella logica di formazione di una rete integrata di servizi, le farmacie costituiscono una fondamentale risorsa che deve essere valorizzata ai fini di una maggiore completezza e ampliamento delle risposte da fornire al cittadino, sempre nell'ottica della centralità dello stesso.

A tale scopo, anche attraverso opportune riforme del quadro normativo in materia e sulla base delle richieste/attese che l'utenza esprime verso questo servizio, dovranno essere tracciate le linee di attività che dovranno caratterizzare la farmacia del futuro, unitamente alle competenze e alle responsabilità di cui questo settore dovrà farsi carico per raggiungere un alto grado di integrazione professionale, organizzativa e funzionale con il SSP ed, in particolare, con i servizi territoriali/distrettuali. Dovranno quindi essere previste forme e modalità per l'integrazione sistematica delle farmacie nella rete dei servizi territoriali (anche con presenza diretta negli stessi di questa professionalità), che contemplino anche sperimentazioni riferite alle collaborazioni con i referenti dell'assistenza primaria per la gestione e il monitoraggio delle terapie.

Per assicurare in modo efficace questa ridefinizione di ruolo delle farmacie, dovrà anche essere prevista un'adeguata formazione professionale permanente, lo sviluppo della formazione clinica, l'integrazione di questo presidio nelle reti informativa ed informatica distrettuale.

Miglioramento dell'erogazione e dell'adeguatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

La questione dei *tempi di attesa* assume rilevanza determinante in quanto l'esistenza di un tempo d'attesa superiore a quello ritenuto congruo risulta lesivo del diritto alla salute del cittadino sotto molti punti di vista:

- può compromettere l'efficacia di un intervento diagnostico e terapeutico la cui importanza è spesso connessa alla tempestività;
- crea condizioni di disuguaglianza soprattutto tenuto conto della parallela possibilità di usufruire, a pagamento e in tempi più stretti, della stessa prestazione che il servizio pubblico non riesce ad erogare.

Principalmente per questo motivo i tempi di attesa costituiscono uno dei principali fattori della percezione, da parte della popolazione, della qualità dell'assistenza, contribuendo così a incidere negativamente sul rapporto di fiducia nei confronti del sistema sanitario.

Nonostante in Trentino la situazione non si connota in maniera particolarmente negativa, come altrove, si deve proseguire nel processo di miglioramento e di implementazione di tutte le iniziative sviluppate in questi anni, volte al contenimento dei tempi di attesa e riferite, in modo particolare, agli aspetti che caratterizzano la relazione paziente/prescrittore/erogatori/contesto socio-culturale, anche intervenendo direttamente sulla regolamentazione della libera professione e sul rapporto tra questa e l'attività istituzionale dei medici specialistici. In particolare, dovrà essere prevista l'ulteriore evoluzione del modello metodologico ed organizzativo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) basato sulle priorità accordate rispetto agli specifici bisogni assistenziali degli utenti.

Con queste premesse, tenuto conto che è stato recentemente adottato il *Piano provinciale di contenimento dei tempi di attesa*, va proseguita la strategia di assicurare l'accesso a queste

prestazioni sulla base delle priorità cliniche, ricercando l'appropriatezza attraverso lo sviluppo di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici avuto riguardo alle best practices internazionali. Il sistema deve poi autoalimentare momenti di crescita professionale e delle conoscenze attraverso la condivisione e l'individuazione di procedure per la concordanza clinica. Va anche migliorato il momento di presa in carico del paziente attraverso il supporto di figure dedicate (case manager) all'accompagnamento/facilitazione nei percorsi dell'assistenza specialistica. Inoltre possono essere verificate le condizioni e le modalità per assicurare la continuità del rapporto fra lo specialista ed il paziente, in occasione dei controlli e visite successive a quella che ha dato avvio al processo diagnostico-terapeutico.

Oltre al miglioramento dei tempi di attesa, la qualificazione dell'assistenza specialistica passa anche attraverso la garanzia per i cittadini di un'equa ed omogenea distribuzione sul territorio delle sedi di erogazione (non solo per questo livello assistenziale, ma anche per la medicina generale), per assicurare una facilitazione all'accesso e alla fruibilità delle prestazioni soprattutto alle fasce più deboli. Si dovrà quindi provvedere in tal senso, ricorrendo anche alla realizzazione delle Case della salute secondo modelli validati in sede nazionale. E' poi opportuno che venga uniformato da parte dell'Azienda sanitaria il sistema di gestione di queste sedi ambulatoriali, secondo le direttive e i criteri individuati dalla Provincia coinvolgendo i Comuni.

Sempre al fine di qualificare l'erogazione dell'assistenza specialistica a favore del cittadino, è da valutare la fattibilità di assicurare – in casi appropriati – la possibilità di visite a domicilio e di associazionismo tra specialisti della stessa branca o correlate tra di loro.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica, l'assistenza odontoiatrica rappresenta un settore rispetto al quale vi è forte l'esigenza di una nuova disciplina. Esistono per questa tipologia di prestazioni, molteplici attese da parte dei cittadini ed in special modo delle fasce più deboli della popolazione. In particolare la prevenzione primaria e secondaria nonché il tema della urgenze costituiscono i settori dove appare opportuno il potenziamento dei livelli, anche attraverso l'individuazione di prestazioni a carattere aggiuntivo in favore delle categorie vulnerabili, rispetto a quanto stabilito per il Servizio sanitario nazionale e avuto riguardo alle disposizioni provinciali in materia. Deve infine procedere la modalità di individuazione delle prestazioni prioritarie a cui accordare progetti di potenziamento con obiettivi puntuali e misurabili sui relativi tempi massimi di attesa.

L'assistenza termale

Lo sviluppo dell'assistenza termale in Trentino deve poter valorizzare le risorse naturali di questa provincia, a beneficio della salute dei cittadini residenti e come noto, anche degli assistiti provenienti da altre regioni.

Sulla base delle caratteristiche chimico-fisiche dell'acqua e degli ulteriori prodotti che vengono utilizzati nelle cure termali e avuto riguardo alle modalità organizzative innovative vanno quindi individuati i punti di forza che, in termini differenziali, possono concorrere a collocare gli stabilimenti trentini fra le migliori strutture di offerta di assistenza termale, sullo scenario nazionale e internazionale.

In questo processo appare quindi opportuno il coinvolgimento delle aziende termali nella realizzazione di indagini, ricerche e sperimentazioni di rilevanza statistica, epidemiologica e scientifica mirate ad obiettivi di interesse sanitario.

Per questo aspetto può essere sviluppato lo strumento dalla leva finanziaria delle tariffe delle prestazioni quale modalità per incentivare la conduzione delle predette ricerche e la collaborazione sinergica fra stabilimenti.

Obiettivo prioritario delle predette indagini e ricerche va focalizzato e mantenuto nella individuazione di prove di efficacia e di protocolli sanitari scientificamente validi per il riconoscimento a livello nazionale ed internazionale.

La cornice in cui sviluppare le linee sopra tracciate è costituita dai requisiti minimi previsti per l'autorizzazione sanitaria e dal processo di accreditamento che rappresenta il necessario riferimento per assicurare lo sviluppo della qualità delle prestazioni termali.

Una frontiera che non può essere sottovalutata riguarda, infine, la sperimentazione presso gli stabilimenti termali di programmi e di attività afferenti al livello della promozione della salute e riguardanti in particolare la lotta al tabagismo, all'obesità, all'ipertensione, al diabete o ad altre patologie; il contesto termale offre infatti la possibilità di coniugare le prestazioni sanitarie con quelle del benessere, quindi è adatto a promuovere il cambiamento agendo sull'aspetto motivazionale.

Miglioramento dell'efficacia e qualificazione dell'assistenza per le persone non autosufficienti (anziani e disabili).

La non autosufficienza è una grande problematica assistenziale, che tenderà ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari. E' pertanto, fondamentale attuare sistematici interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, in grado di affrontare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza. Altrettanto basilare è il rafforzamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali in primo luogo attraverso la rivisitazione ed il potenziamento della valutazione multidisciplinare del bisogno. Rispetto ai bisogni complessi di assistenza sanitaria, appare non più procrastinabile arricchire la filiera delle offerte di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, garantendo il trattamento del paziente al livello più appropriato in funzione dell'effettiva gravità.

Per quanto riguarda gli anziani, va rilevato che il possibile incremento delle disabilità e delle malattie croniche causato dall'invecchiamento della popolazione è funzione di vari fattori legati al naturale deterioramento fisico a cui però vanno contrapposti interventi di prevenzione e di miglioramento delle condizioni di vita già nelle età precedenti.

Il complesso delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) trentine dovrà inserirsi nella "rete" di strutture e servizi del Servizio sanitario provinciale, potenziando i rapporti fra i diversi soggetti coinvolti nei percorsi terapeutico-riabilitativi ed assistenziali: i rapporti fra RSA ed i rapporti fra RSA ed altre strutture di assistenza sanitaria (Azienda) e socio-sanitaria (rete dei servizi sociali), assicurando la presa in carico complessiva del soggetto anziano (cfr, Direttive 2006 sull'assistenza sanitaria in RSA emanate dalla Giunta provinciale). Inoltre il modello di assistenza, oggi fortemente incentrato sulle RSA deve poter evolversi anche in livelli assistenziali incentrati sulla cura e presa in carico presso il domicilio del paziente.

Per quello che riguarda le R.S.A., può essere ulteriormente sviluppato il modello di assistenza articolato per differenti livelli di complessità (nuclei), al fine di gestire situazioni di cronicità complesse; vanno peraltro verificati modelli diversificati che non richiedono necessariamente il ricorso a specializzazione delle funzioni.

In tale scenario diviene strategico garantire un ruolo di forte coordinamento e di indirizzo clinico in collaborazione con i coordinatori medici delle R.S.A. medesime.

Per quello che riguarda le Residenze sanitarie assistenziali a sede ospedaliera – R.S.A.O., si ritiene necessaria una maggiore caratterizzazione della funzione per assicurare il rispetto del ruolo all'interno della rete di assistenza. L'aumento del numero dei ricoveri nelle UU.OO. di tipo medico per acuti degli ospedali della provincia di Trento di utenti di età maggiore di 75 anni, e la riduzione

della durata media della degenza nelle UU.OO. di Geriatria, indicano che il problema della lungodegenza e del post acuzie rappresenta attualmente uno dei temi prioritari del Piano sanitario.

Dovranno essere sviluppate le attività di progressivo coinvolgimento di strutture che, seppure non facenti parte del sistema sanitario provinciale (Centri Diurni, Centri Alzheimer), rappresentano nodi importanti della rete dei servizi.

Considerando invece la necessità di favorire in maniera sempre più la permanenza a domicilio dei soggetti non autosufficienti, deve essere perseguito lo sviluppo sistematico dell'Assistenza Domiciliare Integrata ADI, con modelli differenziati a seconda della realtà locale, così come dell'ADI cure palliative, individuando anche nuovi soggetti da inserire nella strutturazione della rete dell'assistenza territoriale-domiciliare.

In quest'ultimo caso, nelle aree urbane l'esperienza in fase di consolidamento incentrata sulla presenza di un nucleo di medici palliativisti è risultato determinante per lo sviluppo di tale forma di assistenza, sia come approccio culturale che per le specifiche competenze.

La successiva diffusione di una tale forma di assistenza nelle aree non urbane e periferiche ha invece fatto propendere, sul piano tecnico, verso modelli che riconsegnano ai medici di medicina generale la centralità del ruolo nella gestione dei malati terminali e assegnano al medico palliativista, un ruolo consulenziale e di supporto nella gestione del singolo caso clinico nonché nelle attività di formazione continua.

In tal senso vanno quindi individuati i requisiti organizzativi e qualitativi che definiscono e sostanziano il ruolo del medico di medicina generale e del medico palliativista nella gestione dei pazienti terminali in cure palliative.

Le predette modalità organizzative potranno inoltre essere applicate anche per la gestione di altre patologie croniche.

Sempre riguardo all'assistenza ai malati terminali, l'attuale numero di posti letto in hospice va programmato in termini utili per garantire i bisogni della popolazione, temperando le necessità di centralizzazione con le esigenze dei pazienti e familiari di rimanere nei propri ambiti territoriali. Per questo può essere utile prospettare la funzione hospice su alcuni posti letto all'interno delle R.S.A.

Per quanto riguarda le *persone diversamente abili*, il primo intervento strategico da assicurare per attuare un'efficace politica di intervento sulla persona riguarda l'analisi e la valutazione multidisciplinare del bisogno manifestato.

Un contributo fortemente innovativo, apportato dalla riflessione internazionale in questo campo, si è concretizzato nella "Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF)". L'approccio, che è alla base dell'ICF, amplia grandemente il campo di azione degli interventi da porre in essere per una maggiore integrazione delle persone affette da disabilità, mettendo in risalto la responsabilità condivisa delle varie istituzioni (istruzione, sanità, lavoro, enti locali, ecc) per il miglior inserimento o reinserimento nel contesto familiare, lavorativo, relazionale e sociale di questi pazienti. Conseguente è la necessità (più volte ribadita in documenti del livello centrale e regionale) che i servizi e gli operatori si attivino per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità.

L'approccio da seguire per il paziente con disabilità è, quindi, il coordinamento delle attività multiprofessionali e multidisciplinari, che analizzi tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo per la successiva elaborazione di un programma individualizzato di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale, alla cui definizione partecipano attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia.

Nel progetto individuale i diversi interventi sono integrati e i diversi operatori riconoscono il loro apporto professionale, per quanto autonomo, facente parte di una strategia più ampia finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni.

Costituisce inoltre indirizzo del Piano la garanzia di un'offerta sanitaria adeguata, omogenea, di qualità sul territorio provinciale delle *strutture residenziali e semi-residenziali* nonché dell'*assistenza al domicilio*.

A tal fine, dovrà essere garantita la ridefinizione - sulla scorta di requisiti omogenei e di equità della rete dei posti letto disponibili - della rete delle strutture residenziali sanitarie, l'individuazione di criteri di compartecipazione alla spesa, ove prevista, da parte degli utenti che accedono alle strutture, lo sviluppo di strumenti di valutazione degli utenti e di gestione degli accessi nelle strutture, in analogia a quanto previsto per le R.S.A. con l'Unità di valutazione multidisciplinare.

Allo scopo va mantenuto il monitoraggio degli standard di prestazioni che costituiscono riferimento a livello nazionale per l'assistenza in parola, così da supportare le decisioni in merito alle aree da potenziare/qualificare.

Potenziamento delle funzioni dei consultori per il singolo, la coppia e la famiglia

L'emergere in maniera sempre più evidente di problematiche legate alla sfera relazionale del singolo, della coppia, della famiglia e degli adolescenti - che vanno ad incidere pesantemente sulla salute e sulla qualità della vita dei singoli e dello stesso nucleo familiare di riferimento - ne rende necessaria la presa in carico in un'ottica preventiva e di tempestivo contenimento del disagio, anche attraverso un'azione di tipo consulenziale al fine di scegliere tra vari approcci e percorsi quello più efficace ed appropriato.

In considerazione dell'importanza dei bisogni sopra evidenziati si ritiene indispensabile prevedere, tenuto conto di quanto già attuato sulla base degli obiettivi di programmazione sanitaria, l'ulteriore potenziamento, qualificazione e riorganizzazione di tale servizio.

Il potenziamento dei Consultori va anche visto nella prospettiva di ricondurre in un unico modello consultoriale l'insieme delle funzioni ed attività svolte da altri servizi o associazioni sanitarie e socio-assistenziali che operano nell'ambito della prevenzione e della consulenza.

In particolare il consultorio dovrà divenire anche punto di riferimento per gli adolescenti, per le donne con disagio psicologico o sociale e per le persone immigrate, anche con iniziative specifiche da parte dei singoli distretti in relazione a problematiche localmente emergenti mediante specifiche forme di intervento sul territorio.

Potenziamento dell'attività di prevenzione, di diagnosi e di cura a favore dei soggetti in età evolutiva con handicap psichico e disturbi mentali

L'attività di neuropsichiatria infantile deve essere assicurata sia per il livello essenziale di assistenza ospedaliero che per quello distrettuale. Va segnalato che un tale modello assistenziale possa evolvere in un nuovo assetto organizzativo che assuma una maggiore specializzazione verso i due livelli assistenziali finora assicurati, offrendo una risposta di tipo ospedaliero per tutto l'ambito provinciale ed una risposta di tipo territoriale, anch'essa d'ambito provinciale, con la classica articolazione distrettuale. Dovrà inoltre essere prevista la realizzazione di una struttura residenziale per disagio psichico adolescenziale, che possa anche costituire una modalità per garantire la continuità assistenziale nel momento del post ricovero ospedaliero in fase acuta.

Valorizzazione dell'assistenza psicologica

Per quanto concerne l'assistenza psicologica, va garantita attraverso una adeguata articolazione territoriale, la risposta ai bisogni di salute della popolazione di tutte le fasce di età sia nel rapporto diretto che nell'interfaccia con i servizi sociali, la scuola ed i servizi giudiziari.

Un aspetto che appare importante approfondire è quello relativo alle modalità organizzative per assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica degli utenti in relazione alla diffusione territoriale degli ambulatori. In tale contesto si dovranno definire le attività diagnostiche che necessitano di specifiche competenze, per le quali si ritiene appropriata la loro centralizzazione, e quelle di tipo diagnostico e terapeutico che dovranno essere assicurate in modo omogeneo in tutti gli ambulatori periferici, evitando sia la continua mobilitazione degli utenti che l'eccessivo turn over degli operatori, sulle varie sedi, in funzione della loro competenza specialistica.

Miglioramento della presa in carico e della continuità assistenziale a favore delle persone con problemi di tossicodipendenza

Nonostante l'esistenza di un assetto organizzativo diffuso e consolidato per quanto concerne il livello assistenziale a favore delle persone con problemi di tossicodipendenza, attuato tramite i Servizi per le Tossicodipendenze, si registra anche in Trentino l'avanzare di nuovi bisogni, anche di forte emergenza, che comportano diverse modalità organizzative e operative di risposta rispetto al passato. In primo luogo, la diffusione presso la popolazione di sostanze come la cocaina e le nuove droghe di sintesi impone l'utilizzo di nuovi strumenti di indagine, di conoscenza e valutativi, atti ad individuare i target di popolazione, poiché l'uso si connota, rispetto a quello delle droghe tradizionali, in modo sommerso e difficilmente riconoscibile. Dalla conoscenza dei dati del fenomeno è possibile poi porre in essere azioni per potenziare la prevenzione e per intercettare il bisogno.

Va inoltre data risposta efficace alla presenza delle situazioni di cronicità (i c. d. "vecchi cronici"), la cui situazione patologica si delinea molto spesso in termini di "doppia diagnosi". In questo caso, risulta necessario prevedere la collaborazione interdisciplinare tra i professionisti coinvolti (psichiatria, centri di alcolologia, ecc.), che attraverso i rispettivi Dipartimenti collaborino all'elaborazione di protocolli operativi e linee guida validati per il trattamento di questi casi.

Particolare attenzione va riservata a) alla verifica dei percorsi assistenziali degli utenti in applicazione dei predetti protocolli, per favorire l'utilizzo ottimale dei servizi e delle strutture esistenti sul territorio, b) all'aspetto relativo al reinserimento sociale a seguito delle esperienze residenziali presso le Strutture degli Enti ausiliari per le tossicodipendenze operanti in Trentino, c) alle condizioni per promuovere un contesto sociale/familiare più attivo e presente nelle fasi della prevenzione primaria.

L'integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali come obiettivo strategico fondamentale per la valorizzazione dell'assistenza territoriale

L'integrazione tra sanità ed assistenza è un processo a cui è affidata la finalità di rispondere efficacemente e adeguatamente ai bisogni di salute e di sostegno della popolazione, così come si vanno configurando nelle società odierne. Questo processo assume la persona nella sua identità individuale, quale punto di riferimento univoco, su cui far convergere i sistemi pubblici di protezione per l'area sanitaria e sociale, che spesso rispondono invece con interventi sempre più diversificati e specializzati quantitativamente e tipologicamente.

Il concetto di unità e centralità della persona, che viene posto nel Piano provinciale come il principio fondamentale di riferimento, diviene quindi anche una metodologia valida ed indispensabile nella pratica, al fine di disporre di un punto di riferimento oggettivo su cui far

convergere le risposte del sistema socio-sanitario in termini efficaci ed efficienti. Se questo richiama la necessità della collaborazione intersettoriale, fondamento del concetto di promozione della salute, è evidente che il settore socio-assistenziale rappresenta quello più direttamente collegato al concetto di salute così come sopra individuato, essendo un'importante componente coinvolta nelle patologie più diffuse ed in aumento nei contesti sociali avanzati, quelle che delineano dunque il quadro tendenziale caratteristico di queste situazioni. Inoltre, i servizi socio-assistenziali costituiscono l'anello di congiunzione, da una parte, con le risorse informali e del volontariato presenti sul territorio e, dall'altra -ove la situazione patologica lo richiede-, con l'intera gamma degli attori coinvolti nell'ambito dei più generali "servizi sociali" rivolti alla persona (casa, scuola, lavoro ecc.). Ma, pur esistendo già da tempo questa consapevolezza, così come i tentativi di intervento per favorire questa integrazione, i risultati attuali possono essere migliorati affrontando le difficoltà di interazione tra due sistemi, con storia, tradizioni, modalità comportamentali, organizzative e operative sostanzialmente diverse.

Le difficoltà di integrazione sono soprattutto di carattere strutturale e riguardano

- l'appartenenza a sistemi istituzionali e organizzativi diversi, con conseguente difficoltà di definizione dei riferimenti gerarchici di responsabilità e di coordinamento, così come di imputazione della spesa degli interventi, correlata anche alla diversità di impianto strutturale dei bilanci dei due settori
- la differenza di approccio ai problemi da parte dei due ambiti: il sistema sanitario risponde di norma con modelli standardizzati, mentre l'erogazione dei servizi sociali avviene secondo modalità più flessibili; la sanità inoltre risponde tradizionalmente in termini di "prestazioni", mentre l'assistenza si riferisce al "caso", ovvero alla persona

Esistono poi diversi contesti in cui può avvenire l'integrazione (es. aree tematiche o singole attività), diverse modalità (es. formale o informale, con confini sfumati) e diversi livelli di integrazione (es. istituzionale, gestionale, operativa), a loro volta divisi in varie fasi.

In ogni caso, è evidente che un buon livello di coordinamento formalizzato tra i vertici politici e tecnici costituisca una condizione necessaria per assicurare un'operatività integrata e una conseguente gestione complessiva e unitaria dei casi e dei problemi.

Esiste comunque la necessità di tener conto dei diversi livelli dell'integrazione, seguendo un percorso dall'alto al basso, ovvero partendo da appropriate soluzioni a livello istituzionale per poter poi arrivare al raccordo operativo: è infatti l'esistenza di presupposti formalizzati che sancisce preliminarmente l'orientamento e la competenza del servizio nel senso di fornire una risposta integrata.

Si individuano pertanto di seguito le modalità per perseguire l'integrazione ai diversi livelli.

Aspetto normativo, istituzionale e programmatico

A livello formale, nel quadro normativo vigente, l'integrazione socio-sanitaria può essere conseguita con diversi specifici strumenti amministrativi che supportano e sanciscono le intese fra Soggetti ed Enti competenti, in via diretta ed indiretta, ad intervenire sul tema in parola.

Fra gli strumenti più interessanti per stabilire intese formali su iniziative di integrazione vi sono le apposite direttive congiunte tra i due settori, approvate dalla Giunta provinciale su istruttoria estesa ai diversi interlocutori interessati, avendo preliminarmente configurato la natura e le tipologie delle prestazioni socio-sanitarie.

Di particolare efficacia sono inoltre gli Accordi di programma e i nuovi strumenti stabiliti dall'art. 8, commi 9 e 10 della L.p. n 9/06, in cui l'organo o gli organi politici di governo interessati

possono assicurare, sulla base del principio di unitarietà della persona e degli obiettivi socio-sanitari stabiliti, il coordinamento delle azioni dei settori interessati.

Un punto di forza dello strumento dell'Accordo di programma riguarda l'aspetto finanziario, poiché riesce a stabilire le quote di cofinanziamento degli interventi da attribuire ai diversi interlocutori, in misura proporzionale all'intensità di ciascuna componente nell'ambito di ogni tipologia di intervento.

In tal senso potrebbe essere costruito e preconcordato un documento che dia conto in termini effettivi e ove occorra anche solo in termini figurati dell'impegno anche finanziario profuso nelle diverse iniziative di integrazione socio-sanitaria. In proposito e per inciso la definizione del tariffario è una delle principali previsioni della normativa nazionale e degli atti ad essa riferiti a cui la Provincia Autonoma di Trento e l'Azienda provinciale per i servizi sanitari hanno fornito importanti contributi come realtà pilota al Programma di sperimentazione e ricerca ai sensi dell'articolo 12 D. Lgs. 502/92 e s.m..

Sempre per il perseguimento dell'integrazione politica strategica, all'art. 42 della L.p. n. 13/07 "Politiche sociali in provincia di Trento" viene individuata la Commissione per l'integrazione socio-sanitaria, quale organo consultivo della Giunta, in particolare per quanto riguarda l'individuazione dei criteri per il coordinamento e la reciproca integrazione degli strumenti programmatori in materia sociale e sanitaria.

Aspetti gestionali

Sulla base degli accordi e delle decisioni assunte in ordine al finanziamento, l'integrazione socio-sanitaria richiede una progettazione operativa coordinata fra i diversi interlocutori del settore sanitario ed assistenziale che concretizzi lo sviluppo coordinato delle azioni. A questo scopo può utilmente essere assunto lo strumento dei profili di salute a livello distrettuale, da cui discenderà successivamente la definizione dei Piani di salute locale. Nell'ambito di questi Piani verrà riservata una parte relativa all'integrazione, in accordo con quanto previsto in merito con i Piani di zona del settore socio-assistenziale.

In questo contesto dovrà essere prevista:

- l'individuazione analitica degli obiettivi comuni da raggiungere, sulla base degli indirizzi politici stabiliti
- la predisposizione di progetti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, con l'individuazione delle competenze di ciascun Ente; utile, a tale scopo, potrebbe essere il ricorso allo strumento della ricerca-azione secondo le esperienze già condotte in provincia a cui deve affiancarsi l'analisi dei profili di salute sopra ricordata;
- l'individuazione delle risorse (professionali, di beni e servizi, finanziarie, ecc.) che ciascun settore / Ente rendono disponibili per il raggiungimento degli obiettivi, comprese le risorse informali e del volontariato sociale;
- la definizione di protocolli operativi che consentano di verificare la sinergia delle azioni prodotte dai soggetti coinvolti.

I risultati dei processi di integrazione socio-sanitaria divengono quindi tangibili nelle fasi più strettamente operative o di realizzazione e vanno letti come erogazione contestuale sullo stesso soggetto di prestazioni che si compenetrano, per rispondere in termini complessivi ai bisogni espressi dal soggetto.

Per gli aspetti organizzativi, il ruolo del distretto sanitario deve essere sostenuto e sistematizzato valorizzando la sua predisposizione "naturale" allo sviluppo del cosiddetto "lavoro di rete", che chiama in causa anche le risorse non strutturali ed informali.

Aspetti operativi

Appare chiaro infatti che, più si scende in basso nella scala delineata, verso l'operatività concreta e più deve aumentare il grado e l'importanza dell'aspetto informale nel determinare l'integrazione. Questo aspetto è difficilmente incanalabile e controllabile, perché comprende come principale elemento il cosiddetto "fattore umano", riassumibile in questo caso nella propensione e nella volontà del singolo operatore di offrire un servizio integrato all'utente. A questo livello infatti, se l'integrazione funziona, l'utente non dovrebbe nemmeno percepire il lavoro connesso a questo aspetto, ma vedere solo il risultato in termini di risposta completa e unitaria al suo bisogno.

Sempre a questo livello l'integrazione deve avvenire sulla base di linee guida o percorsi assistenziali concordati (attualmente quelli esistenti riguardano quasi esclusivamente patologie fisiche) che, a seconda della tipologia di problematica da affrontare, potranno essere stabiliti a livello aziendale o distrettuale e dipartimentale, con la partecipazione degli organismi socio-assistenziale competenti, per le aree problematiche che necessitano di interventi integrati (minori, anziani, salute mentale, dipendenze, handicap, ecc.). Il Dipartimento in particolare può essere inteso come "luogo" privilegiato di raccordo tra la rappresentanza delle professionalità sanitarie e socio-sanitarie coinvolte nella gestione integrata e di elaborazione di modalità di intervento concordate e omogenee

Con questa premessa può risultare efficace, soprattutto nell'operatività concreta a livello di distretto, l'introduzione di meccanismi di azione sugli operatori per valorizzare e motivare la loro attività. Inoltre l'individuazione preliminare di obiettivi comuni può superare l'esistente organizzazione verticale formale, fondata sui singoli servizi, creandone una orizzontale che permette di costruire una rappresentazione condivisa del problema e delle possibilità di intervento, formalizzando procedure di lavoro e di coordinamento.

In quest'ottica è importante individuare il "responsabile di progetto", come riferimento funzionale, non gerarchico a cui compete la valutazione dell'andamento delle attività e di bilancio complessivo dell'intervento svolto.

Il progetto di intervento sulla persona presuppone inoltre l'adozione sistematica del metodo della "gestione del caso" attraverso il lavoro d'equipe, che implica - fatte salve le varie competenze e responsabilità operative della singola professionalità - verifiche di gruppo per valutare, anche in termini critici e correttivi formulati d'intesa, l'operatività complessiva e i suoi esiti. Condizione preliminare e facilitante lo sviluppo concreto di questa modalità dell'agire diviene la dotazione preliminare al servizio di un equipé multiprofessionale (ad es. modello Unità di valutazione multidisciplinare o modello Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia).

La presa in carico del caso che avviene all'interno di questa valutazione multidimensionale deve comprendere fasi formalizzate che permettano la definizione, attuazione, monitoraggio, verifica ed aggiornamento di un progetto su ogni singolo caso.

Va proseguita infine l'esperienza di promuovere, con riferimento a specifiche tematiche, iniziative di formazione del personale sanitario e di quello sociale in comune e, con riferimento a specifici servizi, di personale con professioni e con competenze differenziate (ad esempio medici, infermieri e assistenti sociali).

Terzo livello - Urgenza/emergenza

Gli obiettivi di miglioramento delle attività di urgenza-emergenza sanitaria territoriale – che in provincia di Trento sono articolate nel *sistema di allarme sanitario*, costituito da Trentino Emergenza 118 (Centrale operativa provinciale, servizio trasporto infermi ed elisoccorso) e nel

sistema accettazione ed emergenza (che assicura la funzione di pronto soccorso nelle sedi ospedaliere e nei punti di primo intervento territoriale) - devono essere espressi in termini di:

- *tempestività*, tenuto conto del livello di coordinamento organizzativo
- *risorse disponibili e loro collocazione* (iniziare il trattamento del paziente già sul luogo dell'intervento presuppone una dislocazione appropriata sul territorio delle sedi di soccorso);
- *appropriatezza e adeguatezza dell'intervento* (il personale di soccorso deve disporre di specifiche competenze in termini di qualifica professionale, esperienza e formazione).

E' inoltre necessario insistere sul piano strutturale ed organizzativo della rete dei servizi e sul terreno della formazione del personale assegnato a tali servizi.

In particolare, risulta strategico:

- continuare nei processi di diffusione, presso la popolazione generale e presso gruppi specifici, delle attività informative e formative utili per il corretto utilizzo del numero 118 e per l'acquisizione di conoscenze di base in materia di primo soccorso
- realizzare l'inserimento integrato del servizio di continuità assistenziale (guardia medica territoriale) all'interno del sistema Trentino Emergenza 118
- potenziare le strutture di Pronto soccorso degli ospedali di Distretto in termini di dotazione di personale qualificato e addestrato
- implementare nuove misure organizzative atte a ottimizzare i tempi di gestione del paziente in regime d'emergenza-urgenza (118 e Pronto soccorso), assumendo come obiettivo quello di garantire la presa in carico (accettazione e visita) del 90% dei pazienti entro 60 minuti dall'accesso in P.S. e la dimissione del 90% dei pazienti entro 150 minuti dall'accesso in Pronto soccorso. Questo obiettivo richiede interventi di sistema che consentono il governo della domanda e migliorano la gestione del servizio ottimizzando i rapporti tra ospedali e territorio: tra questi, particolare ruolo devono avere i processi tesi a formare ed informare la popolazione, a coinvolgere i professionisti che operano sul territorio (mmg, pediatri, specialisti), alla revisione delle procedure di triage (omogeneizzazione), alla individuazione strutturale e funzionale delle due aree di intervento (codice rosso/giallo e codice verde/bianco), alla condivisione dei percorsi di accesso alla diagnostica ed alla specialistica nel coinvolgimento della rete ospedaliera, alla ridefinizione di modalità di dimissione e trasferimento dal singolo Pronto soccorso.
- garantire la sostenibilità del servizio permanente con 2 eliambulanze
- definire ed implementare - in un quadro di coordinamento e supporto unitario assicurato dalla Centrale Operativa 118 - modelli organizzativi per realizzare, in tutto il territorio provinciale, la sanitarizzazione e la medicalizzazione avanzata dei soccorsi (ALS - advanced life support) assicurati dal Sistema di emergenza ed urgenza provinciale, in modo che il supporto avanzato dei pazienti critici sia garantito, oltre che dall'elisoccorso, anche con mezzo stradale (automedica/ambulanza) a partire dagli ospedali di riferimento e di distretto con l'impiego di personale operante nei Pronto Soccorso.

Terzo livello - Assistenza ospedaliera

A seguito dell'evoluzione culturale, organizzativa ed operativa delle modalità assistenziali - che tendono ad orientarsi, per conseguire maggiore efficacia ed efficienza, verso i servizi territoriali, lasciando all'ospedale il trattamento delle esigenze sanitarie di grado specialistico - uno dei problemi più rilevanti concerne il ripensamento del ruolo dell'ospedale e la razionalizzazione della funzione ospedaliera di cura e di riabilitazione all'interno del complesso dei servizi sanitari.

La trasformazione in atto porta l'ospedale a trasformarsi da grande ed indifferenziato luogo di degenza e di assistenza a struttura di dimensioni medio-piccole ad alto contenuto tecnologico e

scientifico in grado di erogare un consistente numero di prestazioni ad elevata complessità, differenziate e concentrate in periodi temporali molto limitati. Il baricentro dell'ospedale tende perciò a spostarsi progressivamente sulle attività di trattamento diurno (day hospital e day surgery) ed ambulatoriale, con una significativa attività di integrazione e comunicazione con il territorio, finalizzata a garantire la circolarità e la continuità terapeutica e ad integrarsi nel ciclo virtuoso "prevenzione - diagnosi - terapia - riabilitazione - prevenzione".

L'orientamento che è gradualmente emerso per rispondere in maniera appropriata a questa nuova configurazione del servizio ospedaliero, riguarda la creazione di una "rete" ospedaliera, nella quale siano presenti - in collegamento sinergico da realizzare attraverso la modalità organizzativa dipartimentale - i diversi livelli specialistici nei quali si articola il livello dell'assistenza ospedaliera, che a sua volta possa raccordarsi con i servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio. Si realizza in tal modo un organico sistema nel quale i bisogni sanitari del cittadino possono trovare adeguata risposta in percorsi personalizzati alle singole esigenze, superando la logica dell'intervento finalizzato alla risoluzione del singolo episodio clinico, a favore di un approccio integrato, finalizzato ad una gestione globale della salute del cittadino.

Più in dettaglio, "la funzione ospedaliera deve essere considerata come un sistema a rete integrato di attività, da realizzarsi con i singoli presidi pubblici e privati accreditati e a livelli crescenti di specializzazione e complessità e da coordinarsi sia strutturalmente che sotto il profilo della programmazione operativa, recuperando all'ospedale un crescente grado di flessibilità operativa e organizzativa e un più efficace raccordo con le altre attività sanitarie disponibili nel proprio territorio di riferimento".

Questa ridefinizione della funzione dell'assistenza ospedaliera e, quindi, dell'ospedale è ritenuta funzionale:

- a creare un Servizio sanitario provinciale improntato ad un maggior equilibrio e ad un più elevato livello di integrazione fra componente ospedaliera e componente distrettuale;
- a garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere clinicamente e appropriate, efficaci, sicure e di qualità, diffondendo a tutti i livelli del sistema l'applicazione di linee guida cliniche e percorsi assistenziali;
- a favorire lo sviluppo di una risposta ospedaliera che tenda all'eccellenza dal punto di vista:
 - professionale, attraverso l'attenzione e l'investimento sul reclutamento e sulla formazione e motivazione degli operatori;
 - organizzativo, tramite il monitoraggio continuo dell'efficienza dei processi;
 - strutturale, attraverso la riqualificazione degli stabilimenti ospedalieri;
- ad utilizzare nel modo più efficace e razionale possibile le risorse (umane, strutturali, tecnologiche e finanziarie) a disposizione attraverso l'individuazione e l'implementazione di modalità operative ed organizzative che da un lato garantiscano la fruibilità da parte dei cittadini di prestazioni sanitarie appropriate, efficaci, di qualità ed in condizioni di sicurezza e dall'altro consentano la modernizzazione del sistema ospedaliero e la liberazione di parte delle risorse attualmente impegnate in esso per realizzare il riorientamento dell'intero Servizio sanitario provinciale alla produzione di salute e non solo di prestazioni sanitarie.

Anche per il Servizio sanitario trentino, la messa in rete degli ospedali provinciali deve perciò divenire uno strumento fondamentale per rendere compatibile l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini equità di accesso a prestazioni e servizi sanitari efficaci e appropriati in un contesto di non illimitatezza delle risorse, sia umane che finanziarie: la creazione di una rete ospedaliera significa quindi riorganizzare anche tutte le risorse ospedaliere orientandole allo svolgimento di attività assistenziali utili al bacino di utenza servito in un'ottica che, favorendo le economie di scala,

garantisca l'appropriatezza delle cure ponendosi in una logica di interdipendenza con le strutture di riferimento di secondo livello.

Considerato il nuovo quadro di riferimento – demografico, epidemiologico, tecnico-sanitario, organizzativo ed economico – e avuto riguardo alla specifica organizzazione provinciale della funzione ospedaliera che si caratterizza per la presenza di 2 ospedali di secondo livello, di 5 ospedali di valle distribuiti sul territorio e di altre 7 strutture ospedaliere private autorizzate, provvisoriamente accreditate ed inserite nella programmazione sanitaria provinciale con ruolo di sussidiarietà - si è evidenziata come particolarmente problematica la configurazione di un rinnovato ruolo da assegnare a presidi ospedalieri di valle, tenuto conto dell'elevato valore di riferimento culturale, simbolico ed anche economico che essi rappresentano per le comunità di residenti nella zona in cui essi insistono, ma anche della necessità che essi rientrino nella prospettata azione di razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza ospedaliera volta al recupero di efficacia e di efficienza di questa funzione sanitaria.

In Trentino, la costruzione della rete ospedaliera - finalizzata a conferire efficacia, efficienza, appropriatezza, umanizzazione, integrazione e sicurezza all'intero sistema, in una logica che esclude forme strutturali ed organizzative ospedaliere basate su criteri di distinzione e gerarchia (secondo coefficienti di classificazione che assegnano maggiore o minore graduazione alla singola struttura) - deve contemplare, come passo preliminare, la definizione di ipotesi di caratterizzazione e di riqualificazione di questi presidi ospedalieri di valle al fine di una loro funzionale integrazione (che si esprime in termini non subordinati per le attività di primo livello ed in termini di sinergici per le attività di II e III livello) nell'ambito della rete complessiva dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio provinciale: questa necessità è evidenziata dalla considerazione che il moderno ospedale per acuti deve essere struttura ad alto contenuto tecnologico (équipe multidisciplinari di specialisti, information technology e decision support systems, tecnologia complessa e robotica, sistemi di sicurezza) nella quale i malati sono accolti per degenze sempre più brevi (crescita progressiva del regime diurno e della dimensione ambulatoriale) e dove si producono conoscenze scientifiche e modalità terapeutiche sempre migliori sulla base di attività di studio, formazione e ricerca.

Le principali conclusioni, rispetto alle recenti e specifiche analisi realizzate in ambito locale con riferimento all'assistenza ospedaliera ed alla relativa organizzazione, possono riassumersi nei seguenti punti:

- il livello di soddisfazione degli assistiti e dei parenti rispetto alle prestazioni sanitarie rese dagli ospedali di Valle (Distretto), è medio alto;
- potendo optare, rispetto all'urgenza del quadro clinico, gli assistiti segnalano la disponibilità a raggiungere gli ospedali di secondo livello (addirittura anche per prestazioni semplici);
- il grado di sopportazione di eventuali difficoltà all'accesso alle prestazioni è direttamente correlato al livello di qualità - reale o percepita - delle prestazioni;
- pur disponibili agli spostamenti dalla periferia verso il centro per prestazioni anche non complesse, non traspare la disponibilità ad accettare un ridimensionamento degli ospedali di valle (Distretto), che sembrano costituire comunque un riferimento di identificazione e di caratterizzazione storica e socio-economica del territorio.

Gli approfondimenti realizzati dimostrano peraltro il graduale emergere di un orientamento verso un sistema organico nel quale i bisogni sanitari del cittadino trovano adeguata risposta in percorsi personalizzati alle singole esigenze attraverso la creazione di una "rete di servizi". Infatti, se è certamente importante concentrare l'attenzione sugli ospedali per acuti - soprattutto per verificare se esistono le condizioni per trattare appropriatamente ed in condizioni di sicurezza le

emergenze-urgenze, le malattie acute, le riacutizzazioni delle malattie di lungo decorso, e per avviare processi riabilitativi postacuzie - va altresì opportunamente considerato che prima e dopo questi aspetti episodici esiste un continuum di esigenze che va affrontato con tutta una serie di servizi di altra natura, senza i quali i servizi ospedalieri - pur concentrando la più cospicua parte delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie - operano in condizioni distorte dal punto di vista funzionale, finanziario e di utilizzo delle risorse.

La problematica sopraccennata della sicurezza acquista particolare rilevanza, in riferimento alla tutela del cittadino, rispetto alla prevenzione, riduzione e controllo delle infezioni nosocomiali, cui si deve dare efficaci forme di risposta utilizzando gli strumenti innovativi previsti nel quadro evolutivo appena delineato.

Tenuto conto a) dell'aspettativa delle comunità locali in ordine al mantenimento della funzione ospedaliera a livello decentrato di cui s'è detto in precedenza, b) della necessità che la programmazione sanitaria sia centrata sulla popolazione nello spirito della devoluzione sanitaria e dei collegati principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza e c) della ricerca del maggior livello di integrazione possibile, sul piano organizzativo-professionale, nell'ottica di sviluppare processi operativi sinergici, tendenti a massimizzare l'efficacia sanitaria e l'efficienza economica, gli indirizzi che ne derivano - e che tengono conto del fatto che la Giunta provinciale ha avviato il progetto di costruzione del *Nuovo Ospedale del Trentino*, in sostituzione del presidio ospedaliero S. Chiara di Trento, le cui dotazioni tecnico-edilizie sono peraltro in fase di ristrutturazione nell'intento di adeguarle ai requisiti minimi e di qualità previsti dalla specifica normativa nazionale e provinciale - consentono di poter organizzare gli interventi di qualificazione dell'assistenza ospedaliera del Trentino, secondo le seguenti quattro linee strategiche.

A. L'autosufficienza territoriale

Va intesa come qualificazione e valorizzazione degli ospedali di valle, attraverso l'individuazione e il rafforzamento delle funzioni di base da assicurare al bacino di riferimento

Si prevede di puntare su 6 linee di intervento:

1. potenziamento delle attività di urgenza-emergenza

In particolare:

- il sistema dovrà garantire una tempestiva prima valutazione del bisogno sanitario e la scelta del luogo di cura più appropriato per il singolo caso;
- l'organizzazione delle sedi di pronto soccorso degli ospedali di valle dovrà prevedere la presenza di personale dedicato ed appositamente formato (in medicina di urgenza);
- il potenziamento del servizio dell'elisoccorso dovrà connotare e favorire i trasporti di soccorso sanitario verso gli ospedali di secondo livello per le situazioni cliniche di urgenza.

2. *sviluppo della funzione di diagnostica e di specialistica* a livello dei singoli presidi ospedalieri, anche attraverso il potenziamento delle tecnologie sanitarie, sotto il profilo sia quantitativo che qualitativo ed un loro utilizzo intensivo in una logica di rete, anche grazie al potenziamento delle reti di trasmissione telematica delle immagini e della possibilità offerta dalle tecnologie mobili.

3. "specializzazione" nel trattamento delle malattie cronico-degenerative

Le unità operative di medicina generale sono deputate al ricovero per malattie cronico-degenerative in fase di scompenso, di acuzie e, per i casi complessi, anche in fase di inquadramento iniziale (soprattutto per servire la popolazione anziana residente nella zona di riferimento).

Queste dovranno in particolare trattare le condizioni cliniche: scompenso cardiaco, episodi ischemici transitori, patologie tumorali anche in fase avanzata o terminale, broncopneumopatia cronica – ostruttiva, altre malattie degenerative.

Vanno altresì sviluppate in questi contesti le attività di riabilitazione per i casi cronici o acuti trattati presso il medesimo ospedale o presso altre sedi ospedaliere, anche attraverso l'individuazione delle modalità d'integrazione con le prestazioni del livello di assistenza distrettuale (ADI, medicina generale, hospice ...);

4. *organizzazione dell'attività di chirurgia generale (sia di urgenza che di elezione)* privilegiando, compatibilmente con le condizioni di salute del paziente e con la tipologia di intervento, il regime di day surgery.

Il potenziamento del ricovero diurno deve tener conto delle direttive provinciali in ordine agli assetti organizzativi ed all'appropriatezza delle prestazioni, evitando di erogare in regime diurno prestazioni fruibili in regime di assistenza specialistica ambulatoriale. Allo scopo vanno individuati strumenti e metodiche per il monitoraggio e la valutazione dell'attività eseguita.

5. sulla organizzazione delle prestazioni di *ortopedia e di traumatologia* presso gli ospedali di valle, secondo modalità flessibili, in ogni caso adatte a rispondere in maniera efficiente ai diversi carichi di lavoro legati a fattori stagionali;
6. sulla organizzazione della funzione di *ostetricia-ginecologia* presso gli ospedali di valle, secondo modalità adatte a rispondere in maniera efficiente a criteri di sicurezza e qualità delle prestazioni.

Anche in relazione allo sviluppo della rete degli ospedali del SSP seguente alla realizzazione del Nuovo Ospedale del Trentino, la configurazione standard degli ospedali di Distretto, viene così determinata:

- pronto soccorso con osservazione fino a 24 ore
- attività specialistica ambulatoriale
- servizi (anestesia, radiodiagnostica, erogazione di farmaci, analisi di laboratorio)
- medicina generale
- dialisi
- riabilitazione/lungodegenza
- chirurgia generale di elezione e di urgenza, rispetto a modalità organizzative che assicurino l'efficacia nell'uso delle risorse, l'appropriatezza clinica e la qualità delle prestazioni
- ortopedia-traumatologia - rispetto ad esigenze stagionali
- ostetricia - punti nascita secondo criteri di sicurezza e qualità delle prestazioni e secondo le esigenze territoriali.

B. La specializzazione

Va intesa come caratterizzazione del singolo ospedale di Distretto attraverso l'attivazione di una o più funzioni particolari da assicurare ad un bacino multizonale (provinciale).

Si tratta di erogare direttamente presso gli ospedali di Distretto prestazioni, rigorosamente di elezione, che devono presentare forme di specificità, che, rispetto ai fabbisogni documentati dagli studi di epidemiologia, presentano una numerosità di casistica tale da garantire il

mantenimento e lo sviluppo di buone competenze professionali e che possono richiedere un più alto grado di specializzazione dei professionisti sanitari.

Tali prestazioni dovranno connotarsi anche per il grado di innovazione sotto il profilo clinico-assistenziale ed organizzativo, rimanendo peraltro sempre compatibili con i vincoli strutturali, impiantistici e delle attrezzature dettati dalla situazione contingente e dai possibili scenari evolutivi. Inoltre, anche gli aspetti di economia sanitaria devono essere valutati nella individuazione delle prestazioni, in una analisi di efficacia rapportata ai costi dei servizi sanitari.

Le caratteristiche delle prestazioni, siano esse afferenti all'assistenza sanitaria ospedaliera nei diversi regimi di ricovero, siano esse afferenti all'assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica per immagini, possono necessitare di interventi formativi del personale.

A tali momenti formativi e/o di aggiornamento va riconosciuto un giusto grado di priorità nei programmi provinciali ed aziendali.

Tenuto conto che l'aspetto motivazionale dell'equipe del personale interessato al momento di caratterizzazione dell'ospedale di Distretto risulta una variabile fondamentale per la buona riuscita dei processi di qualificazione dell'assistenza, va stimolata e giustamente considerata la fase di iniziativa e proposta che proviene direttamente dagli stessi operatori.

Appare in tal senso necessario che venga dato anche giusto risalto alle proposte provenienti dalle varie parti istituzionali e sociali presenti sul territorio e che ogni decisione in merito alla promozione o meno delle medesime proposte avvenga nel rispetto delle predette considerazioni e dei criteri tecnici declinati e/o derivanti dal presente documento.

Infine, anche per meglio chiarire le attese ed i contorni del processo di caratterizzazione dell'ospedale di Distretto, si ritiene opportuna la formazione di una lista positiva di condizioni cliniche, di metodiche e di attività (anche eventualmente l'individuazione di specifici codici di diagnosi, interventi e procedure) che rispecchino le considerazioni sopra evidenziate.

In corrispondenza, appare utile l'individuazione di una lista di attività che, rispetto allo stato delle conoscenze, non superano il vaglio dei suddetti criteri. I medesimi elenchi vanno ovviamente aggiornati in relazione alle dinamiche ed all'evoluzione delle conoscenze al fine di mantenere il giusto grado di innovazione.

L'individuazione delle attività in grado di caratterizzare l'ospedale di valle, comporta l'avvio di un graduale processo di revisione delle prestazioni oggi assicurate negli ospedali del Servizio sanitario provinciale da concludersi nel medio periodo.

C. L'eccellenza

Va intesa come *valorizzazione del ruolo dell'ospedale di Trento e dell'ospedale di Rovereto, nella prospettiva del Nuovo ospedale del Trentino.*

In coerenza con quanto stabilito nello studio di fattibilità relativo alla costruzione del Nuovo ospedale del Trentino¹ e nell'intento di preordinare gradualmente lo scenario organizzativo-

¹ Il Nuovo Ospedale del Trentino si connota per essere un presidio:

- per acuti, dotato di degenze intensive in numero adeguato, supportato per la fase assistenziale post-acuzie (e per attività di 1° livello) da strutture ospedaliere di riabilitazione-lungodegenza (ospedale Villa Rosa) e strutture ospedaliere private accreditate;
- orientato ad una forte dotazione di servizi diagnostico-terapeutici e servizi ambulatoriali ed all'utilizzo ottimale di forme alternative di assistenza rispetto al ricovero ordinario (day hospital medico e chirurgico, dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, attività ambulatoriale);
- tecnologico ed informatizzato e in grado di garantire il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza ospedaliera, quale "perno centrale" e di eccellenza della rete ospedaliera provinciale;
- organizzato per un uso razionale delle risorse e per una riduzione dei costi di gestione;
- con adeguata flessibilità strutturale, che possa consentire riconversioni d'uso delle strutture per eventuali cambiamenti nel tempo delle esigenze di cura;

assistenziale che dovrà connotare l'assistenza ospedaliera di secondo livello del futuro, il ruolo degli ospedali di Trento e Rovereto va valorizzato prevedendo che entrambi, oltre alle attività di primo livello da assicurare agli assistiti residenti nel bacino di propria competenza:

- trattino i casi acuti, siano dotati di degenze intensive in numero adeguato e siano supportati, per la fase assistenziale post-acuzie, dalle strutture ospedaliere periferiche presso cui sia stata potenziata la funzione di riabilitazione-lungodegenza nonché dalle strutture ospedaliere private
- siano orientati ad una forte dotazione di servizi diagnostico-terapeutici e servizi ambulatoriali e si pongano in coerenza con le politiche di utilizzo ottimale delle forme alternative di assistenza rispetto al ricovero ordinario (ricovero diurno e attività ambulatoriale)
- siano dotati di adeguate tecnologie sanitarie e dispongano di efficienti sistemi informativi automatizzati
- dispongano di servizi-Unità operative in grado di fronteggiare le emergenze sanitarie più gravi
- prevedano spazi per le attività didattico-formative comuni per tutto il personale
- assicurino la continuità dell'assistenza in stretta collaborazione con le strutture distrettuali, anche attraverso l'uso delle dimissioni protette.

D. L'organizzazione

Va intesa come *costituzione del Servizio ospedaliero provinciale - Dipartimenti strutturali inter-ospedalieri*.

Nella prospettiva della costituzione di un unico servizio ospedaliero provinciale formato da tutti i presidi esistenti, coordinati in una stessa rete, vanno ricercate le condizioni necessarie per favorire una regia gestionale unitaria, che potrà consentire un organico sviluppo dell'offerta che viene mantenuta sul territorio, in modo differenziato per funzioni e servizi in relazione alla effettiva domanda e nel rispetto dei requisiti di appropriatezza di sicurezza e di efficacia richiesti.

In particolare, si dovrà puntare:

- a gestire in maniera coordinata l'attività di prevenzione;
- a concentrare le forze sull'organizzazione dell'assistenza primaria;
- a fondere in un unico servizio ospedaliero provinciale i diversi presidi ospedalieri.

Il Dipartimento strutturale inter-ospedaliero diviene lo strumento fondamentale per questo livello e si configura come struttura in grado di supportare l'attività delle diverse unità operative afferenti, qualificandosi come centro decisionale e di responsabilità (quest'ultima legata alla gestione del budget) con carattere di aggregazione permanente in grado di sgravare i professionisti sanitari di incombenze ed adempimenti amministrativo-gestionali.

Nella più recente normativa (cfr. Disegno di legge Turco su qualità e sicurezza del SSN – 2008, artt. 11 e 12), si afferma, tra l'altro che:

- l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.
- i dipartimenti delle attività ospedaliere sono di natura strutturale

-
- con adeguato comfort alberghiero e garante della possibilità di effettuazione della attività libero-professionale delle équipe mediche;
 - in possesso di servizi-reparti in grado di fronteggiare le emergenze sanitarie più gravi;
 - in cui siano individuati ampi spazi per le attività didattico-formative comuni per tutto il personale;
 - in cui siano individuati ampi spazi di supporto e di service sia per i parenti dei malati che per il personale accudiente;
 - nella cui area-territorio di insidenza siano individuati spazi di accoglienza per i cittadini e gli utenti in generale.

- è competenza delle regioni disciplinare le competenze dei Dipartimenti ospedalieri e le modalità di assegnazione e gestione delle risorse su base budgetaria
- la preposizione ai Dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità clinica, sia di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato
- ai responsabili di Dipartimento (ugualmente a quelli di distretto) sono attribuite responsabilità di indirizzo e valutazione delle attività clinico- assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini.

Il Dipartimento deve quindi inserirsi nella esistente struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria, operando, per i fini sopra definiti, una parziale "orizzontalizzazione" delle strutture interne aziendali.

Il Dipartimento interospedaliero costituisce dunque l'aggregazione di strutture complesse e semplici presenti negli ospedali del territorio provinciale e:

- implica il superamento funzionale del modello divisionale, introducendo una forma di aggregazione gerarchica orientata alla governance clinica del sistema di produzione delle cure e dell'assistenza;
- assume il ruolo di motore dei processi di qualificazione dell'uso appropriato delle risorse, da una parte attraverso l'ottimizzazione dei percorsi clinici secondo le indicazioni della migliore pratica clinica e della letteratura scientifica e, dall'altra, attraverso la messa a punto di modalità decisionali innovative sul piano della combinazione dei fattori produttivi;
- prevede la gestione integrata del personale assegnato, nell'ottica di valorizzare le professionalità presenti consentendo lo sviluppo di competenze personali anche attraverso lo scambio crociato dei professionisti nell'ambito di tutte le strutture dipartimentali;

In questo senso il Dipartimento interospedaliero può costituire la più convincente realizzazione della messa in rete delle strutture ospedaliere presenti nella realtà trentina.

Attraverso lo strumento della dipartimentalizzazione, saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- la valorizzazione del ruolo dell'*Ospedale S. Chiara quale ospedale di riferimento per tutto il Trentino* dovendo esso svolgere appieno il peculiare ruolo di alta specialità provinciale;
- la valorizzazione dell'*Ospedale di Rovereto quale ospedale di riferimento per il Trentino meridionale* e quale polo di integrazione delle funzioni di eccellenza del S. Chiara;
- la *valorizzazione degli ospedali di Distretto*, secondo il principio della preminenza delle ragioni della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni e della loro sicurezza.

2.2.3 Strategie per il miglioramento del sistema

L'ulteriore sviluppo del Servizio sanitario provinciale non può prescindere da una specifica attenzione verso quei *settori di supporto strategico* che hanno un ruolo indispensabile per consentire un efficace funzionamento del sistema e per migliorare e innovare i servizi forniti e che, per la loro caratteristica natura, necessitano di investimenti a medio lungo termine per produrre risultati significativi ed apprezzabili.

Uno specifico impegno va, quindi, riservato alla comunicazione per la salute, alla qualità e formazione delle risorse umane, alla ricerca, alla mobilità sanitaria, alla qualificazione delle strutture sanitarie, al sistema informativo e alla gestione del rischio.

La comunicazione per la salute

Correlata al miglioramento e all'“empowerment” del cittadino in tutti gli aspetti di rapporto con il sistema salute, la comunicazione riveste un ruolo strategico per i seguenti motivi:

- l'informazione è un diritto dei cittadini e un dovere per l'istituzione;
- l'accresciuta consapevolezza dei cittadini che richiedono una maggiore informazione e partecipazione nella gestione dei servizi;
- perché una chiara, corretta e completa informazione circa i servizi offerti, la loro dislocazione sul territorio e le condizioni di fruizione migliora l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni e contribuisce a garantire l'equità di accesso;
- perché una costante ed efficace comunicazione ai cittadini sui temi della salute favorisce pure il processo di autoresponsabilizzazione;
- perché un cittadino bene informato è consapevole non solo del proprio diritto alla salute, ma anche del proprio ruolo di soggetto attivo, che agisce per il proprio benessere fisico e psicologico, attraverso l'adozione responsabile di stili di vita sani e un'attenzione costante alla prevenzione.

L'attività nel campo dell'informazione per la salute dovrà pertanto ispirarsi ai seguenti indirizzi:

- promuovere stili di vita, atteggiamenti e comportamenti favorevoli alla salute;
- valorizzare e integrare nella comunicazione sociale il ruolo delle associazioni del volontariato così come la comunicazione interpersonale fra gli operatori sanitari e gli utenti del servizio, in quanto risorsa efficace anche là dove i mezzi della comunicazione non riescono ad arrivare;
- promuovere un efficace ed efficiente utilizzo dei servizi sanitari, informando circa la loro esistenza e localizzazione, le modalità e l'appropriatezza della fruizione.

La qualità e la formazione delle risorse umane

La logica dell'organizzazione “a rete” permette pure che la “qualità” del servizio sanitario sia anche funzione delle risorse umane e materiali che ne consentono il funzionamento e viceversa: i professionisti della salute sono infatti l'elemento fondante dell'intero Servizio sanitario.

La valorizzazione degli operatori sanitari e il loro coinvolgimento nelle scelte e nelle decisioni occupa uno spazio di assoluto rilievo. Dal punto di vista istituzionale dovranno perciò essere attuati più incisivamente i principi della riforma sanitaria previsti dal decreto 229/1999 che presiedono alla qualificazione pubblica dei servizi.

Sul diverso fronte del personale convenzionato, pur essendo gli spazi di intervento in sede locale limitati dalla disciplina pattizia nazionale, dovranno essere sviluppate accordi integrativi in modo coerente rispetto agli obiettivi della normativa e della programmazione provinciale, soprattutto per quanto concerne gli aspetti di sinergia tra i servizi territoriali e tra questi ultimi e quelli ospedalieri, oltre alla necessaria e maggiore integrazione con i servizi socioassistenziali.

In particolare, dovranno essere perseguiti:

per quanto concerne il personale dipendente:

- l'attuazione del principio della separazione dei poteri di gestione da quelli politici di indirizzo e della distinzione delle rispettive responsabilità;

- il consolidamento dell'esclusività del rapporto di lavoro;
- il coinvolgimento nel processo di integrazione tra le attività specialistiche ospedaliere e quelle territoriali;
- il coinvolgimento del personale nelle principali scelte strategico-gestionali verso un rinnovato clima positivo e di collaborazione fra tutte le componenti del sistema;

per quanto concerne il personale convenzionato:

- il rafforzamento del coinvolgimento degli operatori nella rete assistenziale, attraverso un maggiore raccordo con il Distretto sanitario, con gli ospedali e con i servizi socio-assistenziali;
- l'ottimizzazione dell'assistenza territoriale, potenziando l'aspetto della continuità dei servizi, favorendo innovazioni migliorative delle attuali tipologie di aggregazione e di lavoro in gruppo, conferendo alle stesse la flessibilità necessaria e sufficiente per il loro adattamento alle diverse realtà operative ed accentuando comunque la funzione di prima assistenza e di indirizzo della medicina di base rispetto a quella specialistica e verso il pronto soccorso;
- la possibilità di erogare direttamente le cure primarie nonché di farsi carico della cura delle cronicità, della prevenzione soprattutto oncologica e cardiovascolare e dell'educazione alla salute;
- la razionalizzazione e la semplificazione delle procedure di inserimento dei professionisti, con particolare riguardo: alla revisione dei criteri di copertura del territorio provinciale, sulla base dei quali vengono individuate le zone nelle quali è necessario disporre nuovi inserimenti; alla semplificazione delle procedure di approvazione e di gestione delle graduatorie, con prolungamento dei termini di validità delle stesse.

In merito alla formazione - per cui la Provincia è dotata dello specifico *Programma triennale della formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale* - lo sviluppo di obiettivi di salute presuppone pure un processo di crescita e di condivisione culturale che riguarda non solo gli operatori sanitari, ma l'intero sistema delle competenze e delle professionalità.

Appare perciò evidente come la formazione a tutti i livelli costituisca una leva essenziale a garanzia dello sviluppo di un processo di innovazione, orientato al perseguimento della salute come obiettivo finale in quanto bene condiviso e comune.

Anche in tale contesto è perciò necessario sviluppare in primo luogo la consapevolezza della centralità del cittadino.

Ne deriva la necessità di operare nel senso di:

- garantire un approccio multidimensionale, esteso alla sfera umana, ambientale e sociale, con percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali;
- sviluppare una cultura, nel contempo scientifica ed organizzativa, che, incentivi l'eccellenza negli specifici settori professionali e contribuisca a diffondere l'orientamento verso le esigenze dell'utenza e del servizio migliorandone le competenze manageriali e relazionali;
- sviluppare ulteriormente la competenza e la metodologia della prevenzione e delle cure basate su prove di efficacia;
- garantire la continuità del percorso formativo ai vari livelli di intervento (formazione per l'accesso - di base, formazione complementare, formazione specialistica e formazione continua), da realizzarsi tramite la convergenza delle azioni formative e la valorizzazione delle sinergie possibili;

- promuovere e sviluppare azioni di cultura sanitaria diffusa per far crescere la rete delle relazioni tra le persone - cittadini, l'organizzazione e gli operatori sanitari, rafforzando in particolare, l'aspetto vocazionale del lavoro in sanità
- favorire attività di formazione per gli studenti laureandi presso le strutture del SSP tramite opportuni accordi con le università di medicina interessate.

Poiché la formazione di base professionalizzante è finalizzata a garantire le risorse umane e professionali necessarie all'efficace funzionamento del sistema sanitario, sarà dunque necessario provvedere anche a definire prioritariamente un modello specifico di programmazione del fabbisogno del personale sanitario tenuto conto dell'esigenza di disporre di strumenti di analisi e di interpretazione dei diversi aspetti collegati al reclutamento e allo sviluppo di carriera dello stesso personale.

Lo stesso obiettivo delle lauree specialistiche per le professioni sanitarie dovrà essere sostenuto da una definizione dei possibili scenari organizzativi in modo tale che anche la realtà provinciale possa assumere sempre più valore e partecipazione attiva nella formazione universitaria, attraverso un maggior decentramento dell'insegnamento per le lauree brevi e l'utilizzo degli specializzandi all'interno del Servizio sanitario provinciale.

Inoltre, poiché le Università dovranno sempre più confrontarsi con il sistema sanitario rispetto alle competenze emergenti e necessarie per sostenere i nuovi scenari organizzativi, si dovrà rafforzare il dialogo con queste istituzioni, anche attraverso accordi interregionali.

Sempre con la finalità di favorire un'efficace convergenza verso le esigenze dell'utenza, si dovrà contenere l'istituzione di nuove figure professionali per evitare eccessive frammentazioni delle competenze privilegiando la formazione complementare degli attuali professionisti della salute.

Anche la formazione continua dovrà essere strutturata come una rete di opportunità di apprendimento che ha i propri nodi in progetti sul posto di lavoro (formazione sul campo) e in progetti di e-learning (FAD). Dovrà in particolare essere definito un sistema informativo, *on-line*, di Educazione Continua in Medicina (ECM) supporto delle attività di programmazione e di monitoraggio.

2.2.3 Strategie per il miglioramento del sistema, si dovrà provvedere anche a potenziare le attività proprie della "Accademia per Formatori e Tutori del settore sanitario" (AFeT) quale forma di priorità per la formazione di base e la formazione continua in provincia di Trento.

La ricerca

Un moderno Servizio sanitario, nel perseguire l'obiettivo di produrre il maggior livello di salute possibile a beneficio dei singoli e della comunità, deve essere sempre più in grado - attraverso strumenti diversi - di utilizzare in modo efficace ed efficiente le risorse assegnate.

In questo contesto, strumento di grande importanza è la ricerca che, per essere efficace e produttiva - ossia in grado di tradurre rapidamente i risultati in azioni migliorative per le attività di prevenzione, cura e riabilitazione collegando maggiormente ciò che si conosce con ciò che effettivamente deve essere fatto - deve operare trasversalmente attraverso il coinvolgimento del maggior numero possibile di servizi e professionisti, nella logica di migliorarne e diffonderne le competenze. Va peraltro considerato che l'adeguata sorveglianza dell'andamento delle disuguaglianze nella salute, anche a seguito della continua evoluzione della medicina e della scienza, e la particolare attenzione rivolta a gruppi di popolazione che - perché dispendiosi sotto il profilo delle risorse impiegate rispetto ai risultati raggiungibili (avanzamento dell'età, cronicità), perché impegnative sotto il profilo della risposta clinica ed assistenziale o perché vulnerabili sotto

il profilo del rispetto dei diritti individuali – verranno a costituire le sfide più importanti per un sistema sanitario pubblico articolato, complesso e sempre più alle prese con il tema dell’allocazione delle risorse dedicate.

La ricerca scientifica diretta a sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica – definita ricerca corrente - è l’attività, cui sono deputati gli Enti riconosciuti quali istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS). Tale ricerca - con riferimento agli indirizzi del programma nazionale di ricerca sanitaria di cui al Dlgs 229/1999, art. 12/bis, comma 5 - è attuata attraverso la programmazione triennale dei progetti istituzionali dei medesimi enti ed i relativi finanziamenti hanno cadenza annuale e sono erogati a favore dei soggetti istituzionali pubblici e privati la cui attività di ricerca è stata riconosciuta dallo Stato come orientata al perseguimento di fini pubblici.

La ricerca sanitaria finalizzata attua – ai sensi del Dlgs. 502/1922 articolo 12 e successive modifiche - gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca finalizzata sono approvati dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Università e della Ricerca, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

Le attività di ricerca finalizzata sono svolte dalle Regioni, dall’Istituto Superiore di Sanità, dall’Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro, dall’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, pubblici e privati, e dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

Alla realizzazione dei progetti possono concorrere - sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni - le Università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche ed altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.

Il Ministero della Salute, nell’esercizio della funzione di vigilanza sullo sviluppo dei progetti di ricerca e sul conseguimento dei risultati previsti, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria.

La ricerca organizzativa gestionale - concernente ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie - svolta prevalentemente dalle Regioni è stata compresa, a decorrere dall’anno 2000, nella ricerca sanitaria finalizzata e, pertanto, una quota pari all’1% del Fondo Sanitario Nazionale è oggi complessivamente utilizzata, oltre che per il finanziamento di attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dai destinatari istituzionali, anche per finanziare iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali d’interesse e rilievo interregionale o nazionale relative agli aspetti organizzativi del Servizio sanitario nazionale.

Nel quadro generale descritto, la ricerca costituisce, negli obiettivi del Piano, precipuo campo d’approfondimento e di interesse come attività finalizzata a consentire alla Provincia, all’azienda sanitaria e, più in generale, ai soggetti deputati ed agli operatori sanitari di confrontarsi con altre realtà sanitarie di alto livello per superare l’autoreferenzialità del sistema sanitario provinciale e per inserirsi nei processi innovativi e nelle nuove frontiere della prevenzione, della diagnostica, della terapia e della riabilitazione.

In questo contesto, potranno essere promosse e incentivate le proposte di studi e ricerche nel settore delle Medicine non Convenzionali (in sigla MnC), tenendo conto della risoluzione 29 maggio 1997 del Parlamento Europeo, della risoluzione 4 novembre 1999, n. 1206 del Consiglio d’Europa e del documento approvato il 22 febbraio 2007 dal Consiglio nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, che ribadisce il documento di Terni del 2002 e definisce i requisiti indispensabili per la pubblicità dell’informazione sanitaria relativa all’esercizio professionale non convenzionale, al fine di acquisire dati certi sulle diverse tipologie di “medicine

alternative” affinché sia possibile fornire la più corretta ed appropriata informazione sia ai potenziali utilizzatori che al personale sanitario coinvolto (medici di medicina generale, pediatri, medicina riabilitativa, farmacisti, ecc).

Merita particolare menzione l'importante ed oneroso impegno assunto dalla Provincia in merito alla ricerca nel campo della protonterapia, che ha visto la costituzione - ai sensi dell'articolo 22 della legge provinciale 1° agosto 2003, n. 5, e del relativo Regolamento di attuazione approvato con decreto del Presidente della Provincia 16 settembre 2003, n. 26-147/Leg. - di un'apposita Agenzia provinciale per la protonterapia (AtreP) quale strumento organizzativo per la progettazione, la realizzazione e l'attivazione di un centro di protonterapia medica nella provincia di Trento.

Vanno ancora segnalate, in ragione della loro rilevanza, le seguenti iniziative:

⇒ il percorso intrapreso dall'Università degli Studi di Trento e da altre istituzioni pubbliche e private locali per sviluppare attività didattiche e di ricerca su temi di interesse biomedico che hanno la necessità di attivare gli opportuni collegamenti con il Servizio sanitario del Trentino onde favorire l'interscambio delle esperienze che potranno produrre risultati in grado di migliorare le attività locali di assistenza sanitaria: in questo ambito, particolarmente rilevante risulta la ricerca nel campo delle neuroscienze cognitive con la costituzione del CIMeC (Centro Interdipartimentale Mente Cervello) finalizzato a sviluppare l'imaging molecolare e funzionale (Laboratorio di Neuroimmagine Funzionale orientato alla riabilitazione neurocognitiva) per affinare e migliorare le capacità diagnostiche di alcune patologie gravi e invalidanti sempre più diffuse fra la popolazione, la ricerca nel campo dei dispositivi protesici ad alta tecnologia e nel campo della medicina rigenerativa e dell'ingegneria dei tessuti;

⇒ l'attività di Health Technology Assessment, area nella quale, da qualche anno, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari sta proficuamente operando.

Per adempiere ad un ruolo di promozione, sostegno e coordinamento strategico, la Giunta provinciale ha definito una strategia complessiva per lo sviluppo della ricerca sanitaria finalizzata in provincia di Trento approvando – con la deliberazione n. 434 di data 13 marzo 2006 - uno specifico “Atto di indirizzo per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata in provincia di Trento”, il quale dispone la:

- la costituzione, presso l'Assessorato alle Politiche per la salute, per la durata della legislatura, di un Comitato scientifico con il compito di predisporre la proposta del programma di ricerca sanitaria finalizzata da proporre alla Giunta provinciale per la sua approvazione e per il relativo finanziamento a carico del Fondo Sanitario Provinciale nonché di definire annualmente il bando per la ricerca sanitaria finalizzata e di fare la valutazione finale dei progetti finanziati in termini di impatto sulla realtà sanitaria locale;
- la costituzione, presso l'Assessorato alle Politiche per la salute, per la durata della legislatura, di una Commissione per la valutazione dei progetti di ricerca sanitaria finalizzata presentati a seguito dell'emissione del predetto bando;
- l'attribuzione all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di specifiche competenze in materia di ricerca sanitaria finalizzata, da esplicare anche attraverso l'attivazione di uno specifico nucleo - composto da personale in possesso di documentate competenze in materia di metodologia della ricerca e ricerca epidemiologica – con il compito di supportare i dipendenti dall'Azienda stessa nell'attività di ricerca;
- l'attribuzione alla Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di specifiche competenze in materia di ricerca sanitaria finalizzata in grado di supportare, nell'attività di ricerca, i medici di medicina generale, i medici coordinatori delle RSA ed i pediatri di libera scelta che operano sul territorio della provincia di Trento.

Particolare attenzione deve ulteriormente essere riservata alla ricerca sul campo con ricadute immediate sul sistema d'erogazione delle attività e delle prestazioni sanitarie in ambito locale.

La mobilità sanitaria interregionale

La mobilità sanitaria è un fenomeno che, anche a livello provinciale, ha assunto negli anni un significativo rilievo. Esso è determinato da molteplici cause che coinvolgono aspetti riguardanti sia il lato della domanda sia quello dell'offerta delle prestazioni sanitarie.

Conoscere e valutare l'entità e la direzione dei flussi di mobilità sanitaria diventa pertanto prioritario al fine di:

- qualificare il livello delle prestazioni garantite dal Servizio sanitario provinciale là dove esse siano considerate carenti
- contenere le prestazioni di mobilità passiva e le spese all'interno delle risorse finanziarie disponibili.

La mobilità sanitaria passiva infatti, se non necessitata dal ricorso a prestazioni specifiche non disponibili sul territorio provinciale, rischia non solo di produrre rilevante deficit finanziario, ma accredita un'immagine di un Servizio sanitario provinciale inefficiente e foriero anche di demotivazione professionale fra gli stessi operatori sanitari.

È perciò necessario individuare soluzioni finalizzate a governare tale istituto con scelte strategiche che si connotino come "leve" di contenimento per la loro eccellenza qualitativa e specialistica.

Per tali ragioni, oltre ad individuare forme di collaborazione bilaterale con i servizi sanitari regionali confinanti - volti a valorizzare le opportunità connesse alla realizzazione di un sistema funzionalmente integrato dei rispettivi servizi sanitari individuando livelli assistenziali comuni, stabilendo tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate, condividendo programmi di monitoraggio e controllo della attività effettuata - appare necessario operare affinché talune prestazioni siano organicamente e qualitativamente rese già sul territorio provinciale.

La qualificazione delle strutture sanitarie

Le strutture e il complesso delle tecnologie destinate ai servizi sanitari costituiscono, assieme alla qualità del personale, l'altra componente delle risorse necessarie per il funzionamento del servizio sanitario. La messa a disposizione delle risorse materiali deve perciò essere ancora guidata da criteri di conformità a standard di sicurezza e qualità corrispondenti al grado di evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle capacità tecniche, ma, in primo luogo, da criteri di pertinenza riferiti ai bisogni reali di salute della popolazione.

In tale ambito, come è noto, le modificazioni introdotte dal decreto legislativo 229/1999 come recepite dalla specifica normativa provinciale hanno sviluppato e sistematizzato la materia dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale in una articolata sequenza di istituti strettamente collegati che:

- si avvia con l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio
- continua con l'accreditamento e con gli accordi contrattuali
- si conclude con l'esercizio delle attività di controllo.

L'autorizzazione rappresenta la soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale non è consentito esercitare attività sanitarie, mentre l'accreditamento costituisce un livello superiore di

impegno richiesto affinché il cittadino possa avere la garanzia che il soggetto erogatore presenta i livelli qualitativi richiesti dal Servizio sanitario provinciale.

La Provincia ha già approvato, come accennato, negli scorsi anni, le norme di legge relative all'autorizzazione ed all'accreditamento. Conclusa la fase che ha condotto alla adozione degli atti regolamentari e amministrativi necessari a dare avvio al processo di autorizzazione, si rende ora possibile avviare anche il processo di accreditamento delle strutture sanitarie che intendono operare per conto del Servizio sanitario provinciale, processo che, raccordandosi con quello di autorizzazione già attivato, sia finalizzato a:

- promuovere il miglioramento continuo dell'assistenza verso standard di qualità sempre più elevati;
- garantire la funzionalità dell'attività svolta dalle singole organizzazioni sanitarie rispetto alle esigenze del Servizio sanitario provinciale;
- orientare le strutture sanitarie verso l'adozione di sistemi integrati di gestione per governare le componenti fondamentali della qualità, con particolare attenzione ai principi di accessibilità, di appropriatezza, continuità, efficacia, sicurezza, soddisfazione;
- accompagnare le strutture e le organizzazioni del Servizio sanitario in un percorso graduale e progressivo di adeguamento e miglioramento, con periodica revisione dei requisiti sia di autorizzazione che di accreditamento.

In sintesi, con il prospettato avvio della fase dell'accreditamento in base ai recenti atti adottati dalla Giunta provinciale concernenti i criteri ulteriori e qualificanti i servizi e le strutture sanitarie, si realizzerà l'intento di costruire uno strumento dinamico e pienamente utilizzabile nell'ambito delle esigenze programmatiche, amministrative e gestionali, che, unito alle altre iniziative sopra descritte, può condurre al miglioramento della qualità del Servizio sanitario, in risposta alle aspettative degli utenti e degli operatori.

Coerentemente, anche i contenuti della programmazione degli interventi di edilizia sanitaria dovranno sostenere i processi di ammodernamento delle strutture ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario provinciale.

Tra le opere già in corso, si segnalano:

- i lavori di ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale S. Chiara
- i lavori di ampliamento e ristrutturazione presso tutti gli altri ospedali pubblici del Servizio sanitario provinciale, in particolare il completamento dei lavori dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto
- il progetto Nuovo Ospedale del Trentino, previsto nel medio periodo per adeguare il sistema ospedaliero trentino sulla base dell'evoluzione della domanda di salute espressa dalla popolazione e dello sviluppo dei moderni sistemi di offerta ospedaliera
- l'elaborazione, in stretto raccordo con la programmazione sanitaria, del nuovo Piano degli interventi sulle RSA ed individuazione delle opere da realizzare, fondato sull'analisi dell'evoluzione del fenomeno della non autosufficienza in Trentino così da ricondurre le scelte di sviluppo ad un ambito tanto più razionale, quanto più scevro dalla pressione derivante dal dover affrontare condizioni di emergenza
- le iniziative di adeguamento delle strutture a supporto della formazione dei professionisti in sanità.

Per quanto concerne le dotazioni strutturali e tecnologiche, dovranno essere migliorate anche le azioni volte al potenziamento tecnologico delle strutture ospedaliere, secondo una programmazione compatibile coi costi e con le problematiche di training del personale medico.

Si dovrà perciò provvedere a dotare il Servizio sanitario provinciale di strutture, tecnologie ed impianti idonei - previa valutazione di Technology Assessment - a supportare strumentalmente le linee strategiche di sviluppo del Servizio sanitario trentino. A titolo esemplificativo, l'intervento costituito dal sistema PACS - quale insieme di tecnologie hardware e software che consente una gestione interamente digitalizzata delle immagini prodotte in ambito clinico (radiologia, cardiologia, endoscopia, anatomia patologica, ecc.) rendendo possibile acquisire, elaborare, archiviare, richiamare da archivio, visualizzare e trasmettere immagini digitali assunte in forma diretta o indiretta, con possibilità di valutazione e refertazione anche a distanza delle stesse attraverso work-station dedicate - rappresenta un'iniziativa importante per sostenere l'evoluzione organizzativa del sistema, anche nella logica della rete dei servizi nonché la realizzazione della "case della salute" a presidio del territorio.

Un altro settore fondamentale dove indirizzare le risorse per il potenziamento tecnologico è quello dei servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico, settore attualmente in una fase di sviluppo.

Il Sistema informativo sanitario.

È in avanzata fase di realizzazione il progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale che persegue l'obiettivo primario di mettere a disposizione informazioni che per quantità, qualità e tempestività possano supportare adeguatamente le Regioni nell'esercizio delle funzioni loro assegnate.

In questo ambito anche la Provincia autonoma di Trento, per la parte che riguarda il Servizio sanitario provinciale, ha investito risorse nel proprio Sistema Informativo Sanitario, che è stato oggetto di importanti sviluppi ed implementazioni, coerentemente con i principi condivisi a livello nazionale.

E' stato in particolare valorizzato il momento dell'integrazione e coesione, ponendo l'enfasi sull'orientamento al cittadino/utente, attraverso la progressiva integrazione di informazioni sanitarie individuali.

La crescente complessità dell'articolazione della rete degli operatori e dei servizi sanitari, corrisponde ad un crescente fabbisogno informativo da parte del Servizio sanitario provinciale, ai fini di un'adeguata programmazione degli interventi sul territorio, nell'obiettivo di fornire migliori servizi ai cittadini. Un adeguato utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione è quindi riconosciuto quale "*chiave di volta*" per garantire sia un'offerta di servizi migliori per cittadini e operatori, sia l'efficiente intercomunicazione dei diversi soggetti ed organismi sul territorio, concorrendo alla realizzazione della messa in rete di servizi e strutture del Servizio sanitario provinciale.

In questa logica negli ultimi anni la Giunta Provinciale ha dato precisi indirizzi all'Azienda provinciale per i servizi sanitari allo scopo di realizzare diversi importanti progetti - Sistema informativo ospedaliero, Sistema informativo direzionale, Sistema informativo territoriale, progetto AMPERE per l'interconnessione telematica dei medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta - che costituiscono tasselli fondamentali del complessivo Sistema Informativo Sanitario Provinciale.

Allo stesso tempo la Giunta ha chiesto all'Azienda sanitaria di sviluppare il Sistema Informativo Aziendale nell'intento non solo di gestire al meglio i propri processi interni, ma anche di contribuire ad alimentare il patrimonio di informazioni necessarie al governo complessivo del Servizio sanitario provinciale.

Oggi queste iniziative possono ulteriormente perfezionarsi in forza dei progressi dell'Information & Communication Technology e della digitalizzazione delle informazioni sanitarie in generale, tenendo necessariamente conto delle direttive e dei suggerimenti internazionali sull'argomento.

Ormai è parere condiviso che uno degli obiettivi strategici prioritari dei servizi sanitari è quello di costruire ed implementare una cartella clinica elettronica - Electronic Health Record (EHR) - che registri gli eventi sanitari significativi nella vita dell'individuo e sia accessibile da qualsiasi punto del sistema, con le dovute garanzie di sicurezza e tutela della privacy.

Va tenuto presente che le potenzialità del sistema vanno continuamente ricercate ed utilizzate in stretta correlazione con lo sviluppo delle tecnologie sanitarie per le quali, in termini sovrapponibili, vanno sviluppate le specifiche procedure di assessment.

La gestione del rischio clinico ("risk managment")

In occasione dell'erogazione degli interventi diagnostici, curativi e riabilitativi posti in essere dalle strutture dell'offerta del Servizio sanitari provinciale, deve essere necessariamente considerata la possibilità del verificarsi di eventi in grado di interferire sul risultato previsto, fino a comprometterlo.

Talvolta detti eventi aggiungono nuovi e più complessi problemi di salute, rispetto a quelli esistenti nel quadro patologico del paziente e oggetto dell'intervento originario.

Esistono infatti margini e tipologie di rischio correlate all'intervento sanitario, che variano per tipo di paziente, di servizio, di specialità, nonché per componenti e frequenza. Alcuni di essi, poi, sono intrinseci e connaturati all'organizzazione aziendale, altri legati alla voluminosità e numerosità degli interventi, altri alla natura ed alle varianti di determinate patologie.

Per determinare e mantenere sotto controllo l'insieme degli elementi che compongono il fattore "rischio clinico" è imprescindibile porre in essere efficaci e completi meccanismi di prevenzione. A tal fine, tenuto conto dei contributi che derivano da consolidati modelli sviluppati ed applicati a livello internazionale, risulta necessario adottare, a livello aziendale, modalità organizzative idonee diffondere regole e conoscenze di promozione della sicurezza dei sistemi assistenziali.

All'interno di questi sistemi dovrà pertanto essere curata a) l'elaborazione di linee guida per la rilevazione dell'errore, b) la modalità formativa di diffusione della cultura della prevenzione dell'errore, c) l'implementazione del sistema informativo e di monitoraggio sugli eventi avversi e/o evitati, d) la definizione di misure organizzative e tecnologiche per la riduzione degli errori evitabili, e) la sperimentazione di modelli innovativi per migliorare la sicurezza del paziente.

Base indispensabile per affrontare la gestione del rischio clinico risulta la sempre maggiore diffusione del "governo clinico", ossia dell'insieme degli strumenti organizzativi di valorizzazione dell'espressione dell'eccellenza professionale, attraverso i quali si favorisce l'assunzione della diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ed il mantenimento di elevati livelli di servizio.

2.3 Obiettivi

2.3.1 Obiettivi prioritari

Nell'ottica dell'obiettivo del miglioramento dei servizi e dell'assistenza del Servizio sanitario provinciale, il Piano provinciale per la salute dei cittadini, attraverso l'analisi dei bisogni, individua i dieci obiettivi prioritari di salute in provincia di Trento che, nella fase attuativa, potranno essere tradotti in progetti. Tali obiettivi vengono qui di seguito esplicitati.

1. Garanzia di centralità per il cittadino

Mettere al centro il cittadino significa che ogni scelta ed ogni azione compiuta a qualsiasi livello del sistema sanitario deve essere orientata ad assicurare la piena esplicazione del rispetto della persona bisognosa, della sua identità e dignità, della valutazione della persona in termini globali ed attenti alla complessità dei suoi bisogni e della qualità totale del trattamento (informazione, accoglienza, accessibilità, risposta, efficacia, tempestività, comfort, relazioni interpersonali).

Nel contesto trentino il margine di insoddisfazione dei cittadini, da quanto emerge dall'analisi annuale dei reclami e delle segnalazioni da parte dell'Azienda sanitaria, si indirizza a vari aspetti del sistema: da quelli strettamente legati al tempo (tempestività, puntualità, ecc), all'inefficacia e all'insufficienza della risposta fornita, alla scarsa considerazione e tutela dei diritti e del rispetto della persona ammalata (compreso l'ambito relazionale in senso lato e quello dell'accoglienza), fino alle inefficienze e agli appesantimenti di carattere burocratico-organizzativo.

Da altri riscontri non formali, ricavabili ad esempio dalla stampa, si rilevano altri aspetti di criticità, da ritenere di significativo impatto e "peso specifico" rispetto alla questione della centralità del cittadino, che riguardano il rapporto con il medico di medicina generale, il momento del ricovero ospedaliero o del ricorso allo specialista ambulatoriale (es. la mancanza di figure di riferimento costanti; la gestione programmata della dimissione), l'assistenza territoriale (presenza non continuativa nel tempo dei servizi), l'assistenza farmaceutica (specificità degli effetti collaterali; cure alternative), ecc.

Sulla base dell'analisi effettuata, l'obiettivo intende proporre, rispetto alla realtà esistente, elementi di novità, di impatto e di visibilità per rendere tangibile e concreta la centralità del cittadino nel sistema della salute.

A tal fine, si intende procedere considerando le azioni che rispondono alle esigenze espresse dai cittadini che, quindi, comportano l'immediata consapevolezza ed evidenza dei vantaggi introdotti. E' decisivo pertanto riferirsi non solo alla qualità oggettiva ma anche alla qualità percepita così da perseguire la soddisfazione e il benessere richiesto dal cittadino anche se dipendente solo dalle proprie sensazioni e non da altri tipi di riscontro.

In tal senso con ricerca di soluzioni fattibili, semplici e attuabili nel breve periodo. Per gli interventi più rilevanti che comportano mutamento dell'organizzazione esistente, è comunque ipotizzabile l'avvio di una fase sperimentale.

Dal punto di vista metodologico, sono state sviluppate le linee di indirizzo da cui derivare i progetti strategici, singoli ed integrati riguardanti i seguenti cinque temi: a) presa in carico del cittadino utente e continuità assistenziale; b) coinvolgimento del cittadino nelle decisioni e nel processo terapeutico; c) informazione, semplificazione e facilitazione all'accesso e alla fruizione

dei servizi sanitari; d) efficacia delle cure: qualità, personalizzazione, tempestività; e) l'umanizzazione del rapporto e dell'intervento sanitario.

Nell'ordine:

a) Presa in carico del cittadino utente e continuità assistenziale

Si deve giungere ad assicurare la presa in carico complessiva del cittadino che manifesta un problema di salute da parte del sistema, orientando verso la persona stessa l'integrazione dei processi assistenziali ed amministrativi e superando l'approccio per il quale la risposta viene fornita a pezzettini, la cui ricomposizione è affidata allo sforzo del cittadino.

Per la presa in carico complessiva e continuativa del cittadino utente, si dovrà far assumere al medico di medicina generale, che rappresenta il primo contatto del cittadino con il sistema della salute, il ruolo di primo "organizzatore" del percorso sanitario per il cittadino; l'assunzione di tale ruolo presuppone la conoscenza approfondita del sistema, delle modalità di contatto con i vari punti dello stesso, la strumentazione adeguata in modo da fornire al cittadino informazioni dettagliate su quello che deve fare; deve inoltre assumersi la responsabilità di monitorare il percorso e l'andamento dello stesso. Dovrà poi essere applicata la modalità organizzativa per processi orientata al cittadino e al problema di salute manifestato, assegnando la guida di questo processo ad una persona di riferimento stabile (case manager), cui si rivolge il cittadino, instaurando una relazione di fiducia e sul quale converge l'intero processo assistenziale. I necessari strumenti per assicurare l'organizzazione per processi sono la definizione di protocolli formalizzati che prevedano azioni integrate tra servizi (unità operative ospedaliere, ospedale/territorio; aziendali/socio-assistenziali) per assicurare la continuità dell'assistenza sul paziente, affrontando tutti gli aspetti di competenza (terapia-riabilitazione, passaggio delle informazioni cliniche, rapporto con il medico di base, ecc.). A livello prioritario, deve essere affrontato il momento della dimissione ospedaliera.

Nei casi di presenza di una patologia cronica e/o invalidante, la presa in carico del cittadino utente acquista particolare significato di efficacia e di qualità; in tal senso, al momento di riconoscimento, a livello ospedaliero, di tali situazioni (es. malformazioni neonatali; malattie del metabolismo), deve essere previsto a livello sistematico, uno "sportello" o figura professionale che, anche con l'ausilio di materiale documentale, sappia fornire tutte le informazioni necessarie di carattere clinico, assistenziale, previdenziale, di esistenza di associazioni di mutuo aiuto, ecc., atte a fornire un sostegno complessivo all'utente, il quale deve affrontare e gestire il problema in maniera continuativa e permanente.

b) Coinvolgimento del cittadino nelle decisioni e nel processo terapeutico

Si deve giungere alla costruzione di un'alleanza terapeutica, ovvero a contrattare le scelte con il medico in rispettosa e armonica cooperazione, in quanto la partecipazione consapevole alla scelta tra le diverse opzioni di cura permette di vivere da protagonisti il percorso di cura e di non sentirsi come se, oltre a subire la malattia si debba "subire" anche la terapia. Gli operatori sanitari devono dunque fornire chiare, pratiche e comprensibili informazioni sulla patologia, le cure possibili e le eventuali alternative, gli effetti collaterali e le conseguenze, evitando sia l'informazione vaga e complicata, sia la scarsa attenzione e le risposte troppo sintetiche.

Per realizzare tale progetto, nei diversi ambiti terapeutici dovranno essere previste procedure formalizzate e verificabili che favoriscano il trattamento dei pazienti e/o dei loro

familiari in modo paritario e responsabile, coinvolgendoli concretamente nelle decisioni relative alla terapia e al progetto complessivo, aumentando così anche il grado di “compliance” e di accettazione del momento terapeutico, prevedendo in tal senso anche l’aiuto offerto al paziente per il miglioramento delle relazioni intra-familiari e per il coinvolgimento dei familiari nel processo terapeutico.

Inoltre, nei casi di patologie più complesse e di difficile approccio, è opportuna la costituzione di gruppi di lavoro di confronto e di valutazione, composti da medici, dagli altri operatori coinvolti nella gestione della patologia e dai pazienti e/o dai rappresentanti delle associazioni dei familiari, con lo scopo di sottoporre a verifica periodica i metodi terapeutico-riabilitativi applicati e i risultati raggiunti

c) Informazione, semplificazione e facilitazione all’accesso dei servizi sanitari

Deve essere operata una revisione complessiva delle procedure e dei percorsi assistenziali e amministrativi, sfrondando gli appesantimenti burocratici non necessari, per giungere ad assicurare che l’accesso ai servizi, il linguaggio e le procedure siano comprensibili, facili e immediate, facilitando i collegamenti con i vari punti fisici e non di erogazione delle prestazioni, anche con la presa in carico diretta da parte degli operatori di questo compito.

Vari interventi di diversa natura sono stati già attuati nella direzione delineata dal presente progetto: si ricorda a titolo esemplificativo l’approvazione del disegno di legge sulla semplificazione amministrativa in materia di igiene e sanità pubblica, che prevede il superamento di complesse e burocratiche procedure per l’insieme rientrante in questa vasta area assistenziale a favore del cittadino; oppure, il progressivo allargamento della rete telematica di collegamento tra servizi sanitari per permettere una agevole e più tempestiva strutturazione del percorso di cura per gli utenti (es. Progetto Gabriele).

Per il raggiungimento dell’obiettivo, dovranno essere realizzati pertanto ulteriori interventi rivolti all’informazione chiara e puntuale al cittadino su tutti gli aspetti relativi all’accesso e alla fruizione efficace del servizio, alla semplificazione delle procedure, della tempistica, dell’organizzazione e della modulistica per facilitare e rendere meno oneroso in vari sensi il percorso interno al sistema, soprattutto per coloro che per varie ragioni si trovano già in una condizione oggettiva di difficoltà e vulnerabilità.

d) Efficacia delle cure: qualità, personalizzazione e tempestività

Ciascuno ha il diritto di essere seguito - nell’accesso e nel trattamento sanitario - dai migliori professionisti e con l’applicazione delle migliori pratiche mediche basate su prove di efficacia, al momento disponibili e con i minimi effetti collaterali, ciò a motivo del più generale principio di qualità dell’assistenza che deve essere assicurato ai cittadini. Parimenti, ogni intervento sanitario deve essere assicurato, a parità di bisogno, con la stessa e appropriata tempestività, per evitare la compromissione dello stato di salute correlato a questo fattore.

Con queste premesse va chiarito che il concetto di qualità è correlato alla effettiva presa in carico del cittadino da parte del servizio sanitario e, in particolare, in questo contesto si lega al necessario perseguimento di una particolare accezione della continuità assistenziale, che costituisce esigenza forte e diffusa del cittadino, soprattutto nei casi di malattie gravi, degenerative e croniche: quella di essere seguiti dalla stessa persona lungo tutto il cammino di cura. Il fatto di passare da un medico all’altro, oltre che compromettere il concetto di presa in carico e di conoscenza complessiva e continuativa dello stato di salute della persona (perché è difficile trasmettere completamente le

informazioni e la conoscenza del caso da un professionista all'altro), con conseguenze dirette anche sull'efficacia delle cure, crea infatti un senso di disorientamento e di "senso di abbandono" che può ulteriormente compromettere le possibilità di ripresa dalla malattia. Un'assistenza efficace e qualificata non può inoltre prescindere dall'adozione di un approccio specifico e personalizzato alle caratteristiche della singola persona-utente: al di là della necessaria standardizzazione dei protocolli di cura per uniformare, sulla base di linee guida validate e fondate sulla migliore pratica medica, i comportamenti terapeutici (contribuendo ad assicurare anche in questo modo la qualità del trattamento), devono individuare modalità che garantiscano l'attenzione e la considerazione della persona nella sua specificità anche clinica (es. manifestazione di effetti collaterali, di disturbi particolari e individuali).

Deve essere inoltre rispettata, da parte degli operatori, sulla base di un consenso libero ed informato, l'istanza delle convinzioni personali del cittadino nei confronti dei sistemi di cura dei quali avvalersi, in quanto ciò rientra nel più ampio esercizio del diritto alla salute garantito dalla Costituzione.

Il trattamento dovrebbe essere quindi adeguato su ogni singolo caso ed ogni volta che il paziente si richieda, valutando il rapporto benefici/rischi, informando e consigliando, ove opportuno, anche validate alternative terapeutiche, nell'ambito delle medicine non convenzionali di cui alla risoluzione 29 maggio 1997 del Parlamento Europeo, alla risoluzione 4 novembre 1999, n. 1206 del Consiglio d'Europa e al documento approvato il 22 febbraio 2007 del Consiglio nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (documento di Terni), garantendo in tal senso un'adeguata informazione degli operatori addetti.

Sempre in questa ottica, l'operatore sanitario deve altresì insistere nel fornire al cittadino tutte le indicazioni e le informazioni per perseguire comportamenti e gli stili di vita sani e fondati sulla prevenzione.

Per l'attuazione di questo subobiettivo, dovranno essere intraprese azioni su più versanti che consentano:

1. di mantenere un'alta ed aggiornata professionalità degli operatori sanitari e di rafforzare i meccanismi di incentivi/sanzioni relativi al successo/errore degli interventi diagnostici e terapeutici effettuati;
2. il miglioramento effettivo e dimostrato dei tempi di attesa nei settori più problematici, a partire a quelli a rischio prioritario fino a quelli dove comunque la mancata tempestività comporta qualche forma di disagio al cittadino al di là dell'aspetto della gravità clinica, attraverso l'attuazione e l'eventuale aggiornamento del Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa;
3. l'attuazione di rinnovamenti organizzativi interni all'Azienda sanitaria che garantiscano, dove possibile, la continuità, la stabilità, l'adeguata professionalità e il coordinamento (nel caso di pazienti con più patologie) da parte dei professionisti e operatori nei confronti dell'utente;
4. la sistematica attenzione, nei servizi e nelle strutture sanitarie, agli aspetti collaterali, in primo luogo ai farmaci, prevedendo anche in questi casi un approccio personalizzato e finalizzato alla maggiore resa delle cure; anche l'aspetto alberghiero (es. i pasti) possono avere un ruolo importante, anche con finalità educative;
5. l'effettiva continuità e completezza assistenziale, attraverso il raccordo tra i livelli assistenziali, il potenziamento dei servizi territoriali e il coinvolgimento nel processo dell'utente e dei suoi familiari;

6. la diffusione di informazioni sull'opportunità dell'utilizzo di forme validate di medicina alternativa rispetto a quella tradizionale.

e) Umanizzazione del rapporto e dell'intervento sanitario

Il fattore umanizzazione è quello più importante nel "sentire" del cittadino (e la sua importanza è maggiore in maniera direttamente proporzionale alla gravità dell'evento patologico che subisce), ma è anche quello più difficile da realizzare, in quanto dipendente in gran parte da atteggiamenti e comportamenti soggettivi degli operatori sanitari che condizionano la dimensione relazionale e sui quali sembra esistere scarsa possibilità di incidere.

Essi riguardano la cortesia, il rispetto, l'ascolto attivo (i pazienti devono percepire la disponibilità del medico ad ascoltarli in modo aperto e orientato, tenendo conto delle difficoltà, dei timori e dei dubbi relativi alla patologia e al suo evolversi e agli effetti della terapia - parlare in modo chiaro, aperto e attento alla sensibilità della persona utente -, l'empatia e la fiducia (la capacità del medico di mettersi nei panni dell'altro non solo dal punto di vista della malattia, ma anche rispetto alla dimensione psicologica, che è estremamente rilevante nel percorso di cura orientato ad una prospettiva globale della persona), la costruzione di alleanza terapeutica e il costante sostegno psicologico (porre attenzione al benessere psicologico del malato, sia durante l'iter terapeutico, sia come sostegno e assistenza nel momento del ritorno alla vita quotidiana). Anche la sistematica introduzione in ambito ospedaliero e domiciliare protetto delle terapie di controllo del dolore costituiscono una modalità per assicurare un vissuto più umano e dignitoso della malattia da parte dell'utente.

Non sono da trascurare per l'umanizzazione dei servizi sanitari, anche se meno determinanti rispetto ai fattori appena descritti, la qualità e le caratteristiche degli aspetti logistici, tempistici e ambientali, nei casi in cui le loro carenze arrecano ai cittadini disagio aggiuntivo rispetto a quello cui sono già sottoposti causa la loro malattia.

L'importanza della dimensione umanizzante deriva non soltanto dal carattere apparentemente formale, etico e di soddisfazione personale dell'utente, che sembra rimanere comunque scollegata dall'aspetto clinico diagnostico-curativo: è ormai dimostrato che lo sviluppo dell'interazione relazionale di chi opera nel sistema sanitario con la persona-utente, che significa ascolto, cordialità, rispetto, condivisione e solidarietà, comporta conseguenze positive direttamente sull'efficacia dell'intervento terapeutico.

Con queste premesse, nonostante i limiti evidenziati derivati dal "fattore umano", l'azione sui meccanismi organizzativi e formativi può favorire l'adozione di modalità di agire che creano le condizioni per favorire l'umanizzazione dei rapporti fra sistema e pazienti.

1. Da parte dell'organizzazione, devono essere colti e sviluppati anche gli elementi oggettivi che orientano l'azione degli operatori sul versante relazionale. Ciò costituisce la dimensione più importante dell'umanizzazione perché si fonda su aspetti che possono essere individuabili, monitorati e valutati e quindi misurabili, confrontabili e incentivabili.

2. Per quanto concerne il momento formativo e di aggiornamento, devono essere proposti contenuti che rafforzino l'elemento vocazionale del lavoro in sanità.

3. E' poi importante far osservare che le motivazioni ed i valori dei singoli protagonisti del rapporto con il paziente trovano conferme e molto spesso si arricchiscono nella nuova visione comune incentrata sul bisogno del cittadino, contribuendo al recupero di una nuova etica che trae

spunto dal clima coinvolgente e convincente che sapranno generare i professionisti, clima che si ripercuote dunque positivamente nel rapporto con il cittadino nel corso del processo di cura.

Alcune attuazioni che vanno in direzione di questo obiettivo sono state realizzate (es. supporto psicologico nei reparti ospedalieri); si tratterà quindi di sperimentare i modelli organizzativi sopradescritti e orientare la formazione e l'aggiornamento professionale nella direzione delineata.

4. Inoltre, per una sempre maggiore umanizzazione dei servizi saranno introdotte iniziative volte ad incentivare comportamenti orientati a questa dimensione, a creare un maggior comfort alberghiero e strutturale nei servizi, anche per esigenze collaterali degli utenti, nonché all'orientamento e alla conoscenza-informazione di quanto serve a superare il senso di estraneità ad es. al momento del ricovero ospedaliero; importante è la valorizzazione delle forme associative rivolte all'auto-mutuo aiuto, di volontariato e di altri interventi per favorire la socialità e la solidarietà tra ammalati.

2. Diminuzione delle morti evitabili

Il problema della mortalità evitabile è una questione strategica e prioritaria dell'attuale processo di programmazione sanitaria. Le morti evitabili sono eventi di varia causalità che si verificano prima di una determinata età (tra i 5 e i 69 anni) e che possono essere attivamente contrastati attraverso politiche sanitarie pubbliche orientate a seconda dei casi alla prevenzione, alla ricerca clinica, alla riduzione degli errori, quindi incidendo non solo sui casi specifici, ma anche su tutta la catena degli altri eventi meno gravi, per contribuire a migliorare i livelli di salute di tutta la popolazione.

L'obiettivo della riduzione della mortalità evitabile diviene quindi anche la realizzazione del principio dell'OMS di "aggiungere vita agli anni" oltre che anni alla vita, ovvero di migliorare per tutta la popolazione i livelli e la qualità della sopravvivenza fino all'obiettivo di una vita fisica, psichica, sociale, culturale e lavorativa che sia il più possibile normale e piena.

L'importanza di intervenire sulla mortalità evitabile è collegata al fatto che le principali tipologie e singole cause di morte evitabile riguardano gli ambiti patologici più problematici in termini di mortalità e di malattia per la popolazione italiana e trentina: malattie cardiovascolari, tumori (circa il 45% dei casi di mortalità evitabile), eventi lesivi.

Quindi, anche dal punto di vista metodologico, conglobare in un contesto uniforme di indagine e di intervento tutte le situazioni più problematiche sia a livello quantitativo che qualitativo consente di adottare un comune, sinergico e più efficace approccio perché basato su metodi approfonditi di ricerca della causa.

L'analisi della mortalità evitabile conferma chiaramente il carattere multidimensionale della salute, correlato direttamente o indirettamente a componenti economiche e sociali connesse al territorio, all'ambiente, agli stili di vita, ai modelli della struttura sociale e di convivenza, che a loro volta sono complementari alle caratteristiche fisiche e psichiche degli individui.

Indagare su questo fenomeno non può in tal senso prescindere dall'inquadrare lo stesso nel contesto demografico e sanitario di riferimento e distinguendo, con metodi statistici e epidemiologici, la mortalità evitabile da quella generale.

Come già sottolineato, le principali motivazioni della mortalità evitabile sono legate in primo luogo a carenze nella promozione della salute e della prevenzione, sia primaria che secondaria, oltre che a problemi di organizzazione dei servizi, dei processi e dei metodi assistenziali.

L'azione per contrastare la mortalità evitabile deve pertanto avere uno spettro molto ampio. A livello generale, si può affermare che per i tumori, è importante la ricerca clinica e il

miglioramento delle terapie, ma soprattutto gli interventi attivi di prevenzione primaria (fumo, alcool) e appropriati screening; per i problemi cardiocircolatori, è necessario agire sul versante della promozione della salute (in primis sull'alimentazione), ma anche sul versante organizzativo dei servizi (tempestività dell'intervento) e in quello clinico (capacità di diagnosi e cura); infine, per quanto concerne gli eventi lesivi, si pone la necessità di interventi coordinati di carattere intersettoriale, così come di un intervento sanitario tempestivo, competente e appropriato.

Più specificatamente, suddividendo gli eventi classificati come causa di morte evitabile (declinati in specifiche tipologie di DRG) per possibile causa e tipologia di intervento da attuare per contrastarle, si configura il seguente prospetto:

Mortalità evitabile 1° gruppo "Prevenzione primaria"

Riguarda quelle cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative (es. Legge sul divieto di fumo), comportamenti e stili di vita orientati alla prevenzione (fumo alcol, ambienti salubri, cultura della sicurezza) e sono le seguenti:

- ❖ tumori maligni del capo-collo
- ❖ tumori maligni del fegato
- ❖ tumori maligni trachea, bronchi, polmoni
- ❖ tumore maligno della vescica
- ❖ disturbi circolatori dell'encefalo
- ❖ cirrosi epatica
- ❖ morti violente/eventi lesivi

Mortalità evitabile 2° gruppo "Diagnosi e trattamento/terapia precoce".

Comprende cause di morte conseguenti ad alcuni, specifici tumori, che potrebbero avere meno incidenza con lo sviluppo sistematico di interventi di screening (per la mammella, la cervice uterina, il colon-retto) e, in un alcuni casi, ove non è attuabile lo screening, sulla base di una tempestiva diagnosi accompagnata da un'adeguata terapia e sono le seguenti:

- ❖ tumori maligni della pelle
- ❖ tumori maligni della mammella
- ❖ tumore maligno del collo dell'utero
- ❖ tumore maligno del corpo dell'utero
- ❖ tumore del testicolo
- ❖ malattia di Hodgkin (linfoma)

Mortalità evitabile 3° gruppo "Igiene e assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale".

Questo gruppo comprende a) patologie eterogenee, affrontabili in alcuni casi con provvedimenti igienici, interventi di prevenzione vaccinale obbligatoria ed adeguata assistenza (malattie infettive) e b) altre cause di morte (ulcera, mortalità materna, ecc.) che spesso divengono tipici indicatori di "malasanità", non correlabili alla carenza di specifiche terapie, ma al funzionamento complessivo del sistema sanitario, in termini organizzativi e operativi (es. diagnosi non tempestiva, ritardi nell'emergenza, nel ricovero, nell'intervento clinico, ecc.) e sono le seguenti:

- ❖ mortalità infantile
- ❖ malattie infettive
- ❖ leucemie
- ❖ cardiopatia reumatica cronica
- ❖ ipertensione
- ❖ malattie ischemiche del cuore

- ❖ polmoniti, bronchiti, altre malattie respiratorie acute
- ❖ ulcera peptica
- ❖ appendicite
- ❖ ernia addominale
- ❖ colecistite acuta e cronica
- ❖ mortalità materna
- ❖ malformazioni congenite cardiache

Dal punto di vista epidemiologico, la mortalità evitabile in Italia nell'ultimo decennio è progressivamente diminuita, merito, almeno in parte, delle diverse politiche pubbliche messe in campo nei contesti di vita; tuttavia esistono ancora forti differenze geografiche e tra regioni, sia nella tipologia dei casi, sia nel livello di miglioramento.

In Trentino (e questo è un ulteriore motivo per dedicare prioritaria attenzione a questo argomento), la mortalità evitabile è maggiore rispetto alla media nazionale, considerando comunque il fatto che in media nel Nord Italia il fenomeno è più accentuato rispetto al Centro-Sud. Per le regioni in cui la mortalità evitabile è più elevata che altrove, si assiste ad una significativa prevalenza di eventi lesivi/morti violente (incidenti ed infortuni, morti per droga, per omicidio/suicidio...). In provincia di Trento i giorni di vita perduti pro-capite (5-69 anni) per cause evitabili sono in totale 11,5 (in Italia: minimo: ASL di Castrovillari: 7,9, massimo: ASL di Vallecamonica-Sebino: 18,0).

Sebbene si registri in tutto il Nord Italia un calo della mortalità evitabile nelle giovani generazioni, in Trentino Alto Adige esiste una maggior incidenza percentuale di bambini e di ragazzi.

La mortalità evitabile in Trentino è poi significativamente superiore alla media nazionale nel caso dei maschi, più contenuta invece per le femmine.

Uno studio importante sulla mortalità evitabile, effettuato a livello nazionale, riguarda l'analisi di questo fenomeno nei centri urbani capoluogo di provincia, in considerazione del fatto che gran parte dei problemi ambientali e di salute, da quelli locali a quelli globali, hanno origine proprio nelle città dove si concentra la maggioranza della popolazione e delle attività umane. Il fatto che gli insediamenti urbani rappresentino lo specchio delle contraddizioni sociali, sanitarie e ambientali, si ripercuote anche in senso positivo, in quanto questi sono i luoghi dove possono essere sperimentate attività per la promozione della salute e dello sviluppo sostenibile. Similmente a quanto succede per la mortalità evitabile su tutto il territorio, anche nelle città la situazione è meno favorevole al Nord che al Centro-Sud d'Italia.

Da questa analisi si evince che il rischio di mortalità evitabile nella città di Trento è medio per quella del 1° gruppo, medio-alta per il 2° gruppo e bassa per il 3° gruppo.

Al di là di questi primi dati provenienti dagli studi nazionali e locali, che consentono una prima immagine del fenomeno nella provincia, a cui continuare a fare riferimento per capire e comprendere in modo sempre più certo, anche sulla base delle differenze, le cause delle singole patologie e proporre di conseguenza interventi mirati, la Provincia, in ragione dell'utilità delle informazioni su questo argomento di priorità programmatoria, ha già commissionato all'Azienda sanitaria (attraverso gli obiettivi specifici assengati per l'anno 2007) lo studio e l'avvio di un "sistema di monitoraggio permanente dedicato alla mortalità evitabile", per indagare nel dettaglio il fenomeno.

Con queste premesse, sulla base delle evidenze che stanno emergendo su questo fenomeno appare necessario procedere nell'applicazione e nella ulteriore, progressiva qualificazione mirata degli approcci - la promozione della salute, la prevenzione primaria e secondaria, la riorganizzazione e l'aumento della capacità operativa dei servizi sanitari, ... - già attualmente diffusi in provincia, per contrastare le patologie più rilevanti. Per meglio comprendere il fenomeno

e intervenire di conseguenza più efficacemente è necessario introdurre uno specifico ed innovativo metodo di indagine e di intervento, denominato “analisi del caso”.

Si tratta di una metodologia analitica e di monitoraggio già applicata in alcuni contesti (es. nel campo degli infortuni mortali sul lavoro, dunque proprio nel caso di una tipologia di morte evitabile), che concerne la definizione - per ogni singolo caso e tipologia patologia che ha condotto o che condurrà ad una morte evitabile - di tutte le caratteristiche non solo eziologiche e cliniche, ma anche relative a tutte le componenti del percorso di vita della persona colpita (da rilevare attraverso vari strumenti, quali ad es. l’analisi confidenziale).

Particolare attenzione dovrà essere posta alla definizione dei criteri di accertamento della malattia per comprendere dove si collocano i momenti decisivi da cui sono poi derivati gli eventi nefasti.

Su questa base, attraverso il confronto tra casi simili e il riscontro negli stessi di “punti comuni”, si potrà riuscire a creare specifici “profili di rischio”, da cui evincere dove mirare concretamente e efficacemente la prevenzione.

Tale metodo di indagine è realisticamente applicabile in ragione della limitatezza, in termini assoluti, della casistica di morti evitabili nel territorio provinciale. L’analisi potrà indagare la correlazione esistente tra presenza di casi di morti evitabili e classi sociali di appartenenza, concorrendo così ad affinare gli strumenti di valutazione per contrastare le disuguaglianze in sanità.

3. Specificità di genere e di fasi della vita nella salute

Promuovere attivamente la salute e la qualità della vita della donna

Un effettivo, generale e sistematico interesse verso la salute della donna non può innanzitutto prescindere dal graduale sviluppo in ambito sanitario - a partire dal momento conoscitivo (dati e flussi informativi epidemiologici), dalla ricerca a vari livelli, per poi diffondersi nella pratica, nell’organizzazione e nell’operatività medico clinica, così come anche nella formazione degli operatori - di un approccio orientato al genere.

In tal senso deve essere operato un riorientamento dei servizi sanitari, che, oltre a tendere alla rilevazione, alla considerazione e alla risposta dei bisogni e degli aspetti derivanti dalle differenze di genere, possa poter operare un’azione sulle condizioni del contesto socio-economico, in cui molto spesso i problemi di salute femminile si generano e si manifestano, coinvolgendo in tal senso l’insieme degli attori esterni al sistema sanitario che possono assumere un ruolo collaborativo e di aiuto nel miglioramento dello stato di salute.

Il luogo più idoneo e deputato all’assunzione e alla ricomposizione della centralità e della complessità esistenziale della donna che presenta disagio sotto varie forme è sicuramente il Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia che, in coerenza con la recente azione di rafforzamento e di riqualificazione di questo servizio attuata da parte della programmazione provinciale, deve sempre più allargare e ampliare il suo ruolo, sviluppando in particolare la sua “funzione sociale” e di frontiera nei confronti del territorio e della comunità di riferimento. Ne è esempio l’esperienza condotta in materia di assistenza psicologica alle vittime di infortunio lavorativo grave ed invalidante ed ai loro familiari.

Ciò significa che, oltre ad una sempre più forte qualificazione del momento dell’accoglienza di questo servizio, dovranno essere ricercate ed applicate modalità di promozione/pubblicità/marketing per l’attrazione verso lo stesso ed iniziative “per andare incontro” alle persone a rischio, ricercando anche forme di mediazione della struttura con gli ambienti di riferimento in cui la persona vive finalizzate alla creazione di nuovi equilibri, in un approccio quindi non sempre di pretesa curativa o risolutiva, ma realisticamente teso ad un sicuro

miglioramento compatibile con le condizioni esistenziali e ambientali della persona (soprattutto attraverso il progressivo aumento delle modalità di responsabilizzazione della stessa).

Un altro ambito determinante di intervento riguarda, quindi, il proseguimento delle iniziative di promozione della salute, di prevenzione e di informazione, avuto riguardo agli aggiornamenti provenienti dal mondo scientifico delle iniziative finalizzate alla popolazione femminile a rischio. Devono poi essere avviate altre azioni mirate ai gruppi target sopra evidenziati o riferiti alla prevenzione di altri rischi patologici caratterizzanti la popolazione femminile e/o diversamente importanti per la stessa (es. disturbi del comportamento alimentare, osteoporosi, ipertensione, obesità, fumo, HIV ecc.), così come riferiti a periodi della vita femminile “critici” (adolescenza, maternità, menopausa, ecc.).

E’ fondamentale infine affrontare anche gli altri problemi di carattere più clinico, allargando l’attenzione verso le nuove realtà emergenti (es. immigrazione).

In particolare, dovranno essere sviluppati approcci clinici, terapeutici e farmacologici “orientati al genere” nelle diverse patologie significative comuni tra uomo e donne, così come deve essere risolto il problema delle eccessive medicalizzazioni (talvolta semplificatorie per gli operatori), sia riferite ad eventi fisiologici femminili, quali gravidanza e parto, sia a quelli patologici (abusi chirurgici), ricercando ed indagando altresì le cause di fenomeni patologici prevalenti tra le donne trentine (es. eccesso di aborti spontanei).

Salute dei bambini e dei giovani: un investimento per il futuro

E’ necessario, in questo senso, dedicare massima attenzione agli aspetti culturali e formativi degli operatori, alle modalità del loro reclutamento e alle soluzioni organizzative, anche sperimentali, alle quali deve essere attribuito il successivo compito di disciplinare l’elemento - imprescindibile in questo settore - dell’integrazione fra i vari livelli nelle sue forme specifiche: tra territorio ed ospedale, tra discipline diverse, tra sanità e sociale.

Si ritiene, insomma che, per mantenere e sviluppare ulteriormente la tutela della salute dei bambini e dei giovani - dati i cambiamenti in atto anche in termini di domanda espressa - sia necessario uno specifico piano di riordino e sviluppo che:

- ricerchi nuove soluzioni assistenziali per le cure primarie (collaborazione, volontaria ed incentivata, tra pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale e medici ospedalieri del distretto di riferimento finalizzata a sperimentare unità di cure distrettuali; 'attività dei pediatri di base, soprattutto per quanto riguarda le competenze di carattere preventivo, valutativo e informativo deve essere integrata nella pianificazione del Dipartimento materno-infantile);
- riorganizzi la rete ospedaliera pediatrica (in termini di livelli di intensità di cura – centralizzare in unica sede le cure a maggiore intensità – neonati, bambini e adolescenti fino a 16 anni con malattie acute gravi), concentrando i professionisti disponibili e creando un coordinamento provinciale delle specialità pediatriche come riferimento sicuro ed organico alla popolazione);
- sperimenti nuove modalità organizzative, come la rotazione delle ostetriche tra ospedale e territorio e lo studio dei meccanismi di aggregazione organizzativa dell'ostetricia degli ospedali periferici con la chirurgia e con la pediatria secondo i criteri dell'area funzionale omogenea;
- costituisca la rete per le malattie croniche (territoriale e domiciliare);
- costituisca la rete per le malattie rare;
- potenzi la distribuzione territoriale delle prestazioni specialistiche pediatriche ambulatoriali e in regime di DH;

- potenzi la genetica medica (ricercando anche un organico e sistematico raccordo con l'attività di tutti i consultori familiari - promuovendo in quest'ambito incontri del genetista con medici e popolazione, fornendo informazioni ed educazione sanitaria prematrimoniale ed a coppie a rischio - ed una collaborazione con le diverse associazioni di malati);
- potenzi e riorganizzi la neuropsichiatria infantile (per assicurare diagnosi precoce, cure adeguate e intervento riabilitativo precoce per tutti i casi di disturbi e di handicap neuropsichici nell'infanzia e nell'adolescenza; ridurre l'istituzionalizzazione dei minori handicappati e sostenere l'inserimento dei minori con invalidità nella scuola ai fini della socializzazione, dell'apprendimento e della formazione professionale; sviluppare una sistematica collaborazione con le istituzioni scolastiche, gli enti di assistenza pubblici e privati, le associazioni di genitori, nonché il servizio sociale; attivare, sulla base di una valutazione dei bisogni, centri diurni di terapia e riabilitazione per bambini affetti da gravi problemi psichici e/o fisici);
- faccia sistema in termini di integrazione multidisciplinare sugli aspetti psico-sociali ed assistenziali delle problematiche di salute globale dell'età evolutiva (scuola, educazione, multietnicità, nuova genitorialità).

La salute degli anziani: risorsa sociale e presa in carico della non autosufficienza

Emerge l'esigenza di sviluppare una rete di servizi di assistenza continuativa, fortemente integrata, in cui realizzare progetti di assistenza differenziati e individualizzati, principalmente anche in base alle patologie presenti e al sesso (in quanto anche in questa fascia di età sussistono differenze significative nella tipologia di problematiche di salute a seconda del genere).

Innanzitutto, a livello prospettico, deve essere potenziato secondo un disegno sistematico l'insieme di interventi di promozione della salute e di prevenzione nella fascia pre-anziana, anche sulla base delle evidenze più attuali ed aggiornate emerse a livello scientifico e come raccomandano le indicazioni del Piano sanitario nazionale vigente.

In tale rete devono essere esplicitati tutti gli attori coinvolti ed il loro ruolo preciso, colmando le carenze per una risposta complessiva all'utente con nuovi servizi distribuiti in modo capillare sul territorio.

Anche nelle disposizioni nazionali in materia (Progetto obiettivo anziani) e nella normativa provinciale, il modello a rete dei servizi si rivela la modalità più efficace per fornire all'anziano e alla famiglia una serie di interventi diversificati per intensità e durata all'interno di un continuum assistenziale. Determinante per l'effettiva realizzazione di questo sistema è lo sviluppo di risposte elaborate in maniera integrata tra il settore sanitario e socio-assistenziale.

All'interno di questa rete va perseguito anche il cambiamento e la trasformazione delle RSA, attraverso la definizione di piani strategici per non autosufficienti e disabili con programmi di integrazione di tutti gli attori e strutture, anche attraverso progetti sperimentali finalizzati alla qualificazione dell'assistenza in termini di una migliore organizzazione-operatività di queste strutture.

Parimenti, deve essere sviluppata e diffusa l'assistenza domiciliare, come tipologia più qualificante per prendersi cura dell'anziano non autosufficiente.

Il complesso quadro clinico-epidemiologico richiede un monitoraggio attento e continuo dell'evoluzione dei fenomeni, perchè l'intera rete (e non solo singole parti) dei servizi assistenziali possa tempestivamente adeguarsi alle esigenze delle persone non autosufficienti.

In un sistema a rete deve essere poi favorito l'uso corretto di tutti gli anelli e i nodi della stessa, in quanto ogni errore in tal senso ha una ricaduta negativa sulle altre fasi di organizzazione dell'assistenza (concetto di trasversalità di gestione del paziente all'interno della rete di servizi).

Vanno messi a punto modelli comportamentali che tengano conto delle particolari esigenze del soggetto trattato, attraverso l'erogazione di un'assistenza sanitaria integrata che accompagni l'anziano in tutte le fasi della cura, dalla diagnosi al trattamento, fino alla riabilitazione. Occorre dunque potenziare l'attività di coordinamento tra ospedale e territorio, al fine di integrare la valutazione multidimensionale del soggetto, inquadrato sia dal punto di vista clinico che sociale, con un sostegno mirato che si avvalga di interventi extra-ospedalieri.

In questa concezione il ruolo dell'ospedale può evolvere, superando il ruolo di "ospizio" di vecchia concezione per diventare un centro altamente qualificato multidisciplinare geriatrico, che opera nell'ambito della prevenzione, terapia e riabilitazione, anche riguardo alla diagnostica avanzata e alla ricerca, con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative.

Ulteriori cardini dell'assistenza all'anziano riguardano

- la definizione di percorsi ad hoc per anziani;
- il potenziamento delle cure intermedie;
- lo sviluppo dell'integrazione con il territorio e con l'assistenza domiciliare.

4. Prevenzione, tutela e diminuzione della sofferenza psichica e della malattia mentale

Per le varie patologie rientranti in quest'area, deve essere innanzitutto considerato imprescindibile l'adozione di approcci e metodi terapeutici anche estremamente differenziati, soprattutto in termini di strutturazione, di istituzionalizzazione e di intensità terapeutica riabilitativa (es. per disturbi psichiatrici maggiori, sindromi affettive, comportamenti antisociali, demenze e caregiver).

Sempre in considerazione delle caratteristiche del bisogno di salute mentale nel suo complesso, i servizi dovranno essere orientati, da una parte, ad una sempre maggiore de-istituzionalizzazione e territorializzazione e, dall'altra, ad una reale agevolazione verso l'inclusione sociale dei soggetti coinvolti. I servizi territoriali preposti alla tutela della salute mentale dovrebbero quindi anche tendere ad "andare" sul territorio, nei luoghi di vita quotidiana della gente, facendosi parte attiva nel coinvolgimento delle risorse presenti in questi ambiti per identificare e prendere in carico adeguatamente le persone con questo tipo di problematiche.

La gamma di tipologie terapeutico-riabilitative messe in atto dai servizi deve essere finalizzata a contenere gli effetti e giungere ad un livello il più possibile accettabile di stabilizzazione della malattia e di integrazione relazionale e sociale del soggetto ammalato, puntando l'attenzione in particolare alla cura e riduzione delle patologie psichiatriche prioritarie per diffusione e gravità.

A tal fine, in provincia esiste una rete di servizi preposti decisamente a buon livello che può essere ulteriormente qualificata a seconda di eventuali, nuove esigenze che potessero manifestarsi.

I servizi esistenti devono anche essere costantemente e tempestivamente aggiornati ed applicare strumenti e metodi innovativi che la ricerca scientifica e terapeutica valida e propone, così come all'utente o ai familiari deve essere proposta la scelta tra diversi percorsi terapeutici, ove, esistenti, con un'oggettiva descrizione del rapporto benefici/rischi.

Sempre riferito alla considerazione dell'utente in quanto persona e tenuto conto della peculiare delicatezza delle patologie in questione, deve essere prevista una più accentuata forma di "consenso informato" al paziente e ai suoi familiari per quanto riguarda i metodi terapeutici e riabilitativi utilizzati dagli operatori.

Un elemento determinante soprattutto a fini equitativi, proprio in riferimento all'attuale, peculiare articolazione organizzativa dei servizi presenti sul territorio provinciale, riguarda l'omogeneizzazione degli approcci terapeutici, in modo che ovunque ciascun utente possa

avvalersi e scegliere tra le diverse opzioni terapeutiche-riabilitative attualmente disponibili e fondate su diverse scuole di pensiero scientifico nella materia e, contemporaneamente, su criteri oggettivi di efficacia.

Si intende in ogni caso ribadire che, proprio perché perfettamente coerente con i principi che informano le politiche per la salute di questa legislatura, la legge n. 180/78 di riforma psichiatrica rimane inderogabile punto di riferimento per la tutela della salute mentale, sia per dare una risposta efficace ad ogni forma di disagio o di malattia conclamata, sia, per quanto possibile, per cercare di prevenire il manifestarsi di queste forme patologiche e azzerare il rischio di ricorrere a pratiche non eticamente accettabili o improprie in questo campo.

La riabilitazione tramite la residenzialità protetta, proseguendo, può essere un momento essenziale che affianca quello terapeutico in senso stretto per costruire un percorso per il trattamento efficace della malattia che conduca alla ristabilizzazione dei sintomi e alla restituzione della persona alla vita relazionale e sociale.

Questo costituisce infatti uno dei punti più qualificanti della riforma psichiatrica, che ha condotto in Trentino al potenziamento e alla riorganizzazione della rete delle strutture residenziali psichiatriche sanitarie e socio-assistenziale, rete che verrà rivalutata per renderla più rispondente alle esigenze manifestate dal territorio (ad esempio, anche per momenti di “solievo” per il contesto familiare), considerando anche forme alternative rispetto a quelle tradizionalmente offerte dal servizio pubblico, con l’obiettivo di fornire una risposta meno “strutturata” e meno sanitaria, per forme di disagio psichico diffuse e pesanti (es. forme depressive), ma che non si configurano come vera e propria patologia mentale.

Si deve sottolineare come tutte le azioni messe in campo, essendo impostate sull’integrità della persona e finalizzate ad obiettivi di salute, necessitano dell’apporto sinergico di vari settori e operatori, sia interni alla sanità, sia di altri settori, in primis quello socio-assistenziale, ma anche delle forme associative di volontariato e di privato sociale, così come di altri ambiti della vita sociale (scuola, lavoro, casa ecc.), proprio al fine di fornire la massima integrazione sociale dei soggetti ammalati.

In primo luogo, sempre nella logica nella presa in carico complessiva e personalizzata della persona con problemi di salute mentale, saranno attivati momenti istituzionali sistematici multidisciplinari e intersettoriali per la valutazione completa del bisogno manifestato e della conseguente risposta globale che i servizi coordinati tra di loro intendono offrire.

Questa impostazione rende necessaria una modalità organizzativa dei servizi organica, integrata e raccordata per la programmazione e l’attuazione degli interventi, quale quella propria dell’approccio dipartimentale, anche secondo quanto previsto dai Progetti obiettivo nazionali.

5. Tumori: meno morti, meno malati, più guarigioni

Per intervenire e migliorare la situazione delle malattie neoplastiche in provincia di Trento, è condizione preliminare e irrinunciabile giungere all’approfondimento della conoscenza e della valutazione del fenomeno, soprattutto nei suoi aspetti differenziali e caratterizzanti la realtà trentina, attraverso la sempre maggiore accuratezza dell’analisi epidemiologica.

A questo fine vanno utilizzati strumenti d’indagine innovativi per riuscire ad identificare - attraverso correlazioni di vario tipo o anche ricerche mirate di tipo bio-medico - le cause, i rischi del fenomeno e la specifica configurazione in loco.

Con queste basi di informazioni è possibile programmare conseguentemente in modo mirato l’insieme degli interventi da mettere in campo riferiti alla prevenzione, alla sorveglianza, alla qualità e all’appropriatezza della cura e del trattamento. Il rafforzamento dell’ambito conoscitivo

permette altresì di evitare di identificare bersagli sbagliati sulla base della diffusione di falsi allarmi.

L'indagine epidemiologica deve essere dunque intesa e praticata (data la complessità del quadro e delle condizioni di vita e sociali che caratterizzano la nostra esistenza) in senso allargato e sul campo, verificando, oltre ai fattori strettamente clinici, anche quelli legati al contesto.

Su questa base, potranno essere introdotti interventi mirati, volti alla prosecuzione e all'allargamento della promozione della salute, a cominciare dal rafforzamento e dall'ulteriore sviluppo degli interventi capaci di indurre la gente a fare scelte più salutari (mangiare sano, evitare di fumare), che permettano di ridurre o di controllare le esposizioni ai cancerogeni ambientali, incluse le esposizioni professionali.

Considerando poi l'efficacia anche a livello locale della prevenzione secondaria - diagnosi precoce, chiaramente dimostrata dalla bassa mortalità riferita agli ambiti patologici bersaglio di questi interventi, si sottolinea che gli screening dovranno essere continuamente ripetuti su tutta la popolazione target, cercando di raggiungere in modo capillare anche chi non risponde e non ha partecipato. Dovranno essere poi valutate la progettazione e la realizzazione di screening su altre forme tumorali, ove esistono prove validate di efficacia.

Deve quindi continuare ad essere promossa presso la popolazione l'attenzione alla "diagnostica precoce", in modo da condurre comunque alla individuazione anticipata della presenza di neoplasie e, per quanto concerne il momento curativo, ad interventi meno invasivi e più efficaci.

Riguardo al momento prettamente assistenziale condotto a favore delle persone ammalate di tumore, deve essere perseguito il miglioramento dell'organizzazione e dell'operatività dei servizi di diagnosi e terapia, nel senso che deve essere sempre assicurata:

- l'applicazione omogenea e ovunque diffusa di protocolli e linee di intervento, fondati e aggiornati sulle migliori pratiche innovative
- la veloce predisposizione, su queste basi, di un programma di intervento, personalizzato alle esigenze specifiche di ogni singolo caso
- la tempestività nella attuazione della cura, riducendo i tempi di attesa, essendo questo aspetto, per ovvie ragioni, determinante nel caso dei tumori rispetto ad altre patologie
- la qualificazione degli interventi diagnostici e terapeutici, sia con la succitata applicazione e ottimizzazione dell'uso (e in primo luogo della reale disponibilità) delle migliori pratiche, strumentazioni, farmaci ecc., sia con il costante aggiornamento del personale dedicato.

In particolare, considerata la generale evoluzione del fenomeno, il conseguente tendenziale aumento delle persone malate ed il periodo di sopravvivenza di ciascuna, la sfida primaria del sistema sanitario attuale consiste nel saper affrontare la diffusione di situazioni di cronicità gravi. Dovrà verificarsi a tale scopo un orientamento del sistema a rafforzare anche in questo caso specifico il momento territoriale dell'assistenza, favorendo, ove possibile, l'effettuazione delle cure nel proprio ambito domestico e di vita, permettendo così alla persona malata di vivere un'esistenza qualitativamente migliore (cfr. anche progetto sulla cronicità).

Un discorso a parte va fatto, anche sulla base dei principi fondamentali che informano il presente documento, sul momento in cui i malati incurabili di tumore devono affrontare la parte terminale della vita

Nell'ottica della centralità del cittadino, devono essere assicurate, potenziate e ulteriormente diffuse, anche sulla base di una stima delle esigenze riscontrate, le modalità per affrontare con dignità tale momento, quali in primo luogo l'Assistenza Domiciliare Integrata - cure palliative (considerata l'importanza esperienziale di morire in casa tra i propri familiari) e l'hospice (quando invece la situazione non consente la permanenza al proprio domicilio).

Durante l'intero percorso assistenziale, al fine di favorire l'efficacia e la qualità terapeutica, devono essere perseguite, da un lato, l'integrazione sinergica tra i diversi momenti preventivi e assistenziali (adottando un approccio integrato sulla persona che consenta, oltre che di comprendere adeguatamente la complessità e la diversificazione specifica di questa problematica sanitaria, anche di offrire di conseguenza al singolo utente il necessario trattamento differenziato fondato sulla peculiarità del suo caso) e, dall'altro, l'attenzione primaria verso gli aspetti concernenti l'umanizzazione del rapporto, attraverso la disponibilità professionale degli operatori, la previsione di forme adeguate di assistenza a domicilio (evitando, dove possibile, l'ospedalizzazione e, sempre, l'accanimento terapeutico), la fornitura di terapie di supporto e palliative, ma soprattutto, favorendo la relazione, il dialogo, l'ascolto e la solidarietà con queste persone ammalate.

Si tratta quindi di applicare concretamente la principale linea di riferimento che è alla base delle politiche per la salute di questa legislatura, ossia la "centralità del cittadino" perché esiste ormai consapevolezza diffusa che, al di là della valenza etica, questa modalità dell'agire porta a riscontri pratici e positivi nella resa delle cure, soprattutto per la malattia in oggetto dove il vissuto psicologico risulta molto più pregnante e determinante che in altri casi.

6. Prevenzione e lotta alle malattie cardio-cerebrovascolari

Considerando che la riduzione della mortalità e dell'instaurarsi della patologia cardio cerebrovascolare dipende in primo luogo dagli stili di vita, è necessario allargare in modo sempre più diffuso, attraverso programmi mirati sulle malattie più presenti e rischiose e orientati a target omogenei, le iniziative di promozione della salute orientate al controllo del fumo, dell'alimentazione, del peso corporeo e alla promozione dell'attività fisica.

L'esperienza effettuata finora dimostra come l'informazione e l'educazione a stili di vita sana deve in molti casi essere accompagnata a azioni, anche di carattere normativo, che disincentivino (senza assumere carattere repressivo e di limitazione della libertà individuale) il formarsi e il proseguimento di comportamenti errati per la salute da parte del singolo e della collettività.

La prevenzione dipende anche dalla diagnosi precoce (soprattutto sulla popolazione a rischio), dalla cura e dall'ottimale controllo delle malattie dismetaboliche che favoriscono l'insorgere di patologie cardiovascolari che, nella quasi totalità dei casi, è efficacemente possibile contrastare attraverso i monitoraggi e le terapie farmacologiche.

Si tratterà quindi di verificare se tali ambiti problematici siano adeguatamente coperti dal punto di vista preventivo o assistenziale.

Per le malattie cardiovascolari più gravi, quali gli accidenti acuti, è invece determinante, sempre a fini preventivi, assicurare un intervento di soccorso e di emergenza che risponda contemporaneamente a requisiti di tempestività e di competenza, per poter evitare sia la morte sia l'instaurarsi di gravi ed irreversibili forme di invalidità per le persone colpite.

Oltre agli interventi generali di riorganizzazione della rete dei servizi di urgenza-emergenza (cfr. cap. 5 "Strategie per la riqualificazione del sistema"), in questi casi devono essere valutate le opportunità offerte da interventi direttamente finalizzati all'assistenza efficace e specifica di questi eventi (es. l'elaborazione di protocolli e linee guida ad hoc per la gestione della fase dell'emergenza cardiovascolare con la defibrillazione precoce sul territorio).

Sempre nell'ottica della prevenzione secondaria, è necessario valorizzare, rafforzare e formalizzare, anche sulla base di protocolli aggiornati diagnostici-terapeutici, il lavoro di equipe

dei professionisti, sul modello “stroke-team”, per permettere una presa in carico completa della patologia nel momento fondamentale dell’esordio.

Proseguendo, il momento della riabilitazione cardiologica, che si connota in modo particolare rispetto ad altre tipologie riabilitative perché non si esaurisce nel momento iniziale, deve proseguire anche autonomamente dopo il ritorno dell’utente al proprio domicilio. Rispetto alla situazione esistente, è quindi necessario che la riabilitazione del soggetto cardiopatico venga avviata tempestivamente e venga verificata puntualmente e periodicamente, da parte del medico di medicina generale, il proseguimento delle misure riabilitative (che comprendono anche il controllo sui comportamenti e gli stili di vita) da parte dell’utente, puntando soprattutto alla graduale autogestione del paziente. Importante ruolo svolge in tal senso la formazione del personale convenzionato.

Considerando poi il passaggio della malattia alla cronicità l’obiettivo del miglioramento della qualità della vita dei pazienti affetti da queste patologie passa anche attraverso la riduzione dei ricoveri per i controlli periodici e il conseguente aumento dei casi gestiti con forme alternative a livello territoriale e domiciliare, perseguendo pertanto l’integrazione ospedale-territorio.

Inoltre, sempre in considerazione delle caratteristiche multifattoriali e delle varie patologie di contorno che accompagnano le malattie del cuore e la conseguente possibile dispersione nel sistema sanitario di informazioni sui decorsi e sui singoli trattamenti effettuati, è necessario garantire la continuità e il raccordo assistenziale, anche attraverso una rete telematica di strutture e di operatori con competenze di primo livello (ospedali di valle, poliambulatori, RSA, medici di medicina generale) e di secondo livello (ospedali di riferimento).

7. Prevenzione delle malattie croniche e gestione orientata alla qualità di vita

Dato che le più importanti patologie croniche dipendono in gran parte, da fattori controllabili, quali i comportamenti e gli stili di vita, è necessario allargare e diffondere in maniera mirata e innovativa l’approccio della promozione della salute. Non solo. La diffusione della promozione della salute, nel caso delle malattie croniche, oltre a contribuire alla prevenzione delle stesse, comporta la possibilità di intervento anche a danno instaurato. Tramite l’acquisizione di informazioni e di conoscenze specifiche, va favorita la convivenza attiva con la condizione patologica, aumentando l’autonomia gestionale del soggetto, l’auto-responsabilizzazione e, su questa base, anche la possibilità di scegliere in maniera consapevole le opzioni di cura e di riabilitazione esistenti.

Nel caso della malattia cronica più che in altre è necessario disporre e fornire la conoscenza di tutte le implicazioni cliniche, farmacologiche, assistenziali utili per la protezione, la gestione completa, efficace e qualitativa della malattia e la presa in carico del soggetto ammalato. Il concetto di cronicità implica poi, la necessità di potenziare gli interventi di “alternativa alla guarigione”, modificando il concetto di cura in senso estensivo, con l’inclusione di quanto permetta un migliore vissuto per la malattia cronica.

In senso generale, è importante poi che all’interno dei servizi sanitari i diritti di queste persone vengano di fatto parificati a quelli riconosciuti allo stato di acuzie, riconoscendo tutte le esigenze di cui talvolta non si tiene conto a sufficienza, sempre per lo stato immutabile o irreversibile di questo tipo di patologie. Vanno quindi contrastate le situazioni, peraltro marginali, per cui gli operatori si prendono in carico solo il “guaribile” e conseguentemente tendono a “medicalizzare” la condizione patologica individuale, sottovalutando che il “sentirsi abbandonato” dai servizi assistenziali esaspera ed aggrava il vissuto della malattia, se non la malattia stessa.

Invece è proprio la cronicità con le sue caratteristiche che, come sopra specificato, impone la necessità di un approccio del “prendersi cura”, in cui vengono considerati, oltre agli aspetti medici, anche gli aspetti psico-relazionali, sociali, etici e antropologici.

Dal punto di vista assistenziale, quindi, si impone la gestione fondata su forme sempre meno tradizionali e strutturate di assistenza (day hospital, lungodegenza, riabilitazione, servizi territoriali e domiciliari, ospedali zonal di comunità, ecc.), superando l’attuale offerta dei servizi impostata sul trattamento del paziente acuto. E’ evidente quindi che il governo clinico della malattia cronica spetta al territorio, sia per ragioni legate alla vicinanza al malato sia per esaudire l’esigenza di continuità e di presa in carico che la malattia cronica richiede e che solo le potenzialità di questo livello assistenziale può soddisfare.

Proprio in riferimento alla cronicità l’assistenza territoriale deve mettere a punto uno dei cardini fondamentali di un’organizzazione sanitaria efficace e di qualità: la creazione di una organizzazione dei servizi a “rete”. Deve infatti essere realizzata l’interazione tra servizi e professionalità interne al Distretto, tra questo e l’assistenza ospedaliera nonché con il settore socio assistenziale, in un’ottica di continuità, globalità e circolarità che coinvolga l’intero sistema dell’offerta, privilegiando sempre la risposta in termini domiciliari, nel contesto familiare e comunitario dell’utente.

Un servizio elettivo per molte forme di cronicità è infatti quello dell’assistenza domiciliare integrata, che consente l’esercizio del diritto dell’ammalato ad essere inserito nella propria casa e nei propri affetti. Deve essere pertanto potenziato il sostegno alla famiglia che ha in carico un malato cronico, aumentando l’impegno e la quantità delle risorse, in un’azione coordinata ed integrata che eviti deresponsabilizzazione, vuoti e frammentazione di interventi.

In particolare, per quanto attiene alla riabilitazione della persona con patologia cronica, va precisato che l’attività dovrebbe tendere non solo al recupero funzionale e dell’organo leso, ma anche al recupero globale della persona, volto all’autogestione e al rientro come parte attiva nella propria rete relazionale e sociale.

Fondamentale è poi la formazione dei professionisti e degli operatori sanitari, che deve essere orientata a disporre l’accoglienza nei servizi della persona nella sua globalità, potenziando il lavoro di équipe con le diverse componenti sanitaria e sociale e approfondendo il rapporto con il paziente e i suoi familiari.

Considerando la dipendenza - necessaria e continuativa - che i malati cronici devono mantenere nei confronti di farmaci, presidi ed ausili, il servizio sanitario provinciale deve assicurare a) l’aggiornamento sistematico, rapido e continuativo alle innovazioni medico-scientifiche e tecnologiche che consentano una migliore gestione della malattia, b) modalità di prescrizione e fornitura chiare, univoche e semplificate, al fine di ridurre disagi, ritardi e omissioni che possono compromettere ulteriormente lo stato di salute o che possono aggiungere difficoltà e disagi aggiuntivi rispetto a quelli già presenti a causa delle condizioni di salute.

Infine, è determinante prevedere il rafforzamento e la valorizzazione dell’associazionismo dell’auto-mutuo aiuto, favorendo anche, dove si dimostri opportuno, la nascita di nuove associazioni nei casi patologici ancora non coadiuvati da queste forme importanti di supporto, in quanto è dimostrato che l’approccio di carattere empatico, fondato sul senso relazionale, di reciproco scambio, di condivisione e di solidarietà si pone spesso come mezzo di cura.

Malattie rare

Per affrontare le malattie rare occorrono formazione e aggiornamento professionale degli operatori, ricerca, innovazione e reti di collaborazioni con altri soggetti pubblici e privati di altre regioni italiane ed europee. Strategica per l’assistenza a questi malati è la creazione di un ambito

territoriale omogeneo di riferimento sufficientemente vasto proseguendo le iniziative già adottate attraverso l'Accordo in tema di malattie rare" che vede unite, su questo fronte, Trentino, Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Gli obiettivi generali che devono essere raggiunti con la creazione di quest'ambito territoriale omogeneo di "area vasta" sono i seguenti:

- individuare, secondo criteri condivisi, i presidi di riferimento per gruppi specifici di patologia;
- provvedere, per quanto possibile, ad omogeneizzare gli approcci assistenziali e le tipologie e modalità di accesso a benefici particolari per le specifiche malattie rare;
- istituire un unico sistema di monitoraggio, in modo da ridurre le disparità e le disuguaglianze tra i malati all'interno dell'area territoriale interessata;
- predisporre, per quanto di loro competenza, azioni comuni favorevoli allo sviluppo di interventi di formazione e aggiornamento, informazione e ricerca sul campo delle malattie rare, approfittando di tutte le opportunità offerte dalla creazione di reti internazionali, per partecipare ai progetti di sanità pubblica e di ricerca finanziati dalla Commissione Europea, dagli Stati Membri, dalle Regioni, o da altre istituzioni sanitarie.

L'impegno assunto implica inoltre l'individuazione, anche a livello locale, di una rete di presidi di riferimento - finalizzati alla diagnosi e/o alla certificazione e/o al trattamento - per gruppi di patologia.

8. Prevenzione delle disabilità e potenziamento delle abilità residue

La presa in carico della persona che vive una condizione esistenziale caratterizzata dall'handicap non può in alcun modo essere relegata all'ambito sanitario, ma è proprio la sanità che deve fungere da attivo catalizzatore dei processi nel tessuto sociale, su vari versanti (lavoro, scuola, abitazione, relazioni sociali, trasporti, ecc.) per consentire il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita della persona e per rendere reale e concreta la promozione dell'autonomia, dell'autosufficienza possibile e dell'integrazione sociale della stessa.

La condizione dell'handicap è normata in modo qualificato sia a livello nazionale e provinciale, con la previsione delle varie tipologie di benefici e di provvidenze per favorire l'esplicarsi della vita di queste persone.

Se la condizione si è instaurata in modo definitivo, è importante assicurare un progetto complessivo che contempli l'acquisizione e la fruizione raccordata di tutti i servizi e i sostegni finalizzati alla realizzazione di un livello qualitativamente elevato della vita individuale, relazionale e collettiva. La riduzione nel futuro del numero delle persone in condizione di disabilità passa innanzitutto attraverso i momenti della prevenzione e della diagnosi precoce delle menomazioni che conducono a tale condizione, attraverso l'intervento sui diversi fattori di rischio, quali:

- il momento concezionale e della nascita
- il verificarsi degli interventi lesivi
- l'invecchiamento

Una peculiare forma di prevenzione delle situazioni di handicap è costituita dal momento della riabilitazione, che infatti viene definita come "prevenzione terziaria", in quanto intervenendo dopo il verificarsi dell'evento di menomazione, può comunque consentire il recupero parziale e talvolta totale della situazione, nonché, in altri casi, il mantenimento, per evitare l'ulteriore peggioramento.

Il momento della riabilitazione, pur nelle sue innumerevoli forme, per essere efficace nell'ottica descritta, deve rispondere ai seguenti requisiti: tempestività, personalizzazione, agevole accesso, prioritizzazione dei bisogni, adeguata disponibilità, costanza e continuazione del trattamento.

La programmazione di un intervento complessivo a favore delle persone con handicap non può prescindere in ogni caso dalla conoscenza dinamica del fenomeno ("anagrafe handicap") e delle sue caratteristiche (sia per fini epidemiologici, sia per vedere quali esigenze prioritarie connotano il territorio). Di riflesso vanno censite tutte le tipologie di servizi esistenti, al fine di migliorare la risposta alla problematica ed eventualmente ricalibrarla sulla realtà evidenziata.

Per le persone che entrano o che sono già in una condizione di handicap, fondamentale, ai fini della realizzazione effettiva della loro autonomia ed integrazione, risulta il momento della valutazione del bisogno e delle conseguenti risposte da fornire. La presa in carico del soggetto deve essere comprensiva anche di tutti gli aspetti concernenti la vita sociale della persona.

Dovrà essere quindi creato e realizzato un progetto personalizzato ed integrato di intervento, con il contributo raccordato di tutte le discipline e settori sociali interessati, attraverso la formalizzazione di un'unità valutativa complessa multidisciplinare ad hoc. Ad essa spetterà anche il monitoraggio, la valutazione e l'aggiornamento nel tempo degli interventi.

Il lavoro dell'unità di valutazione comporta anche forme di coordinamento e di integrazione tra tutti i settori della vita sociale coinvolti, che permettano la confluenza delle iniziative e delle risorse.

La formalizzazione (attraverso l'unità valutativa sopra descritta) della presa in carico della persona con handicap permette di realizzare in modo più strutturato e formalizzato la necessaria integrazione interdisciplinare e socio-sanitaria sul campo.

L'unità valutativa deve fungere inoltre, per il cittadino e i suoi familiari, da "sportello informativo iniziale" per conoscere ed orientarsi nella gamma delle opzioni di servizio per la sua condizione.

Similmente a quanto previsto per il malato cronico, in considerazione della costante permanenza o contatto del soggetto con il sistema sanitario, devono essere superate e risolte le criticità e gli appesantimenti inutili di carattere burocratico, che impediscono una rapida e funzionale acquisizione, disponibilità e fruizione dei benefici, degli interventi e dei presidi offerti per migliorare la propria condizione. In questo contesto vanno anche garantiti ai soggetti disabili percorsi facilitati anche a livello diagnostico e terapeutico, con riguardo anche ai tempi di attesa, derivati da adeguati sistemi di monitoraggio.

Sempre al fine di favorire il massimo livello di capacità riabilitativa e qualità della vita alle persone disabili, è necessario garantire un elevato standard di disponibilità e di fruizione dell'assistenza protesica, che in tal senso deve rispondere a requisiti di rapido adeguamento alle innovazioni tecnologiche, di diffusione omogenea e personalizzata degli ausili e dei presidi, di adeguatezza e di appropriatezza.

9. Garanzia per tutti di una salute universale ed equa

Il primo intervento da attuare finalizzato all'obiettivo posto è quello di approfondire ed ampliare l'analisi dei fattori di disuguaglianza nella realtà locale, innanzitutto attraverso il proseguimento della ricerca sopraccitata, nel senso di indagare più a fondo la distribuzione spaziale degli eccessi di mortalità e delle correlate condizioni di svantaggio socio-economico, monitorando anche le tendenze temporali delle disuguaglianze ed estendendo l'indagine alla correlazione, oltre che alla mortalità, alla morbosità. Questo ai fini di individuare dove concentrare l'attenzione in via

prioritaria e di comprendere le cause, sul target così definito, che determinano gli eccessi di mortalità/morbilità e progettare su questa base programmi e politiche sanitarie mirate.

E' opportuno poi integrare questo studio con altre indagini, prendendo spunto da quanto emerso in altre realtà territoriali, anche in termini di indicatori che possono essere agevolmente applicati anche in loco, al fine di confermare e validare ulteriormente quanto dimostrato.

Un modo già testato per mettere in relazione i potenziali fattori di determinazione delle disuguaglianze nella salute deriva dal calcolo dell' "indice di deprivazione su base geografica", che è attualmente uno dei pochi strumenti operativi a disposizione per misurare in modo sintetico e con buon livello di credibilità oggettiva e scientifica.

Sulla base dei risultati emersi, la prima e più importante azione da mettere in campo è quella di carattere politico, nel senso che, in base proprio alle evidenze concrete e tipiche del contesto provinciale emerse dagli studi effettuati, il settore delle politiche per la salute deve diventare stimolo e parte attiva nei confronti degli altri settori della politica, affinché le scelte di competenza effettuate siano sempre compatibili e soprattutto sinergiche per il rafforzamento della salute della popolazione e per assicurare un guadagno equamente distribuito per la qualità della vita dei cittadini.

Dovrà in tal senso svilupparsi un'analisi intersettoriale per definire strumenti e modalità della valutazione d'impatto sulla salute delle decisioni prese dagli altri settori (scuola, lavoro, casa, trasporti, ecc.), che miri a valutare ex ante l'impatto sanitario delle decisioni, delle leggi e delle politiche pubbliche che si intendono proporre nell'ambito dei settori "sensibili" sopra descritti.

Inoltre, sempre in un'indispensabile ottica di collaborazione intersettoriale, dovrà proseguire in modo sempre più sistematica la diffusione dell'approccio della promozione della salute, mirato e con vari tipi di strumenti che consentano di colpire efficacemente i gruppi target svantaggiati cui si correlano negative e diseguali condizioni di salute, tenendo conto che a queste condizioni si associa spesso anche la difficoltà di esprimere il bisogno, e di progettare forme adeguate di ascolto e di risposta.

Importante è poi, per una presa in carico anche a livello comunitario dei problemi di salute delle persone svantaggiate, prevedere iniziative di informazione/sensibilizzazione della popolazione sul tema dei determinanti della salute, attraverso varie iniziative di comunicazione.

Nei casi in cui si riveli vantaggioso per una programmazione degli interventi integrata e completa, sarà dunque possibile sviluppare l'intervento sulle disuguaglianze con specifici progetti riferiti al target di popolazione identificata come a rischio e/o svantaggiata, avuto riguardo ai risultati che emergeranno dagli studi effettuati.

10. Tutela della salute dei detenuti in carcere

Per una programmazione degli interventi integrata e completa, occorre sviluppare l'intervento sulle disuguaglianze con specifici progetti riferiti al target di popolazione già identificata come a rischio e/o svantaggiata, come ad esempio nel caso dei detenuti in carcere.

L'obiettivo è quello di garantire il diritto alla tutela della salute dei detenuti, al pari dei cittadini in stato di libertà, ivi compresi il collegamento e la continuità assistenziale tra carcere e territorio. Ulteriore obiettivo sta nel miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari.

Il primo obiettivo da realizzare è quello di garantire la fornitura di livelli di prestazione analoghi a quelli assicurati ai cittadini liberi, definendo anche appositi modelli organizzativi di assistenza sanitaria, adeguati alla tipologia ed alle esigenze della popolazione carceraria, con

particolare attenzione alla promozione della salute, all'informazione-educazione sanitaria, alla prevenzione e cura del disagio psichico e sociale, alla tutela della salute della donna, della maternità e dell'infanzia, al passaggio di informazioni tra strutture sanitarie interne ed esterne sullo stato di salute della persona al momento della carcerazione, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione.

Deve poi essere garantita ovunque l'applicazione delle disposizioni in materia di esenzione dall'obbligo di compartecipazione alla spesa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario provinciale.

Determinante risulta anche assicurare apposite attività formative per il personale sanitario addetto all'assistenza carceraria e di sviluppare modalità sistematiche di valutazione dell'assistenza erogata. Anche l'approvazione e l'applicazione del recente schema di convenzione tra il Ministero di Grazia e Giustizia e la Provincia autonoma di Trento in tema di amministrazione penitenziaria deve essere finalizzato al miglioramento dell'assistenza ai detenuti, avendo particolare riguardo

- 1) alla patologie più rilevanti e significative per questo target di popolazione (malattie infettive e psichiche-mentali);
- 2) alla continuità delle prestazioni intramurarie con quelle extramurarie ai fini della salvaguardia della salute e dell'attuazione di una programmazione di prevenzione a cura integrata;
- 3) all'opportunità che la medicina di base sia affidata al Servizio sanitario penitenziario;
- 4) al coordinamento organizzativo ed operativo tra i due Enti, in modo da garantire i necessari e reciproci flussi informativi;
- 5) all'esercizio sistematico, da parte dell'Azienda sanitaria, delle attività di prevenzione, cura riabilitazione garantite dal Servizio sanitario all'interno delle carceri, attraverso la predisposizione di progetti ad hoc che tengano conto delle specificità patologica, sociale ed ambientale di questo target di popolazione, assicurando gli stessi standard di qualità previsti per l'attività extra muraria.

2.3.2 Obiettivi generali e specifici del programma

Gli interventi previsti dalla provincia di Trento per accedere ai finanziamenti deliberati dal CIPE citati a pagina 4 del presente documento si inseriscono nel disegno programmatico esposto nei precedenti paragrafi. Nel quadro delineato dagli obiettivi prioritari provinciali trovano una collocazione i cinque interventi dei quali, di seguito, vengono spiegati gli obiettivi generali e quelli a carattere più specifico².

Intervento n. 1 Servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico: investimento straordinario in apparecchiatura nell'ospedale di Trento.

Obiettivo generale

G1: Sviluppo dei servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico.

Obiettivi specifici

S1: Rafforzamento dell'ambito conoscitivo delle malattie neoplastiche;

S2: Ammodernamento della dotazione delle apparecchiature per la radioterapia;

S3: Apprendimento di nuove tecniche potenzialmente in grado di migliorare il trattamento dei tumori.

Intervento n. 2 Strutture residenziali per le cure palliative: realizzazione di una struttura hospice nella zona di Trento sud.

² Nella matrice a pagina 102 si mostra il riassunto del programma con gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi.

Obiettivo generale

G2: Potenziamento della rete provinciale delle strutture residenziali per le cure palliative.

Obiettivi specifici

S4: Garantire l'assistenza domiciliare integrata, per le cure palliative, in tutto il territorio provinciale;

S5: Miglioramento delle modalità per affrontare la fase terminale della malattia neoplastica.

Intervento n. 3 Strutture di assistenza odontoiatrica: potenziamento della rete degli ambulatori pubblici per l'assistenza odontoiatrica presso gli ospedali e i distretti della provincia.

Obiettivo generale

G3: Miglioramento dell'Assistenza odontoiatrica per le categorie vulnerabili in provincia di Trento

Obiettivi specifici

S6: Incremento delle prestazioni odontoiatriche rispetto al fabbisogno stimato

S7: Qualificazione dei livelli di assistenza.

Intervento n. 4 Sistemi informatici: miglioramento del Sistema Informativo provinciale attraverso la realizzazione di un progetto per la riorganizzazione dei processi dell'attività ambulatoriale.

Obiettivo generale

G4: Miglioramento del Sistema Informativo dell'A.p.s.s.

Obiettivi specifici

S8: Riduzione tempi di refertazione per le prestazioni ambulatoriali

S9: Riorganizzazione ed omogeneizzazione dei processi relativi all'attività ambulatoriale.

Intervento n. 5 Realizzazione del terzo lotto dei lavori di riorganizzazione spaziale dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto e costruzione di un parcheggio presso l'ospedale stesso.

Obiettivo generale

Ristrutturazione delle strutture pubbliche esistenti

Obiettivi specifici

S10: Adeguamento dei requisiti strutturali agli standard provinciali e miglioramento della qualità funzionale delle strutture

S11: Ripensamento del ruolo dell'ospedale in struttura medio-piccola ad alto contenuto tecnologico.

2.3.3 Analisi SWOT

Attraverso l'analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) si possono evidenziare i punti di forza (Strengths), di debolezza (Weaknesses) oltre che eventuali opportunità (opportunities) o minacce (threats) per il perseguimento di determinati obiettivi.

Nello specifico, tali punti di forza e debolezza sono solitamente causati da fattori endogeni, mentre le opportunità e le minacce provengono da fattori esogeni del sistema. Nel caso della presenza di minacce, evidentemente, non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e sfruttare quelli positivi.

L'efficacia di questa metodologia d'indagine dipende, in modo cruciale, dalla capacità di effettuare una lettura "incrociata" di tutti i fattori individuati nel momento in cui si definiscono le

politiche. E' necessario, infatti, appoggiarsi sui punti di forza e limare i difetti per massimizzare le opportunità e ridurre i rischi/minacce.

L'analisi SWOT consente di identificare le principali linee guida strategiche in relazione ad un obiettivo globale di sviluppo settoriale; il suo utilizzo è raccomandato soprattutto in fase ex ante per migliorare l'integrazione del programma nel suo contesto; in fase intermedia consentirà di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti e fornisce uno strumento per decidere modifiche al programma.

L'analisi SWOT di seguito illustrata in forma matriciale è focalizzata sugli obiettivi specifici che quindi assumono il significato di "contesto settoriale"; a questo livello è infatti possibile evidenziare quali sono i punti di forza e debolezza, così come le opportunità e le minacce.

Punti di Forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII Legislatura	Obsolescenza di talune attrezzature sanitarie	Propensione della popolazione ad accedere alle prestazioni di assistenza odontoiatrica presso strutture private	Approfondimento della conoscenza e della valutazione delle neoplasie
Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22: "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento"	Offerta disomogenea nell'erogazione dei LEA		Potenziamento delle modalità per affrontare con dignità il momento in cui i malati incurabili di tumore devono affrontare la parte terminale della vita
Sistema informativo provinciale	Vetustà di alcune strutture ospedaliere		Miglioramento su tutto il territorio provinciale dell'assistenza odontoiatrica alle categorie vulnerabili
Rete ospedaliera provinciale			Miglioramento del sistema informativo provinciale
			Adeguamento dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto agli standard provinciali

3. CAPITOLO III

3.1 Dettaglio degli interventi

3.1.1 Servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico: investimento straordinario in apparecchiature nell'ospedale di Trento

Stato attuale della radioterapia

1. la radioterapia contribuisce alla cura di circa il 40% dei pazienti affetti da cancro (globalmente il tasso di cura è del 50-55% a seconda delle fonti e dei tipi di tumore considerati) da sola o in associazione alla chirurgia e/o chemioterapia
2. % successi: dal 90-100% piccoli tumori cutanei e tumori iniziali della laringe allo 0% del glioblastoma multiforme
3. circa il la metà (tra 35 e 60% a seconda delle aree e delle disponibilità) di tutti i pazienti con tumore necessita di radioterapia in qualche momento della sua malattia e circa il 20-25% viene irradiato più di una volta per recidiva o metastasi (1/3 delle ricadute potrebbero essere evitate migliorando la dose)

Nella nostra provincia il numero di pazienti trattati è di circa 1450/anno (RT a fasci esterni 1300 – brachiterapia 80 – IORT 70)

Investimenti in provincia di Trento negli ultimi 10 anni:

a partire dal 1993 fino al 2002 (1993,1998,1998, 2002) sono stati sostituiti i 4 Linac installati prima dell'apertura del Centro Oncologico nel 1980. Circa 4.095.000,00 €

1996: rinnovato e aggiornato il sistema di Treatment Planning, 130.000, 00 €

1998: sostituito il simulatore tradizionale 543.000,00 €

2002: implementazione IMRT (up-grade LINAC, rete locale con DICOM-RT, nuovo lettino di trattamento in fibra di carbonio, BAT, strumenti di dosimetria) 800.000 € (comprensivo di finanziamento straordinario nazionale)

2003: acquisito TAC-simulatore (in fase di installazione), 1.200.000,00 €

2004: rinnovo miniSelectron per brachiterapia 82.000,00 €

TOTALE: 6.850.341,00 €

I costi di start-up e di aggiornamento della apparecchiature di radioterapia sono elevati ma se si guarda a lungo termine e al numero di pazienti trattati nell'arco di 10-15 anni possiamo vedere che secondo calcoli della Comunità Europea del 1991:

- RT ca. 3000 €/ trattamento
- Chirurgia ca. 7.000 €/ trattamento
- Chemioterapia ca. 17.000 €/ trattamento

La RT, pur contribuendo alla cura del 40% dei pazienti affetti da cancro, è poco costosa di per sé e, soprattutto, “very cost-effective”

E' giusto tuttavia considerare che le nuove tecnologie hanno sicuramente aumentato di circa 1/3 i costi negli ultimi anni

Nelle ultime decadi la diagnosi precoce ha reso possibile più frequentemente il riconoscimento di tumori allo stadio iniziale.

Il continuo e costante progresso nel campo della diagnostica oncologica (TAC multistrato, RM e RM spettroscopia, PET e TC-PET) hanno migliorato significativamente negli ultimi 10 anni

le possibilità di identificare correttamente il volume tumorale (che costituisce il vero “bersaglio” del trattamento radiante) e di definire le strutture sane a rischio di effetti tossici severi.

I progressi nel campo dell'oncologia medica in generale consentono un allungamento della sopravvivenza e hanno trasformato la malattia oncologica in una malattia “cronica” con fasi di remissione e fasi di ricaduta.

Per queste ragioni le possibilità di cura della malattia tumorale sono aumentate ed è aumentata la richiesta di ritrattamenti rendendosi sempre più indispensabile la necessità di effettuare una radioterapia di alta precisione.

Già negli anni 80-90 si è progressivamente affermata la RT 3-D conformazionale che viene erogata attraverso acceleratori lineari standard in cui ogni campo di irradiazione è sagomato in modo da conformarsi alla forma del tumore prevalentemente mediante collimatori multilamellari. Nell'ultimo decennio per aumentare il grado di conformità (anche per tumori e sedi irregolari) è stata sviluppata e introdotta nella pratica clinica la “radioterapia a intensità modulata” (IMRT).

Più recentemente, sono state sviluppate sorgenti di raggi X da 6 MV montate su un braccio robotico quali il Cyberknife (Vicenza) o un supporto meccanico simile a quello della TAC (tomoterapia elicale: San Raffaele, Milano; CRO, Aviano) : si tratta di tecniche di IMRT di tipo stereotattico che consentono un'ulteriore miglioramento del rapporto dose elevata al tumore/dose minima ai tessuti circostanti attraverso una caduta selettiva della dose ai margini della neoplasia e riducendo. Le indicazioni sono neoplasie cerebrali primitive e metastatiche, neoplasie localizzate del polmone, del pancreas, neoplasie primitive e metastatiche del fegato.

La possibilità di eseguire trattamenti radianti più precisi ha di conseguenza aumentato anche la necessità di aumentare la precisione delle verifiche dei campi di trattamento prima e durante l'irradiazione (in altre parole ora bisogna sapere in modo esatto dove si trova il tumore durante l'irradiazione): dalle radiografie portali eseguite in modo manuale all'acceleratore si è passati ai sistemi portali elettronici on-line (che controllano i campi di irradiazione attraverso il confronto di reperi anatomici) e si va verso i sistemi di cone-beam CT sull'acceleratore lineare (che ricostruiscono il volume e controllano la posizione del tumore prima di ogni singola seduta di trattamento). In quest'ultimo modo è possibile modificare i piani di trattamento non solo in base alle incertezze geometriche e di movimento ma anche in funzione della riduzione del tumore durante l'intero corso del trattamento (IGRT: Image Guided Radiation Therapy)

E' evidente che ci stiamo gradualmente avvicinando al momento di obsolescenza del primo acceleratore sostituito nel 1993 e alla necessità di una seconda sostituzione in linea con i miglioramenti della tecnologia.

E' altresì evidente che i progressi anche negli altri campi dell'oncologia (dalle immagini ai nuovi farmaci e alla biologia) portano sostanzialmente verso una radioterapia sempre più mirata e precisa, personalizzata sulle caratteristiche del singolo paziente, capace di aumentare il controllo locale e ridurre gli effetti collaterali integrandosi con gli altri mezzi. Se si vuole la protonterapia potrebbe rappresentare la punta di diamante di questo processo, ma è indubitabile che la radioterapia con fotoni rimarrà il trattamento di scelta per la maggior parte dei pazienti. E' doveroso quindi pensare ad avere una radioterapia convenzionale altrettanto di eccellenza (anche per far fronte ai possibili fermi macchina della protonterapia).

Di conseguenza le azioni da intraprendere devono essere indirizzate all'introduzione di apparecchiature e/o tecniche innovative cui saranno richieste alcune importanti caratteristiche:

- a. l'apparecchiatura/tecnica deve essere in grado di erogare il trattamento radiante in modo sicuro in un'ampia varietà di situazioni e presentazioni cliniche;
- b. di grande importanza è l'accuratezza del trattamento; la dose erogata e la localizzazione devono essere eguali a quelle programmate entro margini molto stretti;
- c. la precisione e la disponibilità dell'apparecchiatura/tecnica devono essere molto elevate;

- d. elevate prestazioni dato il grande volume di immagini ed informazioni che devono essere trattate e rese disponibili in tempi ridotti da ogni posto di lavoro.
- e. l'intera catena di gestione del paziente dovrebbe essere implementata in modo da formare un insieme perfettamente integrato all'interno della radioterapia al fine di ottimizzare le possibili interruzioni, di garantire l'interfacciamento con le altre apparecchiature esistenti (TC simulatore, TPS, altri LINAC) in modo semplice e automatico o semi-automatico, di fornire il programma degli appuntamenti e la rilevazione di tutte le operazioni eseguite con scopo di verifica, tracciabilità dei percorsi e controllo (anche di tipo amministrativo e medico legale); Garantire il flusso di lavoro il più semplice possibile ed allo stesso tempo il più efficiente in modo da garantire anche la riduzione del rischio di errori medici.

Le priorità individuate nell'unità operativa dell'Ospedale di Trento sono rappresentate dall'acquisto di nuove attrezzature :

1. UPGRADE LINAC SLI 15 S.N. 105470 (Bunker 4)

consistente in:

- Lettino di trattamento isocentrico dotato di Tavolo porta paziente in fibra di carbonio
- Aggiornamento Desktop alla nuova versione.

2. UPGRADE LINAC SLI IM S.N. 105780 (Bunker 3)

consistente in:

- Sostituzione del Sistema di Immagini Portali Elettronico I-View con nuovo modello I-View GT con rivelatori al silicio amorfo
- Aggiornamento Desktop alla nuova versione

3. UPGRADE LINAC SLI 10 S.N. 105529 (Bunker 1)

consistente in:

- Aggiornamento Desktop alla nuova versione
- Predisposizione Hardware per il montaggio del Sistema I-View attualmente installato sul Linac SLIIM (bunker 3)
- Tavolo porta paziente in fibra di carbonio Mod. I-Beam Evo.

4. SISTEMA RECORD & VERIFY PER GLI ACCELERATORI ATTUALMENTE INSTALLATI

5. SISTEMA REGISTRAZIONE INFORMATIZZATA DEI DATI PIANIFICAZIONE E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE

6. ACCELERATORE LINEARE PER TECNICHE AVANZATE DI "ADAPTIVE IMAGE GUIDED RADIOTHERAPY" E TRATTAMENTI STEREOTASSICI DI PRECISIONE

consistente in:

- Acceleratore Lineare
- Lettino di trattamento isocentrico dotato di Tavolo porta paziente in fibra di carbonio
- Sistema RECORD & VERIFY

- Sistema per immagini portali elettroniche
- Collimatore Multilamellare
- Sistema di immagini a raggi X (KV RAY VOLUME IMAGING INTEGRATO)
- Sistema di controllo della respirazione

7. SISTEMA PER RADIOCHIRURGIA STEREOTASSICA TOMOTERAPIA
consistente in:

- Collimatore Dinamico Micro-Multilamellare
- Hardware stereotassico

8. COMPLETAMENTO SISTEMA REGISTRAZIONE INFORMATIZZATA DEI
DATI PIANIFICAZIONE E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE AL FINE DI
GESTIRE L'IMAGING (PACS) e UPGRADE SISTEMA PER PIANI DI
TRATTAMENTO

Tempistica: i tempi di attuazione dell'intervento saranno di circa 9 mesi, necessari per l'indizione ed espletamento del bando di gara, per la scelta delle apparecchiature, per i lavori di installazione e di verifica apparecchiature. Altri 3 mesi saranno necessari per la formazione del personale.

Fabbisogno finanziario:

Descrizione	Prezzo Iva esclusa	Prezzo Iva inclusa
Upgrade Linac SLI 15 s.n. 105470	156.200,00	187.440,00
Upgrade Linac SLI IM s.n. 105780	234.500,00	281.400,00
Upgrade Linac SLI 10 s.n. 105529	41.800,00	50.160,00
Sistema Record & Verify per gli acceleratori attualmente installati	142.945,00	171.534,00
Sistema registrazione informatizzata dei dati di pianificazione e trattamento del paziente	132.888,00	159.465,00
Acceleratore lineare per tecniche avanzate di "Adaptive image guided radiotherapy" e trattamenti stereotassici di precisine	2.365.947,00	2.839.136,00
Sistema per radiochirurgia stereotassica e tomoterapia	413.850,00	496.620,00
Completamento del sistema di registrazione informatizzata dei dati di pianificazione e del trattamento del paziente al fine di gestire l'imaging (PACS) e l'upgrade del sistema per piani di trattamento	666.667,00	800.000,00
Totale	4.154.797,00	4.985.755,00

Finanziamento:

Art. 20	Pat	Totale
4.718.339,00	267.416,00	4.985.755,00

3.1.2 Strutture residenziali per le cure palliative: realizzazione di una struttura hospice nella zona di Trento sud

Con D.L. 28 dicembre 1998 n. 450, convertito nella Legge 26 febbraio 1999 n. 39 recante “Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000” sono state emanate indicazioni per la realizzazione, in ogni regione e provincia autonoma, di una o più strutture dedicate all’assistenza palliativa e di supporto, con priorità a pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e dei loro familiari.

Il Ministero della Sanità con successivo decreto del 28 settembre 1999 ha stato adottato il “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative” che ha definito i criteri organizzativi e le modalità di integrazione delle attività della rete di cure palliative che è stato recepito dalla Giunta provinciale di Trento che, con deliberazione n. 2427 del 29 settembre 2000, ha approvato il “Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento”. Successivamente, con la deliberazione della Giunta provinciale n. 439 dell’8 marzo 2002, si è provveduto ad individuare le aree appositamente destinate alle realizzazione di cure palliative presso l’ospedale di Rovereto e gli ospedali generali di zona.

Tra i nuovi scenari della programmazione sanitaria delineati nel corso del 2007 è sorta l’ipotesi di un nuovo assetto organizzativo previsto per la rete delle cure palliative in provincia di Trento, avendo tenuto conto, in particolare, a quanto stava maturando nelle sedi nazionali rispetto agli standard quantitativi e qualitativi relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, successivamente recepiti con Decreto del Ministero della Salute n. 43 del 22 febbraio 2007. Il nuovo modello si è posto come obiettivo, da un lato, l’aumento dell’offerta di posti letto e, dall’altro, il coinvolgimento di nuovi soggetti prevedendo di sostituire la realizzazione delle aree appositamente dedicate presso l’ospedale di Rovereto e gli altri ospedali di distretto, con la costruzione di due nuove strutture hospice, di cui una localizzata a Trento Sud (10 p.l.) e l’altra presso la RSA di Mori (9 p.l.).

Attualmente in provincia di Trento sono disponibili 6 p.l. per cure palliative presso l’Ospedale di Mezzolombardo.

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 2578/2007 di data 23 novembre 2007 è stato aggiornato il “Programma per la realizzazione della rete di cure palliative in provincia di Trento” che ha delineato una programmazione sanitaria in materia di cure palliative tesa alla ricerca dello sviluppo di sinergie fra diversi soggetti che operano e intendono operare nel settore. Nello specifico, la Patrimonio del Trentino S.p.A. si è resa disponibile a realizzare la nuova struttura hospice a Trento Sud, con un impegno di spesa stimato in euro 2,5 milioni nel rispetto dei requisiti previsti dal DPCM 20 gennaio 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative” unitamente a quelli previsti dal D.P.G.P. n. 30-48/Leg del 27 novembre 2000 “Regolamento concernente disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell’art. 43 della L.P. 3 febbraio 1998, n. 3”, ed a metterla a disposizione dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Nella convenzione tra le parti, stipulata in data 8 ottobre 2008 e ratificata dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 2586 di data 10 ottobre 2008 la Provincia cede alla Patrimonio del Trentino S.p.A. la proprietà del terreno ove verrà edificato il nuovo “Hospice Trento Sud”, a norma dell’art. 14, comma 3, della L.P. 10 febbraio 2005 n. 1 e .s.m. e finanzia la quota dell’investimento per la realizzazione della struttura per l’importo di euro 997.151,21 residuale rispetto all’importo a carico di Patrimonio del Trentino S.p.A.

La Fondazione Hospice fornirà gli arredi e le attrezzature e curerà, attraverso una cooperativa di solidarietà sociale, la gestione della struttura.

La proprietà dell'immobile realizzato, ad eccezione di arredi e attrezzature, resterà in capo alla società Patrimonio del Trentino S.p.A., che metterà tale struttura a disposizione dell'Apss sulla base di un accordo contrattuale che disciplinerà le condizioni in merito alla manutenzione ordinaria e straordinaria ed alla durata della messa a disposizione.

A breve verranno attivate, presso il Comune di Trento, da parte dei competenti servizi provinciali le procedure per la modifica della destinazione urbanistica delle particelle fondiarie interessate, da zona agricola a zona edificabile. Le particelle, inoltre, saranno preventivamente accorpate e frazionate, secondo l'esigenza di spazi esterni della vicina "Casa del Sole" finalizzata alla sperimentazione della Pet-Therapy; la Fondazione Hospice si è resa disponibile a fornire, a proprie spese, gli arredi ed attrezzature necessarie alla struttura hospice ed a gestire il nuovo "Hospice Trento Sud" per il tramite di una Cooperativa di solidarietà sociale preposta alla funzione di Ente gestore.

Ferme le disposizioni riguardanti l'autorizzazione e l'accreditamento di cui alla legge provinciale n. 3 del 3 febbraio 1998 e al D.P.G.P. n. 30-48/Leg. del 27 novembre 2000, per la gestione del nuovo "Hospice Trento Sud" verranno compiuti gli atti istruttori necessari per addivenire, in tempo utile con la conclusione dell'opera, all'attivazione della struttura. La Provincia autorizzerà apposito programma di sperimentazione gestionale tra la Fondazione Hospice e l'Azienda Sanitaria a norma dell'art. 9 bis del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m., che regolamerterà oltre alla gestione, le modalità di accesso, che dovrà avvenire attraverso l'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) - CP competente per territorio, di erogazione delle prestazioni di cure palliative ed inoltre di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica. Inoltre, con appositi provvedimenti, la Giunta definirà le modalità per la cessione del terreno in questione, opportunamente accorpate, frazionate e modificate nella destinazione urbanistica, alla Patrimonio del Trentino S.p.A., al fine della realizzazione del nuovo "Hospice Trento Sud", autorizzerà e disciplinerà il programma di sperimentazione gestionale tra la Fondazione Hospice e l'Azienda Sanitaria a norma dell'art. 9 bis del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m. oltre a definire la tariffa giornaliera per la corretta copertura dei costi di gestione dell'Hospice. La singola tariffa giornaliera sarà predeterminata sulla base dei posti letto attivati.

Tempistica: i lavori inizieranno nel 2010 e dureranno verosimilmente due anni. L'attivazione della struttura è prevista nel 2012.

Fabbisogno finanziario:

Descrizione	Importo
Realizzazione della struttura	2.452.516,00
Fondo di Riserva per spese impreviste o altri interventi	47.484,00
Totale	2.500.000,00

Finanziamento:

Art. 20	Pat	Patrimonio del Trentino S.p.A.	Totale
949.668,00	47.484,00	1.502.848,00	2.500.000,00

3.1.3 Strutture di assistenza odontoiatrica: potenziamento della rete degli ambulatori pubblici per l'assistenza odontoiatrica presso gli ospedali e i distretti della provincia

La salute del cavo orale in senso lato e l'assistenza odontoiatrica in particolare rappresenta il settore cui il Servizio sanitario nazionale ha tradizionalmente dedicato un impegno limitato, nonostante le implicazioni di carattere sanitario e sociale collegate a questo tipo di assistenza in termini di qualità della vita e sostenibilità economica.

I limiti del SSN e gli alti costi delle prestazioni offerte nel libero mercato, creano condizioni di disuguaglianza nell'accesso all'assistenza odontoiatrica che, quindi, dipende quasi esclusivamente dal livello di reddito personale, poiché le prestazioni odontoiatriche preventive, e quelle terapeutiche in particolare, sono raramente ricomprese fra i benefici di assicurazioni volontarie.

Oggi l'organizzazione dell'offerta odontoiatrica da parte dei Servizi sanitari delle Regioni è assolutamente disomogenea: accanto alla promozione di comportamenti positivi di prevenzione individuale, primaria e secondaria, si registrano livelli del tutto diversi di offerta di servizi diagnostici e terapeutici a carico del SSN.

Per tale ragione, si sta assistendo, su tutto il territorio nazionale, ad iniziative volte a garantire uniformità ed omogeneità di servizi per le cure odontoiatriche attraverso la definizione della tipologia delle prestazioni che devono essere garantite da tutte le Aziende sanitarie delle Regioni e allo sviluppo di reti di servizi per le cure odontoiatriche, gestiti direttamente o in convenzione.

La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dal decreto legislativo n. 229/1999 - che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e disciplina il funzionamento dei Fondi integrativi del SSN - e dal DPCM 29/11/2001 recante la "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e s.m..

Tali indicazioni nazionali limitano la competenza del SSN ai "programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva" e alla "assistenza odontoiatrica e protesica a favore di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità", affidando ai Fondi integrativi del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari.

Nel quadro delle indicazioni LEA relative al settore dell'assistenza odontoiatrica, la Provincia Autonoma di Trento ha già disciplinato il settore attraverso:

- la legge provinciale n. 20/1991 (Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortodontica);
- la deliberazione della Giunta provinciale n. 1788/2004 che, aggiornata dalle successive deliberazioni n. 1059/2007 e n. 1060/2007, ha definito - precorrendo le indicazioni assunte in sede nazionale - la rete dei servizi rivolti all'età evolutiva, a categorie di soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria, sociale ed economica, alla popolazione generale.

Legge provinciale 22/2007

Più recentemente – sulla scorta di diversi disegni di legge, presentati in avvio della presente legislatura, confluiti in un testo unico elaborato sulla base della proposta di legge presentata dal governo provinciale - il Consiglio provinciale ha riordinato il settore in parola, attraverso l'approvazione della legge provinciale n. 22/2007 recante "*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*" e finalizzata a sviluppare quest'ambito di tutela della salute attraverso:

- la definizione dei diritti esigibili da parte dei cittadini nel settore delle cure odontoiatriche;
- l'impegno prioritario nella rete dei servizi rivolti a categorie di persone in condizioni di particolare vulnerabilità sanitaria e sociale;
- il consolidamento e lo sviluppo del programma per l'assistenza protesica e per l'ortodonzia in favore degli assistiti aventi titolo;
- la definizione del campo di operatività dei Fondi integrativi del SSN, riservandosi ulteriori

interventi al fine di favorirne lo sviluppo per le prestazioni integrative.

Per la propria attuazione, la legge provinciale n. 22/2007 dispone, all'articolo 6, che la Giunta provinciale individua con propria deliberazione - annualmente e per ciascuna tipologia di prestazione - condizioni, limiti e modalità di accesso, ivi inclusa l'eventuale compartecipazione degli assistiti alla spesa determinando, in particolare:

- a) gli indirizzi per la valutazione della situazione economico-patrimoniale del nucleo familiare di riferimento, sulla base dei criteri previsti dall'articolo 6 della legge provinciale n. 3 del 1993 e dell'articolo 7 della legge provinciale n. 2 del 1997, e l'articolazione dell'eventuale compartecipazione degli assistiti alla spesa;
- b) le tariffe, a remunerazione delle prestazioni degli ambulatori e degli studi odontoiatrici privati, erogate nell'ambito dell'assistenza diretta e indiretta; le tariffe sono definite sentito l'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri nonché l'associazione rappresentativa degli odontotecnici; le tariffe possono essere differenziate in relazione a specifiche esigenze curative ed evidenziano la remunerazione delle eventuali prestazioni odontotecniche;
- c) le prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza definiti dalla normativa nazionale, da riservare agli iscritti al servizio sanitario provinciale residenti in provincia di Trento;
- d) la specificazione dei soggetti in condizione di particolare vulnerabilità e, ove occorra, degli altri destinatari degli interventi previsti da questa legge;
- e) le caratteristiche e i contenuti del libretto sanitario odontoiatrico nel quale è inserito il piano individuale di prevenzione;
- f) gli indirizzi per organizzare gli interventi di prevenzione primaria in collaborazione fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli altri enti ed istituzioni operanti sul territorio provinciale.

Le direttive all'Apss per l'attuazione della legge sono state deliberate dalla Giunta in data 25 luglio 2008. Nello specifico sono stati individuati:

- i destinatari: soggetti in età evolutiva, categorie vulnerabili, famiglie a basso reddito;
- le prestazioni che devono essere garantite: prevenzione primaria (profilassi, campagne,...), prevenzione secondaria (cure), protesi fisse, protesi mobili, ortodonzia intercettiva;
- modalità: tariffario, modello Icef. Erogazione diretta o indiretta (rimborso).

In proposito, gli approfondimenti condotti dal Servizio Economia e programmazione sanitaria in collaborazione con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, segnalano che i livelli delle predette tariffe possono essere ritenuti congrui, avuto riguardo alle informazioni derivabili dagli studi di settore, al tariffario dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, ai tariffari che trovano applicazione presso studi odontoiatrici in realtà regionali limitrofe.

Sulla base di detta istruttoria, sono state definite le Direttive per l'attuazione della legge provinciale n. 22/2007.

Con l'entrata a regime della L.P. 22/2007, risulta evidente la necessità, per l'APSS, di operare investimenti finanziari nel settore dell'assistenza odontoiatrica con riferimento soprattutto agli ambulatori situati nelle strutture presenti negli Ospedali/distretti sanitari (Trento, Rovereto, Arco, Cles, Malè, Tione, Cavalese, Borgo Valsugana), che assicurano l'erogazione delle prestazioni di prevenzione primaria e secondaria; il fabbisogno finanziario che ne consegue deriva da opere di adattamento dei locali attualmente disponibili, opere che riguardano la creazione di nuovi spazi per l'erogazione delle prestazioni, l'acquisizione di nuove attrezzature tecnico-sanitarie, l'adeguamento alle normative di sicurezza antincendio-antisismica e, soprattutto, l'acquisizione di attrezzature tecnico-economiche.

Tempistica: il progetto necessita dei fondi per l'attivazione che può essere immediata. La realizzazione del progetto potrà essere completata entro il 2010.

Fabbisogno finanziario:

Descrizione	Importo
Sistemazione immobili	530.000,00
Acquisto attrezzature tecniche	360.000,00
Acquisto attrezzature economali	107.152,00
Totale	997.152,00

Finanziamento:

Art. 20	Pat	Totale
939.668,00	57.484,00	997.152,00

3.1.4 Sistemi informatici: miglioramento del Sistema Informativo provinciale attraverso la realizzazione di un progetto per la riorganizzazione dei processi dell'attività ambulatoriale

1. DESCRIZIONE DELL'AMBITO APPLICATIVO OGGETTO DELL'INTERVENTO

1.1 Obiettivi del progetto

L'obiettivo del progetto è la riorganizzazione ed omogeneizzazione dei processi amministrativi dell'attività ambulatoriale e dei relativi flussi informativi delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni a carico dell'Apss di Trento. Il processo si focalizza in particolare delle attività amministrative di supporto alla prestazione sanitaria, partendo dalla prescrizione fino al pagamento del ticket ed alla successiva compensazione tra struttura sanitaria e Apss.

Questa esigenza nasce da una situazione in cui la disponibilità di informazioni sull'attività specialistica ambulatoriale è qualitativamente scarsa e limitata alla raccolta di dati riassuntivi periodici per struttura relativi al totale delle prestazioni per branca specialistica. Inoltre, ogni struttura erogante prestazioni a carico dell'Apss adotta modalità organizzative di gestione delle fasi amministrative del processo assistenziale (prenotazione, accettazione, pagamento ticket) differenti, con conseguente disomogeneità nell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini.

1.2 Macroaree di intervento applicativo

Gli interventi per questa area di progetto sono classificabili nelle linee di evoluzione dell'attuale sistema informativo sanitario dell'Apss:

1. Workpackage 1: portale di interscambio informativo web-based che dovrà interagire con il sistema ADIUVAT di Apss per la gestione dell'erogazione di presidi, materiali di medicazioni, autorizzazioni a prestazioni e cure specialistiche e i sistemi informativi delle strutture accreditate alle prestazioni specialistiche del territorio (case di cura, ambulatori, strutture specializzate). I rapporti di comunicazione, infatti, tra Apss e i soggetti privati convenzionati e fornitori di prestazioni sanitarie dirette all'utenza sono attualmente gestiti manualmente o tramite diversi sistemi gestionali.
2. Workpackage 2: sviluppo e attivazione di una soluzione informatica per la gestione delle fasi di accettazione ed incasso delle prestazioni sanitarie erogate presso le strutture convenzionate esterne. Tale workpackage comprende anche la predisposizione delle soluzioni di cooperazione applicativa con gli eventuali sistemi informativi sanitari in uso presso le strutture esterne.
3. Workpackage 3: revisione, all'interno dell'Apss, dei processi applicativi che vanno a coprire la filiera prescrizione-prenotazione-accettazione-rendicontazione; sviluppo e attivazione di soluzioni informatiche rivolte alla cooperazione applicativa per aumentare l'efficienza di processo e migliorare la qualità del dato. In tale workpackage si inseriscono le attività rivolte all'attivazione di una sperimentazione operativa per la gestione della prescrizione elettronica con timbro digitale.

Tali interventi non si collocano unicamente nell'ambito dell'informatizzazione dei aree funzionali attualmente coperte con soluzioni specifiche e non integrate, ma anche nell'alveo del più generale obiettivo di garantire un'adeguata risposta alle sempre più complesse e stringenti richieste di assolvimento del debito formativo.

Si specifica che le soluzioni applicative saranno orientate ad una completa integrazione funzionale con l'infrastruttura esistente presso l'Azienda.

2. IMPEGNO RISORSE E COSTI DEL PROGETTO

2.1 Impegno risorse sviluppo ed implementazione software

L'impegno previsto per le attività di analisi, progettazione e delivery applicativo è stato stimato in 1470 giornate/uomo, così suddivise:

	Workpakage 1	Workpakage 2	Workpakage 3
	Ex art. 26 (strutt. res.)	Spec. amb. str. conv.	Strutture Apss
PM	5	6	9
PA	30	20	20
CC	35	50	35
AP	35	60	55
SS	170	280	290
AP	50	60	50
CC	15	20	20
CC	55	70	30
Tot.	395	566	509

I profili che verranno impegnati nelle suddette attività saranno i seguenti:

PM: Project Manager

Il PM ha esperienza in:

- definizione e stima degli obiettivi di un gruppo di lavoro a breve e medio termine e relativo controllo;
- definizione e stima degli obiettivi di dettaglio delle singole risorse e relativo controllo;
- monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti;
- controllo di qualità delle attività svolte e dei relativi prodotti intermedi e finali;
- definizione della evoluzione della metodologia di sviluppo e relativa applicazione;
- reporting di progetto;
- gestione delle criticità e analisi del rischio.

Nella specificità della fornitura è responsabile in particolare delle seguenti attività:

- predisposizione/aggiornamento del Piano di progetto;
- predisposizione dello stato di avanzamento lavori e dei prodotti di fase;
- predisposizione della documentazione relativa alla validazione dei servizi (verbali di accettazione, verbali di collaudo, ecc.);
- predisposizione del reporting di progetto.

PA: Project Manager Applicativo

Il PA ha esperienza in:

- analisi funzionale di ambiente decisionale;
- problematiche organizzative e funzionali con riferimento ai flussi informativi ed ai processi operativi e decisionali dell'ambiente amministrativo della Pubblica Amministrazione;

- metodologie e tecniche di analisi organizzativa (business process reengineering, activity based costing, workfloz analysis, dimensionamento strutture organizzative, determinazione carichi di lavoro, ecc.) e di analisi funzionale.

AP: Analista Programmatore

La figura prevista ha significativa esperienza e conoscenze in:

- analisi e progettazione di sistemi informativi sia con metodologie strutturate sia object-oriented;
- utilizzo di strumenti CASE;
- tecniche di pianificazione e conduzione di interviste e riunioni con l'utente;
- sistema di qualità di riferimento;
- tematiche applicative gestionali, amministrative e contabili;
- pluriennale esperienza su progetti in ambito sanità;
- conoscenza della struttura architeturale e funzionale del progetto di riferimento;
- esperienza sulle problematiche di sicurezza legate alla privacy ;

SS: Sviluppatore Software

La figura prevista ha significativa esperienza e conoscenze in:

- metodologie di sviluppo software applicativo (J2EE, LAMP, .NET,...);
- predisposizione di piani di testing funzionali e loro applicazione;
- motori database relazionali;
- standard di sviluppo e cooperazione applicativa.

CC: Customer Care Suuport

La figura prevista ha significativa esperienza e conoscenze in:

- installazione e configurazione ambienti di test e di produzione;
- preparazione, organizzazione ed effettuazione percorsi formativi;
- assistenza all'utenza finale (problem solving);
- migrazione archivi;
- documentazione.

2.2 Cronoprogramma di progetto (inizio previsto per dicembre 2009 – gennaio 2010)

Contesto		Mese																	
WP	Task	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
WP 1	Analisi dei requisiti	■	■																
	Modellazione dei requisiti		■																
	Realizzazione soluzione prototipale		■	■															
	Validazione del prototipo				■														
	Sviluppo del sistema					■	■	■											
	User acceptance								■										
	Risoluzione NC								■										
	Documentazione									■									
	Collaudo del sistema										■								
	WP 2	Analisi dei requisiti			■	■													
Modellazione dei requisiti					■	■													
Realizzazione soluzione prototipale						■	■												
Validazione del prototipo								■											
Sviluppo del sistema									■	■	■								
User acceptance												■							
Risoluzione NC												■							
Documentazione													■						
Collaudo del sistema														■					
WP 3		Analisi dei requisiti					■	■											
	Modellazione dei requisiti						■	■	■										
	Realizzazione soluzione prototipale								■	■	■								
	Validazione del prototipo											■							
	Sviluppo del sistema												■	■	■	■			
	User acceptance																■		
	Risoluzione NC																	■	
	Documentazione																		■
	Collaudo del sistema																		■

2.3 Tempi di realizzazione

In termini generali si può confermare l'ipotesi iniziale di realizzazione stimata in 18 mesi dalla data di avvio. Al momento è ragionevole ipotizzare l'inizio dei lavori tra dicembre 2009 e gennaio 2010. Nella iniziale fase di analisi verranno prodotti i documenti di pianificazione dettagliata per ognuno dei tre workpakages individuati.

2.4 Costi del progetto

Il costo previsto è pari a euro 830.960,00, IVA esclusa, così sintetizzato:

Descrizione	Importo IVA esclusa	Importo IVA inclusa
Project management	30.000,00	36.000,00
Licenze SW	60.000,00	72.000,00
Realizzazione ed implementazione SW applicativo (analisi, sviluppo, personalizzazione, parametrizzazione) e servizi professionali (formazione, affiancamento)	740.960,00	889.152,00
TOTALE	830.960,00	997.152,00

Finanziamento:

Art. 20	Pat	Totale
939.668,00	57.484,00	997.152,00

3.1.5 Realizzazione del terzo lotto dei lavori di riorganizzazione spaziale dell'ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto e costruzione di un parcheggio presso l'ospedale stesso

L'elemento strategico del complessivo intervento di riorganizzazione dell'ospedale di Rovereto è basato sulla realizzazione di una piastra dei servizi, collocata a sud del complesso esistente ed appoggiata all'edificio ospedaliero prospiciente il fronte strada (denominato edificio diagnosi e cura), con il quale costituisce un'ampia struttura dedicata alle attività diagnostico-terapeutiche. Il progetto riorganizza le varie funzioni ospedaliere concentrandole per affinità assistenziale e realizzando le seguenti aree:

- area dell'emergenza (pronto soccorso, rianimazione, terapia intensiva cardiologica, blocco operatorio), incentrata sulla nuova piastra (le funzioni afferenti all'emergenza sono direttamente collegate con il servizio di radiologia, collocato nel seminterrato della piastra stessa);
- area delle degenze, concentrata nel corpo degenze, con interventi di ristrutturazione tesi a migliorare il comfort dei pazienti;
- area d'ingresso dell'ospedale (hall ed altre funzioni di conforto e reception, quali caffetteria e area di svago per i bambini);
- area dei servizi diagnostico-terapeutici aperti all'accesso di pazienti ambulatoriali (poliambulatorio, radiologia, endoscopia digestiva), concentrati nella piastra ed in parte nell'edificio diagnosi e cura (dialisi), in diretto collegamento con l'ingresso principale dell'ospedale;
- area dei servizi diagnostici di laboratorio: costruzione di una nuova palazzina sul fronte ovest;
- area dei servizi di supporto (farmacia, spogliatoi, centrali tecniche, mensa, cucina), riorganizzata e prevalentemente concentrata nell'edificio del vecchio ospedale ed in strutture di nuova realizzazione nell'ambito della struttura originaria.

La realizzazione della piastra collegata all'edificio esistente denominato “diagnosi e cura” consente, in particolare, di concentrare le seguenti funzioni afferenti all'area dell'emergenza:

- il pronto soccorso con i letti di osservazione breve;
- la rianimazione (in diretto collegamento con il blocco operatorio ed il pronto soccorso);
- l'area ambulatoriale ortopedica destinata sia all'attività d'urgenza che all'attività ambulatoriale programmata;
- la radiologia;
- il blocco operatorio ampliato con l'attivazione di una nuova sala operatoria dedicata alla chirurgia ortopedica complessa;
- la degenza intensiva cardiologica nel corpo degenze.

Nella nuova piastra dei servizi, inoltre, è prevista al primo piano la collocazione di un ampio poliambulatorio e del servizio di endoscopia digestiva. L'intervento prevede anche la ristrutturazione delle degenze, con la diminuzione del numero di letti per camera (nell'ambito dell'ampliamento complessivo dell'ospedale) e con la dotazione di servizi igienici in ogni camera.

L'intervento è attuato a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

La realizzazione dei lavori è stata suddivisa nei seguenti lotti funzionali:

▪ Primo lotto

Ha avuto ad oggetto la demolizione della struttura metallica già sede della scuola infermieri professionali e la costruzione al rustico di un nuovo volume di ampliamento dell'attuale struttura denominato "piastra dei servizi" per le sole opere di scavo, strutture portanti e di copertura con il completamento al finito della cabina di trasformazione e del gruppo elettrogeno. Rispetto alle opere inizialmente programmate sono state realizzate delle perizie di variante per la realizzazione di parcheggi interni all'area ospedaliera e di alcuni interventi di completamento e di finitura inizialmente programmati nel secondo lotto. I lavori sono terminati nel giugno 1998.

▪ Secondo lotto

Prevede il completamento della piastra dei servizi e la ristrutturazione e riorganizzazione di parte dell'edificio esistente con particolare riguardo alle funzioni di emergenza (pronto soccorso), diagnostiche (radiologia, endoscopia, ecc.) ed all'attività in day hospital e day surgery. Sono state programmate due fasi lavorative: la prima inerente il completamento della piastra di nuova costruzione, mentre la seconda relativa alla ristrutturazione dell'edificio esistente e la realizzazione di una centrale frigorifera sotto la piastra dell'eliporto. I lavori sono iniziati nel gennaio 2001.

▪ Terzo lotto

Prevede un intervento di ristrutturazione delle degenze ed un intervento sui laboratori.

Area di degenza: risulta critica in particolare la situazione del 6°, 7° e 8° piano. Un intervento su questi piani risulta fattibile con lo spostamento di alcune attività al primo piano dell'edificio denominato "Cure e Diagnosi" della piastra servizi nella zona che sarà lasciata libera dalla attuale endoscopia e nella zona della attuale "ex sala gessi".

Intervento sui laboratori: un'altra area particolarmente critica dell'edificio è quella che comprende il centro immunotrasfusionale, l'unità di raccolta sangue, il laboratorio analisi e il centro prelievi collocata al piano rialzato.

Tali funzioni necessitano di spazi in ampliamento e necessitano altresì di urgenti interventi di messa a norma, in particolare sugli impianti, impossibili da eseguire senza spostare l'attività in altra zona.

La soluzione individuata consiste nella realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica sul fronte ovest del complesso ospedaliero, costituito da un piano interrato e tre piani fuori terra, di circa 600 metri quadrati per piano.

In questo ampliamento troveranno collocazione, oltre alle predette attività, anche aree di deposito o spogliatoio, attualmente in grave sofferenza di spazio.

Tale realizzazione eviterà spostamenti transitori delle zone da ristrutturare.

▪ Realizzazione parcheggio

E' previsto l'ampliamento dell'attuale parcheggio a raso nella zona Nord su area già di proprietà dell'Aps. Verranno realizzati ulteriori 157 posti auto.

Lo stato di avanzamento dei lavori è il seguente:

▪ primo lotto: lavori terminati;

▪ secondo lotto: è stato consegnato ed è in uso l'ampliamento dell'edificio esistente dove sono state collocate le unità operative di pronto soccorso, rianimazione e radiologia. In data 21

settembre 2006 è stata autorizzata la seconda perizia di variante che riguarda sostanzialmente l'accoglimento di alcune prescrizioni avanzate in sede di prima perizia dal competente Servizio Antincendio della Provincia e le migliorie richieste dai primari delle varie UU.OO. interessate. Attualmente i lavori risultano in corso; in particolare risulta in itinere l'ultima fase dei lavori che riguarda l'atrio principale, il CUP e gli ambulatory di ortopedia;

- terzo lotto: si è nella fase della progettazione preliminare;
- parcheggio: progettazione preliminare.

Fabbisogno finanziario:

III lotto: Area degenze

Descrizione	Ristrutturazione degenze
Opere edili	3.800.000,00
Impianti idrici e meccanici	1.330.000,00
Impianti elettrici	1.224.000,00
Costi per la sicurezza specifica	41.500,00
Totale lavori	6.395.500,00
Spese propedeutiche	259.000,00
Imprevisti e arrotondamento	399.954,55
Spese tecniche	1.010.000,00
Oneri fiscali	935.545,46
TOTALE	9.000.000,00

III lotto: Laboratori

Descrizione	Intervento sui laboratori
Opere edili	2.590.000,00
Impianti idrici e meccanici	1.200.000,00
Impianti elettrici	1.150.000,00
Costi per la sicurezza specifica	29.000,00
Totale lavori	4.969.000,00
Spese propedeutiche	240.000,00
Imprevisti e arrotondamento	252.454,55
Spese tecniche	805.000,00
Oneri fiscali	733.545,46
TOTALE	7.000.000,00

Parcheggio

Descrizione	Nuovo Parcheggio Sud
Opere edili	615.000,00
Impianti idrici e meccanici	39.000,00
Impianti elettrici	45.000,00
Costi per la sicurezza specifica	9.000,00
Totale lavori	708.000,00
Spese propedeutiche	59.600,00
Imprevisti e arrotondamento	45.200,00
Spese tecniche	77.800,00
Oneri fiscali	109.400,00
TOTALE	1.000.000,00

Fabbisogno complessivo

Descrizione	Importo (euro)
III lotto	16.000.000,00
Parcheggio	1.000.000,00
Totale	17.000.000,00

Finanziamento

Art. 20	Pat	Totale
15.010.087,00	1.989.913,00	17.000.000,00

3.2 Quadro finanziario e indicatori

3.2.1 Sostenibilità economica e fonti di finanziamento

Lo scenario di finanza pubblica nazionale del DPEF 2008-2011 è definito attraverso il “Conto della P.A. a legislazione vigente” quantifica la spesa sanitaria sulla base di un tasso di crescita “medio” nel periodo 2006-2011 del 3,28%.

A livello di Bilancio provinciale per il triennio 2007-2009 è stato mantenuto nelle previsioni il medesimo incremento percentuale della spesa sanitaria nazionale rappresentato nella L. 296/06 (3,2%). La spesa sanitaria provinciale in termini pro-capite dovrebbe pertanto scostarsi da quella nazionale in media dell'8%, scostamento che dipende essenzialmente: a) dai maggiori oneri per la contrattazione provinciale del comparto sanitario e b) dalla dotazione di posti letto nelle RSA e dai livelli di assistenza assicurati nelle medesime strutture e c) dalla maggiore spesa derivante dalla complessità organizzativa della sanità in aree di montagna come il Trentino.

Per i prossimi anni è ragionevole attendersi uno scenario di risorse finanziarie correnti strutturalmente stabile, che dovrebbe incrementare il Fondo sanitario provinciale intorno all'aliquota del 4,2% rispetto al 2007 e quindi in buona aderenza rispetto agli scenari nazionali.

Per quanto riguarda la spesa in conto capitale, è inoltre intenzione dell'esecutivo provinciale proseguire nell'incentivazione della politica di investimento, prevedendo nel Bilancio 2008-2010 maggiori risorse in conto capitale da destinare al finanziamento dell'edilizia sanitaria e delle RSA. Tali risorse troveranno destinazione attraverso dei rispettivi Piani settoriali di Legislatura.

Notevoli sono infatti gli investimenti effettuati ed in corso nel settore sanitario. Tutti gli ospedali pubblici della provincia sono oggetto di consistenti lavori di ammodernamento e in taluni casi anche di ampliamento al fine di adeguarli sia alla normativa concernente i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici necessari per l'autorizzazione ed il successivo accreditamento sia alla normativa di sicurezza ed infine alle nuove e moderne esigenze assistenziali ed organizzative.

Nel periodo di validità del Piano provinciale costituirà obiettivo strategico l'accelerazione dei predetti lavori di ristrutturazione degli ospedali e di completamento/ammodernamento delle altre strutture territoriali anche secondo i nuovi modelli di Case per la salute oltre che delle strutture dedicate alle cure palliative. Il Settore delle RSA sarà ugualmente oggetto di importanti interventi di potenziamento, in relazione alla dinamica dei fabbisogni di assistenza.

Proseguiranno inoltre tutti gli adempimenti volti a definire l'assetto del nuovo ospedale del Trentino e gli atti operativi ad esso connessi e nel contempo ad assicurare la migliore risposta ai fabbisogni sanitari dei cittadini attraverso il presidio del S.Chiara. In particolare, le risorse stanziata al Bilancio provinciale negli anni di competenza della presente legislatura, tenuto conto della manovra finanziaria 2008-2010, per la parte in conto capitale, hanno riguardato:

1. l'edilizia sanitaria presso le strutture ospedaliere e gli immobili a supporto delle attività sul territorio: 267 milioni di euro, compresi i limiti di impegno per i finanziamenti mediante Cassa del Trentino; il documento di programmazione settoriale degli interventi è il “Piano degli investimenti per l'edilizia sanitaria per la XIII legislatura”;
2. l'edilizia sanitaria presso le residenze sanitarie assistenziali, riferita a nuove realizzazione ed i progetti di ristrutturazione/ammodernamento: 141 milioni di euro, compresi i limiti di impegno per i finanziamenti mediante Cassa del Trentino; il documento di programmazione settoriale degli interventi è il “Piano degli investimenti nel settore dell'assistenza per la XIII legislatura – sezione opere RSA”;
3. i programmi annuali di acquisto delle attrezzature tecnico-economiche, sanitarie e protesiche, eseguiti attraverso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (comprende l'anno 2008): 112

milioni di euro; questi programmi possono contenere interventi straordinari di ammodernamento o di potenziamento delle attrezzature in relazione agli sviluppi delle tecnologie sanitarie;

4. gli acquisti di attrezzature eseguiti presso le residenze sanitarie assistenziali in base alle procedure di bando stabilite ai sensi dell'articolo 36 della legge provinciale 14/1991 (comprende l'anno 2008): 36 milioni.

Accanto agli interventi edilizi sulle strutture, che modificheranno radicalmente gli assetti organizzativi, funzionali e alberghieri del servizio sanitario provinciale, per dare sostegno alle direttive contenute nel Piano sarà quindi necessario un costante aggiornamento delle apparecchiature medicali, delle apparecchiature per la diagnostica e delle apparecchiature tecnico-economiche per adeguarle ai nuovi sviluppi della scienza e per la sostituzione programmata dei beni obsoleti.

Gli interventi previsti dal presente documento, dal punto di vista della sostenibilità economica, sono coerenti col citato Piano provinciale per la salute dei cittadini. Le risorse rese disponibili ai sensi dell'articolo 20 della legge 67 del 1988 saranno integrate con una partecipazione provinciale pari ad euro 3.922.630,00. Nella seguente tabella si riassume il quadro finanziario degli interventi precedentemente descritti:

Interventi	Quota Stato	Partecipazione Pat	Totale
Radiodiagnostica	4.718.339,00	267.417,00	4.985.756,00
Hospice	949.668,00	1.550.332,00	2.500.000,00
Odontoiatria	939.668,00	57.484,00	997.152,00
Sistema informativo	939.668,00	57.484,00	997.152,00
Ospedale Rovereto	15.010.087,00	1.989.913,00	17.000.000,00
	22.557.430,00	3.922.630,00	26.480.060,00

3.2.1 Risultati attesi ed indicatori

Attraverso la scheda Obiettivi/Indicatori/Risultati della pagina successiva, viene spiegato nel dettaglio il significato dell'investimento in programma con la descrizione degli obiettivi, già trattata a pagina 80, e l'individuazione di indicatori specifici per ciascuno degli interventi e dei relativi risultati attesi.

Si evidenzia come nel caso della ristrutturazione dell'Ospedale di Rovereto (Intervento n. 5), come indicatore per l'utilità dell'investimento si è scelto il grado di soddisfazione dell'utente dell'ospedale stesso.

Per quanto riguarda l'Intervento n. 1, l'indicatore per capire la validità dell'investimento è stato individuato nella mobilità passiva nell'ambito delle malattie neoplastiche. Il risultato che si attende sarà una riduzione della stessa.

La realizzazione della struttura hospice dovrà portare un maggior numero di posti letto per le cure palliative; mentre per quanto riguarda lo sviluppo dell'assistenza odontoiatrica, trattandosi di un investimento principalmente in attrezzature, l'indicatore scelto è quello del rapporto tra il numero di "riuniti" e la popolazione. Attualmente il valore è attorno al 2,7 per mille, l'obiettivo è il 3,5 per mille.

L'Intervento n. 4 dovrà portare, oltre alla razionalizzazione delle prestazioni già descritta, anche un miglioramento della qualità del processo dell'attività ambulatoriale.

Scheda Obiettivi/Indicatori/Risultati

		Obiettivi			Ente attuatore	Indicatore	Valore atteso	
		generali	specifici	operativi				
G1	Sviluppo dei servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico	S1	Rafforzamento dell'ambito conoscitivo delle malattie neoplastiche	O1	Investimento straordinario in apparecchiatura per la radioterapia oncologica nell'Ospedale di Trento	A.P.S.S.	Mobilità passiva in ambito oncologico	Riduzione del 10% annuo della mobilità passiva in ambito oncologico
		S2	Ammodernamento della dotazione delle apparecchiature per la radioterapia					
		S3	Apprendimento di nuove tecniche potenzialmente in grado di migliorare il trattamento dei tumori					
G2	Potenziamento della rete provinciale delle strutture residenziali per le cure palliative	S4	Garantire l'assistenza sanitaria, domiciliare o presso strutture dedicate - cure palliative - in tutto il territorio provinciale	O2	Realizzazione di una struttura hospice a Trento sud	PAT, Patrimonio del Trentino S.p.A., Comune di Trento, Fondazione Hospice	Posti letto per cure palliative	Aumento dei posti letto destinati alle cure palliative dagli attuali 6 ad almeno 15
		S5	Miglioramento delle modalità per affrontare la fase terminale della malattia neoplastica					
G3	Miglioramento dell'Assistenza odontoiatrica per le categorie vulnerabili in provincia di Trento	S6	Incremento delle prestazioni odontoiatriche rispetto al fabbisogno stimato	O3	Potenziamento della rete degli ambulatori pubblici per l'assistenza odontoiatrica presso ospedali e distretti	A.P.S.S.	N° riuniti/popolazione	Un riunito ogni 9.500 persone contro le attuali 11.300
		S7	Qualificazione dei livelli di assistenza					
G4	Miglioramento del Sistema Informativo dell'A.p.s.s.	S8	Riduzione tempi di refertazione per le prestazioni ambulatoriali	O4	Realizzazione di un progetto per la riorganizzazione dei processi dell'attività ambulatoriale	A.P.S.S.	Miglioramento della qualità dei processi dell'attività ambulatoriale	Diminuzione del 20% annuo di carenze informative ed errori nella refertazione
		S9	Riorganizzazione ed omogeneizzazione dei processi relativi all'attività ambulatoriale					
G5	Ristrutturazione delle strutture pubbliche esistenti	S10	Adeguamento dei requisiti strutturali agli standard provinciali e miglioramento della qualità funzionale delle strutture	O5	Realizzazione del terzo lotto dei lavori di riorganizzazione spaziale dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto e costruzione di un parcheggio	A.P.S.S.	Customer satisfaction	Aumento del gradimento dell'assistenza e dei servizi offerti dall'Ospedale di Rovereto
		S11	Ripensamento del ruolo dell'ospedale in struttura medio-piccola ad alto contenuto tecnologico					

4 ALLEGATI

Schede tecniche degli interventi

Scheda n. 1

Descrizione del Programma di riferimento: Art. 20 legge n. 67/1988: Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Codice CUP:

Titolo:

Descrizione:

Tipo:

Categoria:

Regione di Localizzazione:

Comune di Ubicazione:

Stazione Appaltante

Stazione Appaltante:

Descrizione:

Ente Responsabile

Ente Responsabile:

Descrizione:

Sede di Erogazione

Sede di Erogazione:

Descrizione:

Soggetto Responsabile

Nome:

Cognome:

Costo Complessivo:

Importo Finanziamenti Pregressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.718.339,00

Linea di Investimento	Importo a Carico dello Stato	Percentuale rispetto al Costo complessivo
Art. 20 legge 67/1988 - delibera CIPE 4/2008	4.718.339,00	94,6%

Scheda n. 2

Descrizione del Programma di riferimento: Art. 20 legge n. 67/1988: Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Codice CUP:

Titolo:

Descrizione:

Tipo:

Categoria:

Regione di Localizzazione:

Comune di Ubicazione:

Stazione Appaltante

Stazione Appaltante:

Descrizione:

Ente Responsabile

Ente Responsabile:

Descrizione:

Sede di Erogazione

Sede di Erogazione:

Descrizione:

Soggetto Responsabile

Nome:

Cognome:

Costo Complessivo:

Importo Finanziamenti Progressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato:

Linea di Investimento	Importo a Carico dello Stato	Percentuale rispetto al Costo complessivo
Art. 20 legge 67/1988 - delibera CIPE 4/2008	949.668,00	38%

Scheda n. 3

Descrizione del Programma di riferimento: Art. 20 legge n. 67/1988: Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Codice CUP:

Titolo:

Descrizione:

Tipo:

Categoria:

Regione di Localizzazione:

Comune di Ubicazione:

Stazione Appaltante

Stazione Appaltante:

Descrizione:

Ente Responsabile

Ente Responsabile:

Descrizione:

Sede di Erogazione

Sede di Erogazione:

Descrizione:

Soggetto Responsabile

Nome:

Cognome:

Costo Complessivo:

Importo Finanziamenti Pregressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato:

Linea di Investimento	Importo a Carico dello Stato	Percentuale rispetto al Costo complessivo
Art. 20 legge 67/1988 - delibera CIPE 4/2008	939.668,00	94,2%

Scheda n. 4

Descrizione del Programma di riferimento: Art. 20 legge n. 67/1988: Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Codice CUP:

Titolo:

Descrizione:

Tipo:

Categoria:

Regione di Localizzazione:

Comune di Ubicazione:

Stazione Appaltante

Stazione Appaltante:

Descrizione:

Ente Responsabile

Ente Responsabile:

Descrizione:

Sede di Erogazione

Sede di Erogazione:

Descrizione:

Soggetto Responsabile

Nome:

Cognome:

Costo Complessivo:

Importo Finanziamenti Pregressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato:

Linea di Investimento	Importo a Carico dello Stato	Percentuale rispetto al Costo complessivo
<input type="text" value="Art. 20 legge 67/1988 - delibera CIPE 4/2008"/>	<input type="text" value="939.668,00"/>	<input type="text" value="94,2%"/>

Scheda n. 5

Descrizione del Programma di riferimento: Art. 20 legge n. 67/1988: Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Codice CUP:

Titolo:

Descrizione:

Tipo:

Categoria:

Regione di Localizzazione:

Comune di Ubicazione:

Stazione Appaltante

Stazione Appaltante:

Descrizione:

Ente Responsabile

Ente Responsabile:

Descrizione:

Sede di Erogazione

Sede di Erogazione:

Descrizione:

Soggetto Responsabile

Nome:

Cognome:

Costo Complessivo:

Importo Finanziamenti Progressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato:

Linea di Investimento	Importo a Carico dello Stato	Percentuale rispetto al Costo complessivo
Art. 20 legge 67/1988 - delibera CIPE 4/2008	15.010.087,00	88,2%



042101 - TRENTO - INVESTIMENTO STRAORDINARIO IN APPARECCHIATURA PER LA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA NELL'OSPEDALE DI TRENTO

Descrizione: PROGRAMMA DI ACQUISTI DI ATTREZZATURE TECNICHE
PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA IN CAMPO ONCOLOGICO

Codice Intervento: 042.042101.U.088

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: TRENTO

Stazione Appaltante: TRENTO

Sede Erogazione: OSPEDALE DI TRENTO - LARGO MEDAGLIE D ORO
TRENTO - TN

Soggetto Responsabile: LUIGI TOMIO

Costo Complessivo: 4.985.755,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 4.718.339,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.718.339,00

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento: 042.042101.U.088.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE
67 / 1988

Importo a carico dello stato: 4.718.339,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 -
RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno	Importo	Fonte
2009	267.417,00	REGIONE
2009	4.718.339,00	STATO



PATRIMONIO DEL TRENINO S.P.A. - HOSPICE TRENTO SUD

Descrizione: COSTRUZIONE DI UNA STRUTTURA HOSPICE PER LE CURE
PALLIATIVE NELLA ZONA DI TRENTO SUD

Codice Intervento: 042.000999.F.002

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: HOSPICE

Comune di Ubicazione: TRENTO

Stazione Appaltante: PATRIMONIO DEL TRENINO S.P.A.

Sede Erogazione: TRENTO

Soggetto Responsabile: CHIARA TONELLI

Costo Complessivo: 2.500.000,00

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 949.668,00

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento: 042.000999.F.002.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE
67 / 1988

Importo a carico dello stato: 949.668,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 -
RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno	Importo	Fonte
2009	1.550.332,00	REGIONE

2009

949.668,00

STATO



042101 - TRENTO - POTENZIAMENTO DELLA RETE PROVINCIALE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Descrizione: ADEGUAMENTO, IN APPLICAZIONE DELLA L.P. 22/2007, DEGLI AMBULATORI DEGLI OSPEDALI/DISTRETTI PROVINCIALI

Codice Intervento: 042.042101.U.089

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: TRENTO

Stazione Appaltante: TRENTO

Sede Erogazione: TRENTO

Soggetto Responsabile: FULVIO CAMPOLONGO

Costo Complessivo: 997.152,00

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 939.668,00

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento: 042.042101.U.089.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 939.668,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno	Importo	Fonte
2009	57.483,00	REGIONE

2009

939.668,00

STATO



042101 - TRENTO - PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI DALL'ATTIVITA' AMBULATORIALE

Descrizione: RIORGANIZZAZIONE ED OMOGENEIZZAZIONE DEI PROCESSI DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE E DEI RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE DELLA PROVINCIA. INTERSCAMBIO INFORMATIVO A LIVELLO INTERREGIONALE E NAZIONALE (NSIS).

Codice Intervento: 042.042101.U.090

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: TRENTO

Stazione Appaltante: TRENTO

Sede Erogazione: TRENTO

Soggetto Responsabile: LEONARDO SARTORI

Costo Complessivo: 997.152,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 939.668,00

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento: 042.042101.U.090.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 939.668,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno	Importo	Fonte
2009	57.484,00	REGIONE
2009	939.668,00	STATO



042101 - TRENTO - RISTRUTTURAZIONE OSPEDALE DI ROVERETO: III LOTTO E PARCHEGGIO

Descrizione: REALIZZAZIONE DEL III LOTTO DEL PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE SPAZIALE DELLE FUNZIONI E DELLE AREE DI DEGENZA E COSTRUZIONE DI UN PARCHEGGIO AL SERVIZIO DELL'OSPEDALE

Codice Intervento: 042.042101.U.091

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: ROVERETO

Stazione Appaltante: TRENTO

Sede Erogazione: OSPEDALE DI ROVERETO - VIA S MARIA 6 ROVERETO - TN

Soggetto Responsabile: CLAUDIO CORTELLETTI

Costo Complessivo: 17.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressivi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 15.010.087,00

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento: 042.042101.U.091.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 15.010.087,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno	Importo	Fonte
2009	1.989.913,00	REGIONE
2009	15.010.087,00	STATO
