

Delib.G.P. 7 dicembre 2007, n. 2737 (1).

Adozione del progetto di "Piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII Legislatura".

(1) Pubblicata nel B.U. Trentino-Alto Adige 2 gennaio 2008, n. 1, suppl. *ord. n. 1*.

omissis

La Giunta provinciale

omissis

Delibera

1. di adottare il progetto di "Piano provinciale per la salute dei cittadini per la XIII Legislatura" che, in allegato alla presente deliberazione, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
 2. di avviare la procedura di consultazione prevista dall'*art. 4, commi 6 e 7, della L.P. n. 12/2005*.
-
-

Allegato

Provincia Autonoma di Trento

Assessorato alle Politiche per la Salute Servizio Economia e Programmazione Sanitaria

Progetto di

"Piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII legislatura"

1. Introduzione

1.1. La 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 inespresse 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 quanti-qualitativo 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.

La *legge provinciale 28 luglio 2005, n. 12* prevede, in prima applicazione, l'approvazione del Piano - di legislatura - con legge provinciale [1] nonché l'armonizzazione rispetto alla programmazione sanitaria nazionale ed alla programmazione di sviluppo provinciale.

[1] La medesima norma stabilisce il seguente iter procedurale:

per la fase di elaborazione

- elaborazione del progetto di Piano in collaborazione con il consiglio sanitario provinciale e con l'APSS;

- raccolta di eventuali proposte dei Comitati di distretto, espresse entro sessanta giorni dalla richiesta;

per la fase di adozione

- adozione da parte della Giunta provinciale del progetto di Piano;

- trasmissione del progetto di Piano adottato per la raccolta di eventuali osservazioni, espresse entro sessanta giorni dalla richiesta, a:

* comitati di distretto,

* alle istituzioni territoriali intermedie esistenti nell'ambito del distretto,

* alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello provinciale,

* agli ordini, ai collegi ed alle organizzazioni professionali di categoria degli operatori sanitari,

* alle organizzazioni provinciali rappresentative dei soggetti gestori di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e quelle rappresentative degli utenti;

- pubblicizzazione del progetto di Piano attraverso le forme ritenute più idonee per renderlo disponibile all'accesso di tutti i cittadini;

- trasmissione delle osservazioni pervenute sul progetto ed il progetto nella sua ultima stesura ai Comitati di distretto;

- approvazione del disegno di legge contenente il Piano per la salute e trasmissione al Consiglio provinciale per l'approvazione.

1.2. Orientamenti 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.

2. I principi e i valori di riferimento del piano provinciale per la salute dei cittadini

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 importate - 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 presente 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 presente 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. È 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.

3. I bisogni di salute della popolazione trentina e le modalità di scelta delle priorità

3.1. Premessa metodologica

La valutazione dei bisogni di salute è il principale strumento della programmazione, non più ai fini dell'elaborazione di un Piano sanitario, che si rivolge all'organizzazione dando per scontata la domanda, ma per la costruzione di un Piano per la salute, che parta dai bisogni della popolazione per definire e riorientare l'offerta del servizio sanitario e coinvolga il governo della cosa pubblica nel suo insieme.

Pertanto, il punto di partenza per l'elaborazione del presente Piano è costituito dalla ricognizione dei dati disponibili che caratterizzano lo stato di salute della popolazione, sia in senso individuale che collettivo.

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'OMS, uno stato di benessere fisico, psichico e sociale non sempre facilmente descrivibile.

Infatti il miglioramento delle condizioni di vita derivate dal progresso economico e sociale 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.

Quindi, è necessario 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.

Il presente Piano introduce inoltre in coerenza con quanto sopra affermato, 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).

È 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	Alcool	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.

3.2. *Analisi dei bisogni di salute in Provincia di Trento*

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 agli 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 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 presente Piano la dotazione e la predisposizione di ulteriori misure.

3.2.1. Il quadro demografico

Composizione della popolazione

In Provincia di Trento il 15,5% della popolazione ha più di 65 anni, mentre il 25,0% 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'innalzamento 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'innalzamento 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.

- È 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.

- È 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.

3.2.2. Il quadro epidemiologico

Indicatori generali e indicatori proxy:

> *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;

> *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;

> *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;

> *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);

> *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.

Emergenza 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;

> *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;

> *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 e 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.

3.2.3. 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 sociosanitaria 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 presente Piano,

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:

- > circa il 70% del campione dichiara di sentirsi molto bene o bene come salute;
- > 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);
- > 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;
- > 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.

3.2.4. 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.

3.3. I criteri per la scelta delle priorità da affrontare

Quanto rappresentato in termini di bisogni di salute costituisce la base delle conoscenze per orientare il lato dell'offerta delle prestazioni tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza a cui è dedicato il prossimo capitolo.

Preliminare a tale orientamento è assicurare al sistema uno strumento idoneo a delineare criteri di priorità a governo delle procedure e delle modalità di conseguimento degli obiettivi del presente Piano.

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.

3.4. *Quali bisogni di salute prioritari emergono dalle analisi sopra effettuate?*

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 condotta con il presente Piano:

- 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 socioeconomici, 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 morbilità 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.

4. Livelli di assistenza sanitaria come diritti dei cittadini: il lato dell'offerta

4.1. Premessa

Come già evidenziato, importanti modifiche sul piano demografico, epidemiologico, medico-scientifico e sociale stanno comportando, a livello europeo, nazionale e anche provinciale, un aumento sia quantitativo che di complessità della domanda sanitaria ed una parallela, profonda, revisione del modello di offerta.

L'offerta sanitaria va intesa come l'insieme delle strutture, dei servizi e delle attività del Servizio sanitario provinciale in cui si articola gran parte della risposta - ma non tutta, in considerazione del necessario contributo di altri settori extrasanitari per promuovere la salute - volta a promuovere, mantenere e migliorare lo stato di salute delle persone.

Riguarda, quindi, i "luoghi" in cui si formano e vengono realizzate le attività ordinarie di prevenzione, cura e riabilitazione nonché le azioni previste per il raggiungimento di obiettivi specifici di salute, le "risorse" umane, professionali, organizzative e finanziarie dedicate a sostenere e migliorare il sistema ed i "modelli organizzativi" adottati.

Anche le dinamiche politico-istituzionali stanno registrando una fase di trasformazione caratterizzata, in particolare:

- dalla necessità di tenere conto degli obiettivi comunitari in tema di salute e del coordinamento con i programmi dell'Unione Europea;

- dalla maggiore importanza del ruolo delle Regioni nel garantire il diritto costituzionale alla salute, che deriva dalle modifiche al Titolo V della Costituzione orientate al decentramento e devoluzione dei poteri;

- alla conseguente introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria che, pur confermando l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale che da corpo al "diritto alla salute", vengono a connotarlo con un elemento di "selettività" [2] e vanno intesi:

1. come base condivisa di interventi che ciascuna Regione/Provincia deve garantire per assicurare una distribuzione equa dell'offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale, a prescindere

dai diversi modelli assistenziali scelti ed attuati ed indipendentemente dalle scelte operate sull'organizzazione dei servizi nei rispettivi ambiti territoriali;

2. come gli ambiti di attività sanitaria (territoriale, specialistica, farmaceutica, ospedaliera, socio-sanitaria, ecc.) che una comunità, in relazione al proprio livello socio-economico e culturale, intende garantire alla popolazione di riferimento.

Va anche sottolineato, come dato problematico nel nuovo ed attuale contesto, l'esigenza di una migliore allocazione ed utilizzazione delle risorse in termini di sostenibilità sia attuale (per rispondere ai bisogni prioritari) sia futura (per rispondere alle esigenze delle prossime generazioni).

La Provincia Autonoma di Trento si è dotata, da tempo, di una propria definizione dei Livelli Essenziali ed Aggiuntivi di assistenza [3] da erogare rispettivamente agli assistiti dal Servizio sanitario nazionale e dal Servizio Sanitario Provinciale: tuttavia, poiché i livelli di assistenza non possono essere fissati una volta per tutte, ma necessitano di essere modificati in relazione a nuove esigenze della collettività e dei singoli nonché all'evoluzione scientifica e tecnologica, si dovrà proseguire nel processo di "monitoraggio" e, conseguentemente di "manutenzione" [4] dei livelli nell'ottica di rispondere ai principi di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni e di sostenibilità del sistema.

[2] L'efficacia delle prestazioni e l'appropriatezza clinica ed organizzativa sono adottati come strumenti per contrastare, in particolare, l'espansione della domanda impropria di prestazioni e per contenere la spesa entro limiti sostenibili.

Il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001* pone a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi prestati e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

[3] Con proprie deliberazioni la giunta provinciale ha definito i livelli di assistenza sanitaria individuando, in particolare:

- i livelli essenziali di assistenza, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, recependo - con specifiche eccezioni e precisazioni contenute in apposite linee-guida - i livelli individuati dal *D.P.C.M. 29 novembre 2001*;

- i livelli aggiuntivi di assistenza, a favore degli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti in provincia di Trento, come stabiliti dalla normativa provinciale, dai provvedimenti amministrativi adottati in esecuzione della stessa e dagli atti di programmazione sanitaria provinciale generali e specifici.

[4] Dal luglio 2004 è attiva presso il Ministero della Salute la "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza" che, oltre a garantire una rappresentanza istituzionale, è composta in modo da assicurare la presenza di competenze ed

esperienze specifiche, per lo più tecniche (medici, epidemiologi, ingegneri, economisti sanitari) nei diversi settori dell'assistenza sanitaria. La legge istitutiva assegna a detta Commissione il mandato di "valutare i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei LEA in relazione alle risorse definite". La Commissione ha definito un "percorso metodologico" - che si concretizza in una successione di domande - sulla base dei criteri indicati dal *decreto legislativo n. 229/1999* (necessità assistenziale, efficacia, appropriatezza clinica, uso efficiente delle risorse) ma esaminando anche diversi altri aspetti, relativi a questioni di grande complessità, proponendo una riflessione sul loro significato e sulle loro implicazioni prima assumere decisioni influenti sulla vita e sulla salute delle persone e sugli equilibri economico-finanziari del sistema. Il percorso metodologico adottato dalla Commissione intende esplicitare una logica della valutazione - rendendo trasparenti i motivi sottostanti le decisioni assunte - individuando le Domande Fondamentali che è necessario porsi quando si formulano proposte di inclusione e/o di esclusione di prestazioni nei LEA:

1 - È una prestazione sanitaria PERTINENTE con i fini del SSN e volta ad influire sulle condizioni di salute dei cittadini?

2 - È una prestazione che si pone in evidente contrasto con i fondamentali PRINCIPI ETICI della nostra società?

3 - Esistono prove di documentata EFFICACIA della prestazione?

4 - Esistono prove di INEFFICACIA della prestazione?

5 - Vi è una forte DOMANDA da parte DEI CITTADINI per l'inserimento nei LEA della prestazione?

6 - Esiste una DOMANDA professionalmente qualificata e motivata da parte DEGLI OPERATORI per l'inserimento nei LEA della prestazione?

7 - La prestazione arreca un SIGNIFICATIVO BENEFICIO in termini di miglioramento della salute?

8 - L'inserimento della prestazione è essenziale per garantire EQUITÀ o per ridurre importanti disuguaglianze tra i cittadini?

9 - Il COSTO della prestazione è talmente modesto da risultare facilmente sostenibile dalla generalità o stragrande maggioranza della popolazione?

10 - L'inserimento della prestazione nei LEA determina una SPESA RILEVANTE rispetto alle attuali disponibilità finanziarie del SSN?

11 - I benefici prodotti dalla prestazione compensano i costi che il sistema deve sostenere?

12 - L'utilità complessiva che può derivare dall'inserimento della prestazione è superiore all'utilità di tutte le prestazioni inserite attualmente nei LEA?

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

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

1° livello - Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, che comprende:

- promozione e educazione alla salute
- profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- attività di prevenzione rivolte alla persona, vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- sanità pubblica veterinaria
- tutela igienico-sanitaria di alimenti e bevande e sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- attività di valutazione e di certificazione medico-legale.

2° livello - Assistenza distrettuale, che comprende:

- assistenza sanitaria di base
- assistenza farmaceutica (farmacie territoriali)
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
- assistenza integrativa
- assistenza protesica
- assistenza termale.

3° livello - Assistenza ospedaliera, che comprende:

- urgenza ed emergenza
- assistenza per acuti (in regime di degenza ordinaria e in day hospital)
- riabilitazione e lungodegenza.

Va peraltro segnalato che, nel contesto provinciale, accanto ai livelli di assistenza sopra riportati risultano erogate ulteriori prestazioni sanitarie aggiuntive ai sensi di quanto disposto all'*articolo 68 della legge provinciale 11 settembre 1998, n. 10*, in base al quale la Giunta provinciale, annualmente, disciplina condizioni, limiti e modalità di accesso. Infatti la Giunta può stabilire, in termini di prestazioni aggiuntive, modalità di compartecipazione alla spesa (es. ticket sull'assistenza specialistica, su elisoccorso, ...) nonché prestazioni sanitarie da assicurare solo ai trentini. Per la serie di prestazioni minori si riportano quelle relative a:

Concorsi nelle spese:

- per l'acquisto di prodotti dietetici, integratori alimentari ed agenti chelanti
- per l'effettuazione di cure fitobalneoterapiche
- per l'effettuazione del trattamento riabilitativo secondo il metodo "Doman"
- per prestazioni rese ai soggetti affetti da "miopatia metabolica"
- per l'effettuazione del "parto a domicilio"

- per l'effettuazione della "ossigenoterapia domiciliare a lungo termine"
- per percorsi riabilitativi a favore di soggetti affetti da "autismo, psicosi infantile o paralisi celebrale infantile"
- per l'effettuazione di prestazioni a carattere fisioterapico al domicilio dei soggetti affetti da "fibrosi cistica o da displasia ectodermica"
- per l'effettuazione di prestazioni a carattere fisioterapico in favore di soggetti con grave quadro clinico (es. persone in stato vegetativo)
- per le prestazioni di controllo e programmazione dei "pace-maker"
- ad invalidi in occasione di cure termali, per l'effettuazione di cure climatiche, per l'effettuazione di soggiorni terapeutici.

Forniture:

- di prodotti galenici magistrali e galenici magistrali con significato terapeutico essenziale
- di prodotti per interventi riabilitativi degli ustionati
- di prodotti di medicazione e dispositivi medici per la cura e riabilitazione a domicilio soggetti affetti da gravi patologie
- di protesi, presidi ed ausili sanitari non previsti dal vigente nomenclatore tariffario delle protesi ed eventuale riparazione
- di vaccini iposensibilizzanti
- servizio di alimentazione artificiale a domicilio e fornitura dei relativi prodotti ed attrezzature.

Altre prestazioni riguardano l'assistenza odontoiatrica riservata ai residenti in Trentino ed assistiti del Servizio sanitario provinciale, i rimborsi spese per la fruizione di specifiche prestazioni (ad esempio per i pazienti sottoposti a trapianto d'organo) fuori dal Trentino.

In una situazione come quella trentina, caratterizzata da un buon livello di copertura dell'offerta sanitaria, il perseguimento di un'effettiva garanzia di fruizione dei livelli di assistenza assume il significato di un ulteriore innalzamento della qualità, tesa a fornire risposte il più possibile aderenti ai bisogni e alle reali richieste dei cittadini.

In tal senso, detta garanzia implica principalmente una riorganizzazione del sistema che permetta il riequilibrio, all'interno del Servizio sanitario provinciale, tra i diversi settori di intervento.

Per qualificare ulteriormente l'offerta sanitaria provinciale è infatti necessario perseguire il complessivo riorientamento del sistema e la conseguente riallocazione delle risorse sulla base dei principi assunti e delle evidenze emerse nell'analisi dei bisogni di salute. In particolare il riorientamento quali-quantitativo dell'offerta sanitaria deve adeguarsi alle seguenti esigenze:

- a) rispetto dei diritti sanciti a favore del cittadino e dell'utente;
- b) diffusione della promozione della salute e della prevenzione;
- c) equità e appropriatezza nell'accesso e nell'erogazione dei servizi;
- d) razionalizzazione di ogni ambito di offerta;
- e) territorializzazione dei servizi integrata ed orientata al domicilio, alla famiglia e alla comunità;
- f) efficienza, flessibilità e modernizzazione della rete ospedaliera.

Appare evidente che il riorientamento deve indirizzarsi verso un riequilibrio delle componenti dell'assistenza volto alla valorizzazione delle attività di prevenzione e dell'assistenza territoriale rispetto alla tradizionale prevalente attenzione verso la componente ospedaliera.

Concretamente, riequilibrare il sistema dell'offerta significa procedere ad una riallocazione delle risorse tale da permettere il potenziamento dei servizi di primo livello determinando lo spostamento del baricentro assistenziale verso i medesimi, con una conseguente maggiore dotazione di risorse per consentire l'aumento e la qualificazione degli interventi di carattere organizzativo, strutturale ed operativo tesi, da una parte alla massimizzazione dell'efficacia nei confronti della salute della popolazione e dall'altra all'efficienza operativa.

in Provincia di Trento, il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale risulta, in termini di incidenza percentuale effettiva, così suddiviso tra i livelli di assistenza sanitaria:

Livelli di assistenza			Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera (urgenza- emergenza compresa)
ITALIA	2002 - 2004	Programmato	5,0	49,5	45,5
		Rilevato	3,9	49,5	46,6
	2005	Programmato	5,0	50,0	45,0
		Rilevato	3,4	51,3	45,3
	2006	Programmato	5,0	51,0	44,0
	TRENTO	2005	Rilevato	3,46	49,04
2006		Rilevato	3,23	49,64	47,12

fonte: per i dati nazionali Agenzia Servizi Sanitari Regionali

La definizione di una nuova distribuzione di risorse orientata maggiormente alla componente preventiva e territoriale dovrà derivare dall'individuazione di vincoli di mandato e di spesa nei confronti dell'assistenza ospedaliera prevedendo momenti di riorganizzazione e modifiche dell'operatività tali da consentire un recupero parziale di risorse utili da reinvestire nei settori di primo livello in cui, a parità di risorse impegnate, si può raggiungere un elevato livello qualitativo degli standard assistenziali e, quindi, anche un migliore effetto sullo stato di salute della popolazione.

Per fornire risposte adeguate alla complessità della domanda e ponendosi nell'ottica della centralità della persona e di riferimento verso obiettivi di salute, è necessario promuovere e sviluppare, in particolare, l'interconnessione sistematica a rete tra i livelli di assistenza - progettando sistemi sanitari non solo strutturati verticalmente per livelli gerarchici, ma anche articolati orizzontalmente in relazione al grado di competenza/capacità propri di ciascun livello (nessun punto del sistema detiene l'esclusiva di una qualsiasi funzione sanitaria) - e, quando sia utile, tra questi e il settore

socio-assistenziale o con altri ambiti della vita sociale. Più dettagliatamente, particolare cura dovrà essere dedicata:

- al collegamento tra tutti i servizi di prevenzione e del territorio, sviluppando il funzionamento e le capacità del Distretto con riferimento al perseguimento di un obiettivo di salute;

- alla realizzazione di una rete inter-ospedaliera ed intra-ospedaliera che metta in relazione le équipes specialistiche operanti negli ospedali di primo e di secondo livello, allo scopo di assicurare al cittadino la fruizione programmata dei servizi offerti e l'accesso ai medesimi da qualsiasi punto della rete;

- alla connessione, in un continuum di gradualità di assistenza, tra ospedale e territorio, utilizzando al meglio le potenzialità assistenziali di ciascun livello attraverso la definizione di programmi unitari, la ricerca di protocolli di compartecipazione sulle problematiche di salute, l'utilizzo a questo scopo degli strumenti offerti dalla tecnologia telematica;

- alla integrazione, formalizzata a livello distrettuale, con i servizi socio-assistenziali, per l'erogazione di una risposta completa ai bisogni di salute.

4.2. Primo livello - Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Questo livello di assistenza riguarda tutte le attività - svolte dalla Direzione Igiene e Sanità Pubblica tramite le unità operative attive a livello provinciale e tramite i Distretti attraverso le singole unità operative distrettuali (U.O.A.T.) oltre che da settori non sanitari - di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di generale miglioramento della qualità della salute e della vita, attraverso la rimozione delle cause e dei fattori di rischio per la salute umana presenti nei vari contesti ambientali in cui si svolge la vita del singolo e della comunità.

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

** Igiene pubblica*

- interventi vaccinali
- attività certificativa
- medicina necroscopica
- interventi relativi all'igiene edilizia
- interventi di igiene degli alimenti e delle bevande

** Prevenzione ambientale*

- campionamenti delle acque potabili
- campionamenti delle acque di balneazione
- misurazioni nell'ambito delle attività di vigilanza su sorgenti elettromagnetiche
- azioni di disinfezione-disinfestazione
- pareri inerenti l'inquinamento elettromagnetico

** Prevenzione infortuni e Medicina del lavoro*

- verifiche periodiche da competenze ex ENPI ed ex ANCC
- inchieste infortuni su delega delle procure della repubblica

- sopralluoghi di vigilanza su cantieri edili
- sopralluoghi a carattere ispettivo in ambienti di lavoro
- inchieste per malattie professionali
- iniziative di informazione-formazione

* *Igiene e sanità pubblica veterinaria*

- prove ufficiali per brucellosi bovina
- registri di carico/scarico
- ispezione post-mortem di carcasse
- prelievi di campione di midollo per test rapido BSE
- verifica del piano di autocontrollo, ex D.Lgs n. 155/1997

* *Laboratorio di igiene, epidemiologia e sanità pubblica*

- determinazioni di tossicologia umana
- determinazioni analitiche su alimenti ufficiali
- determinazioni analitiche di tossicologia ambientale
- determinazioni analitiche relative ad acque superficiali, di balneazione e potabili

* *Medicina legale*

- accertamenti medico-legali delle minorazioni dipendenti da cause civili
- accertamenti medico-legali in capo alla Commissione medico-legale per le patenti di guida
- accertamenti di varia natura, incluse le consulenze.

Sul territorio provinciale operano attualmente 97 medici di prevenzione (1,9/1.000 residenti) e altri 210 operatori della prevenzione (4,2/1.000 residenti).

Sul totale della spesa sanitaria provinciale complessiva, la spesa assorbita dal livello *Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro* risulta quella descritta nella tabella seguente.

ANNO	SPESA CORRENTE	
	Valore	% su Totale
2001	25.567.000	3,2
2002	31.451.000	3,7
2003	29.480.000	3,3
2004	30.701.000	3,4
2005	33.173.000	3,46
2006	32.387.000	3,23

Il personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari impiegato direttamente in questo livello ammonta a 307 unità equivalenti, nell'ultima rilevazione utile.

4.3. Secondo livello - Assistenza distrettuale

Il Distretto sanitario viene individuato dalla *legge n. 833/1978* come articolazione costitutiva della nuova organizzazione sanitaria e definito struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Il *decreto legislativo n. 229/1999* ne precisa la caratteristica di articolazione finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i servizi.

L'elemento fondante del Distretto sanitario è la sua dimensione territoriale, nel senso che la struttura si rivolge ai cittadini che vivono o comunque risiedono in una zona e si confronta con tutte le altre strutture sociali esistenti nella medesima zona che sono, a diverso titolo, interessate alla salute di quei cittadini.

Nel processo evolutivo del Distretto sanitario in Provincia di Trento si possono distinguere tre fasi temporali:

1. in un primo tempo il Distretto assume una prevalente connotazione di struttura politico-istituzionale: la legge che nel 1993 detta la nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale, istituisce un'unica azienda sanitaria per tutto il territorio e crea tredici distretti intendendo controbilanciare l'accentramento conseguente alla unificazione delle unità sanitarie soppresse;

2. nel periodo successivo, dedicato al consolidamento dell'azienda sanitaria provinciale, viene sottolineato l'aspetto strumentale del Distretto: al fine di ricondurre ad unità la gestione dei servizi sanitari, diventano prioritarie le esigenze di coordinamento e le azioni tese ad omologare le attività distrettuali a modelli procedurali ed erogativi uniformi. Il Distretto diventa struttura organizzativo-aziendale in grado di assicurare una regolare e omogenea erogazione delle prestazioni sanitarie di base;

3. negli anni più recenti, l'approccio, sempre più condiviso, al tema della salute intesa come risultante di una molteplicità di fattori non esclusivamente sanitari e come traguardo raggiungibile con il concorso di tutte le componenti sociali ha modificato anche la percezione del ruolo del Distretto sanitario che si configura come *struttura territoriale per il governo della salute*.

Il livello dell'assistenza territoriale-distrettuale comprende:

- l'attività di educazione sanitaria
- l'attività di medicina preventiva individuale
- l'attività di consulenza e prevenzione rivolta al singolo, la coppia e la famiglia
- le attività di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello
- le prestazioni di pronto intervento
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale
- l'assistenza farmaceutica
- le prestazioni di continuità assistenziale e di medicina turistica
- le prestazioni per le cure domiciliari;
- la residenzialità e la semiresidenzialità assistita (a favore di anziani, disabili, affetti da dipendenze, HIV, malati terminali)

La struttura organizzativa dedicata all'erogazione dell'assistenza distrettuale prevede il concorso di una pluralità di soggetti e di strutture, dei quali viene descritta l'attività più significativa e caratteristica:

- * medici di medicina generale
- * pediatri di libera scelta
- * farmacie
- * poliambulatori e ambulatori specialistici (comunali, a sede ospedaliera, a gestione diretta e convenzionata)
- * sedi ambulatoriali di psicologia e di neuropsichiatria infantile
- * sedi di assistenza odontoiatrica (ambulatoriale ed ospedaliera)
- * laboratori di analisi pubblici e convenzionati
- * consultori per il singolo, la coppia e la famiglia
- * strutture residenziali (RSA) per anziani non autosufficienti
- * cure domiciliari
- * struttura residenziale Hospice
- * sedi dei centri di alcolologia
- * strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti portatori di handicap
- * strutture residenziali e semiresidenziali (centri di salute mentale, centri diurni, day hospital) per malati psichici
- * strutture per tossicodipendenti a carattere semiresidenziale e residenziale
- * struttura per l'assistenza residenziale ai malati gravi di AIDS

I medici di medicina generale - professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale la cui attività è diretta agli assistiti di età superiore ai 14 anni e si sostanzia in visite mediche ambulatoriali, domiciliari, occasionali in località diverse dalla residenza, rilascio di certificazioni obbligatorie, prescrizioni di farmaci ed assistenza integrativa, richiesta di visite specialistiche, di ricoveri, di cure termali e definizione e gestione dell'assistenza domiciliare ad anziani e non deambulanti - operanti sul territorio provinciale sono 393 a fine 2006; ciascun medico di medicina generale ha mediamente in carico 1.080 assistiti di età ≥ 14 anni.

I pediatri di libera scelta - professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale che svolgono la medesima attività dei medici di medicina generale ma nei confronti degli assistiti di età 0-14 anni - operanti attualmente sul territorio provinciale sono 81 a fine 2006; ciascun pediatra ha in carico mediamente 876 assistiti di età ≤ 14 anni.

Ciascun punto di continuità assistenziale attivo in Provincia di Trento ha mediamente un bacino di utenza di 15.844 residenti (popolazione residente al 31.12.2006 in provincia n. 507.030 abitanti. Dato tratto da "La popolazione trentina nell'anno 2006" da Comunicazioni della Provincia Autonoma di Trento Luglio 2007).

Il rapporto tra medici di continuità assistenziale e popolazione risulta essere di 1 medico ogni 3.129 residenti. Tale rapporto risulta più favorevole rispetto a quello definito dall'accordo nazionale che individua, quale rapporto di riferimento, quello di 1 medico ogni 5000 residenti.

Le farmacie sono 135, presenti in tutti i Distretti, e a queste si aggiungono 21 dispensari farmaceutici; è mediamente disponibile una farmacia ogni 3.685 residenti.

L'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali concerne:

- la fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici;
- la fornitura di specialità medicinali non concedibili (assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale);
- la fornitura di medicinali erogati ai sensi dell'*articolo 8 della legge 16 novembre 2001, n. 405* (distribuzione diretta da parte dell'APSS);
- la fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate.

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio previste nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: i poliambulatori specialistici, ospedalieri e territoriali, sono dislocati in tutti i Distretti ad eccezione di quello della Valle di Cembra e, mediamente, ciascun poliambulatorio eroga prestazioni riferibili a 12 discipline.

Le sedi ambulatoriali di neuropsichiatria infantile e di psicologia sono presenti a Cavalese, Tonadico, Borgo, Pergine, Trento, Mezzolombardo, Cles, Rovereto, Riva del Garda, Tione.

Le sedi ambulatoriali per l'assistenza odontoiatrica sono disponibili in tutti i Distretti ed è attivo un servizio ospedaliero per la gestione delle urgenze-emergenze odontoiatriche.

I Laboratori sono disponibili in tutti i Distretti, nelle sedi di Cavalese, Borgo Valsugana, Pergine Valsugana, Ospedale S. Chiara - Trento, Ospedale S. Camillo - Trento, Ospedale Villa Bianca - Trento, Laboratorio Adige - Trento, Laboratorio Druso - Trento, Mezzolombardo (*), Cles, Ospedale S. M. Carmine - Rovereto, Laboratorio Quercia - Rovereto, Tione e Arco.

Va segnalato che l'attuale rete dei punti di prelievo - considerando complessivamente le macro-attività di prelievo e materiale biologico (sedi di 1° e di 2° livello) - registra, alla data di redazione del presente documento, l'operatività di n. 47 sedi, a gestione diretta da parte del Dipartimento strutturale di medicina di laboratorio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari ed in regime di accreditamento da parte di laboratori privati. L'attività di prelievo domiciliare conta, nell'ultimo quinquennio, mediamente 40.000 prelievi anno, cioè circa 160 pazienti/giorno.

Il consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia è un servizio di consulenza e prevenzione per fornire risposta ai bisogni di natura complessa concernenti la sfera personale e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia (consulenza preconcezionale, assistenza preventiva ginecologica, sostegno psicologico e sociale, corsi di preparazione alla nascita, allattamento, puerperio, corsi post nascita, prevenzione oncologica, educazione sessuale, promozione della maternità responsabile, adempimenti *legge n. 194/1978*, promozione della consapevolezza sui cambiamenti fisici, psichici e relazionali rispetto alle fasi di passaggio della vita (adolescenza, menopausa, ecc..), cui si aggiunge recentemente anche la necessità di far fronte all'utenza extracomunitaria. I Consultori per il singolo, la coppia, la famiglia sono oggi disponibili a Trento, Pergine, Cles, Riva, Rovereto, Cavalese e Tione, Borgo e Mezzolombardo.

Il modello erogativo dei servizi di consultorio adottato in Provincia di Trento è articolato in modo strutturale e funzionale.

L'articolazione strutturale è caratterizzata dalla individuazione di strutture fisicamente evidenti ove vengono assicurate parte delle attività che rappresentano la mission dei consultori.

Nell'ambito dei livelli di assistenza collettiva territoriale ed ospedaliero vengono invece assicurate funzionalmente ed in modo diffuso le altre attività proprie della mission consultoriale che fanno riferimento: alla educazione alla salute, alle attività vaccinali, agli interventi di prevenzione per le dipendenze patologiche, alle campagne di screening tumorali (tumore del collo dell'utero, tumore

della mammella), alle adozioni nazionali ed internazionali, agli interventi sui minori esposti alla nascita, agli interventi sugli adolescenti ed alla educazione alla sessualità.

Le residenze sanitarie assistenziali attive in Provincia di Trento sono 54 (RSA 51 - RSAO 3) distribuite capillarmente sull'intero territorio, ed ospitano, a carico del Fondo sanitario provinciale, complessivamente 4.210 persone. Le dimensioni delle strutture sono diverse: il modello prevalente (60%) ha dimensioni medio-piccole inferiori agli 80 posti letto.

Il sistema delle cure domiciliari afferisce alle Unità Operative di assistenza territoriale (U.O.A.T.). Il sistema si articola su n.4 livelli: assistenza infermieristica occasionale (A.I.O.), assistenza domiciliare infermieristica (A.D.Inf.), assistenza domiciliare programmata (A.D.P.) ed assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) con un livello di specializzazione per le Cure Palliative (A.D.I.c.p.).

L'assistenza residenziale Hospice è finalizzata a dare risposte concrete e qualificate al bisogno di assistenza dei pazienti affetti da patologie allo stato terminale che non possono essere assistiti, temporaneamente o in via continuativa, al proprio domicilio e che non necessitano di ricovero in un ambiente ospedaliero per acuti. Tale forma di assistenza è disponibile all'interno del presidio ospedaliero S. Giovanni di Mezzolombardo, con 6-8 posti letto.

I Centri di salute mentale, servizio territoriale di riferimento per la diagnosi e la cura dei problemi psichici, sono dislocati a Trento, Cles, Cavalese, Borgo, Pergine, Arco, Rovereto, con articolazioni in altri luoghi del territorio di riferimento (Borgo per Primiero, Cles per Mezzolombardo, Arco per Tione).

Le sedi dei centri di alcologia sono disponibili a Cavalese, Tonadico, Borgo Valsugana, Pergine Valsugana, Trento, Cles, Malè, Rovereto, Riva del Garda, Tione e Pozza di Fassa.

Le strutture residenziali per portatori di handicap che - situate nei distretti dell'Alta Valsugana, di Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina - sono in grado di ospitare complessivamente 285 persone.

Le strutture semiresidenziali (centri diurni, day hospital) per malati psichici sono dislocati a Trento, Cles, Rovereto, Arco, Borgo, Pergine, Tione e nel Primiero.

Le strutture residenziali per malati psichiatrici - presenti nei distretti Alta Valsugana, Trento e Valle dei Laghi, Valle di Non e di Sole, Alto Garda e Ledro e Vallagarina - offrono un livello assistenziale differenziato per complessità e gravità degli ospiti e dispongono complessivamente 115 posti letto; con compiti di risposta a queste problematiche, sono inoltre disponibili sul territorio provinciale 6 Centri sanitari diurni.

I Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) sono disponibili a Trento, Riva e Rovereto. Le strutture per tossicodipendenti a carattere semiresidenziale e residenziale sono 6 e, con una dotazione complessiva di 94 posti letto, sono dislocate nei distretti Trento e Valle dei Laghi e della Vallagarina.

Va anche considerato che le persone portatrici di handicap e tossicodipendenti trentine usufruiscono anche di strutture residenziali e di recupero, convenzionate con il Servizio sanitario provinciale, situate fuori provincia.

La struttura per l'assistenza residenziale ai malati gravi di AIDS è situata a Lamar di Gardolo e presenta una dotazione di 8 posti letto.

Sul totale della spesa sanitaria provinciale complessiva, la spesa assorbita dal livello Assistenza distrettuale risulta quella descritta nella tabella seguente.

ANNO

SPESA CORRENTE

Valore

% su Totale

2001	357.468.000	45,5
2002	376.949.000	44,5
2003	429618.000	48,8
2004	449.121.000	49,2
2005	469.917.000	49,04
2006	497.455.000	49,64

Il personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari impiegato direttamente in questo livello ammonta a 2160 unità equivalenti, nell'ultima rilevazione utile.

4.4. Terzo livello - Urgenza emergenza

In Provincia di Trento le attività di urgenza-emergenza sanitaria sono articolate in:

- sistema di allarme sanitario, costituito da Trentino Emergenza 118 (comprendente la Centrale operativa provinciale, il servizio trasporto infermi e l'elisoccorso);

- sistema accettazione ed emergenza sanitaria, che assicura la funzione di pronto soccorso nelle sedi ospedaliere e nei punti di primo intervento territoriale.

Il sistema di allarme sanitario comprende:

Trentino Emergenza 118 - Centrale operativa provinciale

Costituisce la struttura fondamentale del sistema di allarme sanitario, attiva 24 ore su 24, rappresentando la chiave di accesso al sistema integrato dell'urgenza-emergenza sanitaria territoriale e il centro di direzione e di riferimento di ogni attività di soccorso e trasporto sanitario, compreso il soccorso e il trasporto a mezzo elicottero.

La centrale operativa provinciale, alla quale devono affluire tutte le chiamate di intervento per l'urgenza-emergenza sanitaria, nonché le chiamate per ogni tipo di trasporto sanitario a carico del Servizio sanitario provinciale, garantisce il coordinamento degli interventi di soccorso e trasporto sanitario sull'intero territorio provinciale ed assicura il collegamento via radio o via cavo con tutti i mezzi di soccorso e con i servizi sanitari e non sanitari comunque coinvolti nella gestione di interventi di emergenza sul territorio della provincia (Protezione civile, Vigili del fuoco, Vigili urbani, Polizia stradale, Carabinieri, Corpo nazionale soccorso alpino, altri Enti o Associazioni).

Acquisita la richiesta di soccorso, la Centrale Operativa 118 ne definisce la criticità e dispone la risposta necessaria, dal semplice consiglio telefonico, all'invio di un mezzo di soccorso di base, di un mezzo di soccorso avanzato, alla medicalizzazione del soccorso.

Attività di soccorso e trasporto sanitario

Tale attività è svolta direttamente dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari con mezzi propri e personale dipendente nonché con il contributo delle Associazioni di volontariato, convenzionate con l'Azienda medesima per il soccorso e il trasporto sanitario.

L'unità operativa Trentino emergenza 118 tramite la Centrale Operativa 118, governa le attività di soccorso e trasporto sanitario sul territorio avvalendosi della rete di operatori e mezzi operanti nelle varie postazioni fisse di soccorso opportunamente distribuite sul territorio, proprie o appartenenti alle associazioni di volontariato convenzionate.

Le risorse a disposizione della Centrale Operativa 118 sono costituite da ambulanze con equipaggi in grado di assicurare il sostegno di base delle funzioni vitali nell'adulto e nel bambino in condizioni critiche per malore o per incidente, ambulanze o autosanitaria con la presenza di infermieri addestrati al sostegno avanzato delle funzioni vitali con il supporto in tempo reale del medico della Centrale Operativa 118, automediche, elisoccorso.

In circostanze calamitose la Centrale Operativa 118 si avvale dell'intervento aggiuntivo di risorse specifiche, quali squadre itineranti, squadre di intervento NBCR, Posto Medico Avanzato, Centrale Operativa Distaccata, Unità di decontaminazione.

Attività di elisoccorso sanitario

Il soccorso sanitario a mezzo elicottero è competenza esclusiva del Servizio sanitario provinciale, che può avvalersi del concorso di Enti o di Associazioni pubbliche o private in possesso di apposita autorizzazione sanitaria.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari stabilisce rapporti convenzionali con gli Enti gestori dei servizi di elisoccorso sulla base di un apposito schema tipo di convenzione e dell'*art. 47 della legge provinciale 11 settembre 1998, n. 10* e si avvale principalmente del supporto dei mezzi in dotazione al Nucleo elicotteri dei Vigili del fuoco della Provincia. In caso di improrogabile necessità e constatata la non disponibilità dell'elisoccorso provinciale, la Centrale operativa può utilizzare servizi di elisoccorso pubblici o privati, su autorizzazione specifica del medico responsabile di Centrale.

Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria comprende:

Pronto soccorsi ospedalieri

La distribuzione delle strutture sanitarie sul territorio della Provincia di Trento e la loro diversificata complessità portano ad articolare le attività di urgenza-emergenza secondo modelli differenziati:

a) Ospedali di Trento e Rovereto, dotati di strutture di Pronto soccorso costituite in unità operative autonome (unità operative di Medicina d'urgenza e pronto soccorso) - con personale medico, infermieristico e tecnico dedicato - alle quali sono attribuite funzioni di medicina di urgenza finalizzate a garantire nell'arco delle 24 ore gli interventi diagnostico-terapeutici connessi all'urgenza-emergenza. I trasporti assistiti, assicurati dai mezzi governati dalla Centrale operativa 118, su specifica indicazione del medico curante del paziente, sono supportati su indicazione della Centrale operativa 118, sono garantiti dal personale medico e infermieristico operante presso il Pronto soccorso nonché dai medici dell'emergenza inseriti nel sistema 118; i trasporti sanitari assistiti in elicottero sono effettuati con personale medico specificamente dedicato. Il trasporto neonatale urgente prevede il coinvolgimento diretto del personale medico e infermieristico dell'U.O. di Neonatologia dell'ospedale di Trento. Le Unità operative di Medicina d'urgenza e pronto soccorso, che costituiscono strutture di riferimento di livello provinciale, sono dotate di posti letto tecnici di osservazione breve, con la possibilità di percorsi privilegiati per quanto riguarda

l'effettuazione di prestazioni diagnostiche necessarie alla conclusione delle prestazioni, allo scopo anche di evitare ricoveri impropri;

b) Ospedali di Distretto (Cavalese, Borgo, Cles, Tione e Arco-Riva) dotati - anche in ragione dell'introduzione di nuove modalità organizzative nelle aree di degenza dei singoli presidi - di strutture di pronto soccorso affidate alla responsabilità di un Dirigente medico in possesso di documentata esperienza nel settore dell'emergenza. Le suddette strutture utilizzano personale medico e infermieristico qualificato e addestrato con l'apporto delle consulenze specialistiche presenti all'interno dell'Ospedale e con l'integrazione dei medici dell'emergenza territoriale. Le stesse possono essere dotate di letti tecnici di osservazione, con la possibilità di percorsi privilegiati per quanto riguarda l'effettuazione degli esami necessari alla conclusione delle prestazioni. Devono assicurare gli interventi necessari alla immediata stabilizzazione del paziente (interventi diagnostico-terapeutici di urgenza-emergenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura ospedaliera), nonché garantire l'eventuale trasporto assistito.

Servizio di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale

L'organizzazione dell'urgenza-emergenza territoriale non può prescindere dal coinvolgimento dei medici residenti sul territorio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio di continuità assistenziale).

4.5. Terzo livello - Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera garantisce a tutti i soggetti assistiti dal Servizio sanitario provinciale l'accesso alla degenza ospedaliera necessaria per trattare, in regime di ricovero:

- le condizioni patologiche indifferibili che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza;
- le patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale o domiciliare;
- le condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

L'attività ospedaliera in regime di ricovero si distingue in:

a) assistenza per acuti:

medica: terapia intensiva, ricovero ordinario e ricovero diurno (day hospital)

chirurgica: ricovero ordinario, ricovero diurno (day surgery);

b) assistenza *riabilitativa*: ricovero ordinario e ricovero diurno (day hospital);

c) assistenza *lungodegenziale*: ricovero ordinario

Confermando l'andamento che si registra a livello nazionale ed europeo, anche in Provincia di Trento si è assistito in questi ultimi anni ad una riduzione continua dei posti di degenza ospedaliera passando dai 4228 posti letto nel 1982 ai 2480 del 2006 (a motivo della progressiva riduzione del fabbisogno di posti letto per acuti in dipendenza dello sviluppo dimensionale e funzionale dei servizi territoriali, alla stabilizzazione del fabbisogno di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza); allo sviluppo del ricovero in regime diurno; alla necessità di conseguire più adeguati livelli di performance delle strutture, alla tendenziale riduzione della degenza media

nonché all'adozione di modelli organizzativi innovativi incentrati sullo sviluppo tecnologico e telematico e sullo sviluppo dell'assistenza residenziale sanitaria.

Patologia	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
								M + F	M	F
Malattie Ipertensive	9	10	13	14	10	4	8	2	2	-
Ca. collo utero	3	-	1	1	1	2	2	2	-	2
Linfoma di Hodgkin	2	2	2	2	1	-	-	1	-	1
Polmonite/bronchite	6	8	7	5	6	1	2	3	2	1
TBC	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Asma Bronchiale	1	1	-	1	-	1	1	1	1	-
Cardiopatía reumatica	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Malattie respiratorie acute	1	1	1	-	-	-	3	3	3	-
Infezioni batteriche	2	-	-	-	1	-	5	4	2	2
Ernia addominale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistite acuta/cronica	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-
Appendicite	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cause materne (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anemia da carenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale decessi	28	25	26	23	19	9	19	16	10	6

(fonte Relazione SSP – 2005)

La durata media della degenza dei ricoveri ospedalieri (che nel 1980 era di 14,99 giornate, di cui 14,82 giornate per le patologie acute) è pari oggi a 7,70 a fronte di patologie analoghe.

La tabella che segue dà rappresentazione della dotazione complessiva di posti letto ospedalieri nel 2006:

	Posti letto per Acuti		Totale
	Ordinari	diurni	
	1.594	188	1.782
posti letto *1000 abitanti	3,17	0,37	3,55

	Posti letto per Terapia Intensiva		Totale
	Ordinari	diurni	
	40	0	40
posti letto *1000 abitanti	0,08	0,00	0,08

	Posti letto per Riabilitazione		Totale
	Ordinari	diurni	

	361	81	442
posti letto *1000 abitanti	0,72	0,16	0,88

	Posti letto per Lungodegenza		Totale
	Ordinari	diurni	
	216	0	216
posti letto *1000 abitanti	0,43	0,00	0,43
Totale Generale	2.211	269	2.480
posti letto *1000 abitanti	4,40	0,54	4,94

	Posti letto Tecnici		
Dialisi	0	91	91
Medicina d'urgenza e PS	0	10	10
posti in U.O.	0	19	19
in RSA a sede ospedaliera	67	0	67
Totale Generale letti Tecnici*	67	120	187

* non sono conteggiati nel parametro PL/1000abitanti

In termini strutturali, in Provincia di Trento l'assistenza ospedaliera è attualmente erogata da ospedali pubblici e da case di cura e strutture di ricovero private accreditate.

La rete dei presidi pubblici di degenza ospedaliera, costituita da 7 ospedali, è articolata su due livelli di impegno clinico-assistenziale ed è tendenzialmente organizzata secondo modelli di area omogenea in base ai quali:

* le Unità operative e/o i settori operativi confluenti nell'area conservano la propria autonomia clinicofunzionale in ordine alle patologie di competenza all'interno di una efficiente integrazione e collaborazione con strutture affini nell'ottica di ricercare la maggiore razionalità organizzativa;

* sono superate le tradizionali separazioni dell'organizzazione ospedaliera, introducendo meccanismi di flessibilità organizzativa ed operativa per realizzare, quando compatibile, un effettivo uso in comune delle risorse umane e strumentali.

Il primo livello, livello ospedaliero di base, è costituito dagli ospedali di Distretto - presidio ospedaliero di Cavalese, presidio ospedaliero di Borgo Valsugana, presidio ospedaliero di Cles, presidio ospedaliero di Tione, presidio ospedaliero dell'Alto Garda e Ledro - che dispongono delle discipline cliniche e dei servizi di base e garantiscono l'assistenza specialistica territoriale per la popolazione del relativo ambito territoriale ed, eventualmente, di altri ambiti limitrofi.

Il secondo livello è costituito dall'Ospedale di Trento (presidi ospedalieri S. Chiara in Trento, Villa Igea in Trento, Villa Rosa in Pergine Valsugana, S. Giovanni in Mezzolombardo) e dall'Ospedale di Rovereto (presidi ospedalieri S. Maria del Carmine e Ala) che assolvono per l'ambito territoriale di competenza le funzioni di ospedale di primo livello e garantiscono ulteriori funzioni ospedaliere specialistiche a carattere multizonale o per l'intero territorio provinciale.

Già oggi, gli ospedali di 1° e 2° livello sono gestiti privilegiando l'integrazione funzionale e strutturale delle Unità operative ed utilizzando, in un'ottica di efficienza organizzativa, strumenti quali le aree funzionali omogenee ed i dipartimenti.

Completano il quadro della rete ospedaliera trentina, con ruolo di sussidiarietà, altre 7 strutture ospedaliere private autorizzate, provvisoriamente accreditate ed inserite nella programmazione sanitaria provinciale: 2 ospedali ex classificati (S. Camillo di Trento e S. Pancrazio di Arco) e 5 case di cura private (Villa Bianca di Trento, Solatrix di Rovereto, Eremo di Arco, Regina di Arco e Sacra Famiglia di Arco).

In linea con le disposizioni statali e provinciali in vigore, il Servizio sanitario provinciale - in ordine alla soddisfazione di esigenze sanitarie legate alla erogazione di prestazioni non disponibili e di alta specializzazione - assicura infine il ricorso a strutture sanitarie extraprovinciali attraverso il sistema della mobilità sanitaria interregionale e internazionale, provvedendo in specifici casi alla stipulazione di accordi convenzionali.

Sul totale della spesa sanitaria provinciale complessiva, la spesa assorbita dal livello Assistenza ospedaliera (urgenza-emergenza compresa) risulta quella descritta nella tabella seguente.

ANNO	SPESA CORRENTE	
	Valore	% su Totale
2001	366.393.000	51,2
2002	439.263.000	51,8
2003	420.825.000	47,8
2004	432.250.000	47,4
2005	455.225.000	47,5
2006	472.188.000	47,12

Il personale dipendente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari impiegato direttamente in questo livello ammonta a 3971 unità equivalenti, nell'ultima rilevazione utile.

5. *Le strategie per la qualificazione dei livelli essenziali di assistenza*

Rispetto al contesto attuale, strutturale ed organizzativo, descritto nel capitolo precedente, 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 nel presente Piano, è necessario individuare specifici interventi strategici di qualificazione per ciascun livello.

5.1. *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 Delib.G.P. 10 novembre 2006, n. 2340 - 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 cronico-degenerative, degli incidenti e dei rischi dovuti a comportamenti e stili di vita errati.

È 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 (cfr. cap. 3) 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 tre indirizzi principali per la prevenzione:

- 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. n. 626/1994* e successive modifiche 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. Delib.G.P. n. 2800/05 e Delib.G.P. n. 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. È 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'adeguata 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**

È 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.

5.2. 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 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 ridurre 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.

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.

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.

È 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.

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.

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.

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.

È 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, quali emergono anche dagli approfondimenti eseguiti nella prima parte del presente Piano, 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.

Rimandando al successivo capitolo 7 l'analisi delle problematiche di salute delle fasce di popolazione in parola, si forniscono di seguito alcuni elementi di connotazione innovativa che dovranno caratterizzare i servizi e le strutture coinvolte.

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 RSA, 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 RSA medesime.

Per quello che riguarda le Residenze sanitarie assistenziali a sede ospedaliera - RSAO., 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 presente 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, contemperando 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 RSA.

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.

Consequente 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 presente 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 RSA 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.

Per una trattazione organica di questa tipologia di assistenza si rimanda al cap. 7 (Obiettivo prioritario "Bambini e giovani").

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 alcologia, 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 in questo Piano 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 (cfr. cap sui bisogni di salute e sugli obiettivi prioritari). 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. n. 502/1992* e successive modifiche.

Sempre per il perseguimento dell'integrazione politica strategica, all'*art. 42 della L.P. n. 13/2007 "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 socioassistenziale.

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 sociosanitarie 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).

5.3. 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).

Nel periodo di vigenza del presente Piano è 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.

5.4. 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 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.

1. 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, broncopneupatia cronico - 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
- ortopedia-traumatologia - rispetto ad esigenze stagionali
- ostetricia - punti nascita secondo criteri di sicurezza e qualità delle prestazioni.

2. 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.

3. 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 Trentino [5] e nell'intento di preordinare gradualmente lo scenario organizzativo-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.

[5] 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;

- con adeguato comfort alberghiero e garante della possibilità di effettuazione della attività libero-professionale delle équipes 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.

4. 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

- 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 inte-rospedaliero 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.

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.

6.1. 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.

6.2. 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 *D.Lgs. n. 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 dell'attività di formazione/aggiornamento proprie della Provincia.

Per tutte queste finalità, 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.

6.3. 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 D.Lgs n. 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 D.Lgs. n. 502/1992 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 presente 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.

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 D.P.P. 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 Delib.G.P. 13 marzo 2006, n. 434 - 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.

6.4. *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.

6.5. *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 n. 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, in questa legislatura, 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

- 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 che compatibilizzi sia i costi, sia 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.

6.6. 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.

È 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.

6.7. La gestione del rischio clinico ("risk management")

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.

7. Gli obiettivi prioritari di salute per la popolazione trentina

L'analisi dei bisogni precedentemente effettuata consente di individuare i seguenti n. 10 prioritari obiettivi di salute che, in fase attuativa potranno essere tradotti in progetti, attraverso l'individuazione:

- * di referenti, soggetti responsabili ed interlocutori coinvolti per le diverse competenze;
- * di azioni specifiche;
- * delle tempistiche;
- * dei modelli di monitoraggio per le verifiche in progress;
- * delle risorse da dedicarsi.

Per quanto riguarda il metodo, considerata l'impostazione di livello "alto", generale e strategico del presente Piano, ogni obiettivo viene di seguito affrontato, attraverso:

- a) una descrizione/inquadramento problematico
- b) le proposte generali di sviluppo.

La formalizzazione dei progetti è rimessa dunque a provvedimenti attuativi del presente Piano, avuto riguardo anche a quanto stabilito nella parte del documento che tratta i livelli essenziali e le azioni di miglioramento.

7.1. Garantire la centralità del cittadino: un obiettivo trasversale

Fra i principi di riferimento che sostengono il presente Piano quello riguardante la centralità del cittadino nel sistema della salute, costituisce uno dei capisaldi fondamentali.

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 delle seguenti dimensioni, tra loro interconnesse:

- il rispetto della persona bisognosa, della sua identità e dignità: ogni individuo è un'entità unica, con proprie caratteristiche e modalità esistenziali, con un'integrità psico-fisica anche in caso di malattia, che devono essere considerate dal sistema sanitario. Il problema di salute deve essere quindi affrontato attraverso un approccio che può essere personalizzato, invece che con la generica e omologante definizione di "casi", messi a fattor comune dal fatto di aver attuato la stessa richiesta o da aver contratto la medesima patologia;

- la valutazione della persona in termini globali ed attenti alla complessità dei suoi bisogni, passando dalla cura del sintomo e dell'organo al "prendersi cura" nel tempo dello stato patologico che interessa e coinvolge l'individuo tenendo quindi conto anche della valenza socio-culturale connessa al suo disturbo;

- la qualità totale del trattamento (in termini professionali, organizzativi e relazionali), concetto complesso che può essere scomposto in diversi termini-chiave, da assicurare contemporaneamente per dare attuazione a questa dimensione:

- * informazione
- * accoglienza
- * accessibilità
- * risposta
- * efficacia (assoluta o relativa)
- * tempestività
- * comfort
- * relazioni interpersonali.

Le dimensioni in cui viene a realizzarsi la centralità del cittadino riguardano, da un lato, i fattori oggettivi e tangibili concernenti l'organizzazione e l'operatività del sistema (facilmente individuabili e quindi più facilmente e tempestivamente modificabili) e, dall'altro, gli aspetti legati a comportamenti, atteggiamenti personali, dinamiche relazionali difficili da inquadrare, monitorare e controllare, caso per caso.

È pertanto necessario agire contemporaneamente e congiuntamente sui due versanti del mutamento tecnico-organizzativo e del rapporto cittadino-operatore.

Sempre nell'ottica di favorire la centralità del cittadino, non si può trascurare un altro fattore determinante, indispensabile per procedere in tal senso: l'avvio di un processo mirato all'espansione dell'"empowerment" dell'individuo e della collettività: al cittadino devono essere forniti tutti gli strumenti di carattere informativo e formativo che favoriscono la crescita della consapevolezza, della responsabilità e dell'autodeterminazione nei confronti della propria salute.

Per questa via si alimenta la conoscenza dei propri diritti, dell'esigibilità e dell'appropriatezza del ricorso al sistema sanitario, aiutando a comprendere i vantaggi ed i punti di forza delle scelte effettuate per lo sviluppo della qualità dell'assistenza che, apparentemente potrebbero sembrare non coincidenti con l'interesse soggettivo.

In sintesi, il sistema deve andare incontro al cittadino, ma anche il cittadino deve andare incontro al sistema.

Il nuovo ruolo del cittadino nel sistema sanitario deve essere inoltre interpretato come l'assunzione da parte dello stesso di un ruolo di partecipante alla formazione delle scelte strategiche di politica della salute non solo tramite la propria rappresentanza politica, ma anche direttamente. Da tempo questa prerogativa è stata considerata a livello normativo e istituzionale e su questa linea sono auspicati ulteriori strumenti di revisione legislativa che mirino ad un rafforzamento e a rendere sistematica l'istanza della partecipazione.

La centralità del cittadino - nei termini che si vedranno nella presente sezione - per il fatto che dovrà comportare un miglioramento qualitativo del sistema sanitario, si potrà inoltre ripercuotere in una valorizzazione del processo di cura e degli operatori che ne fanno parte. Si persegue così specularmente la centralità del "cittadino operatore" che in tale processo deve poter trovare formule di soddisfazione, di motivazione e di gratificazione del proprio agire professionale.

Sono già stati sviluppati nel Servizio sanitario provinciale processi che vanno nella direzione perseguita. Pertanto questi devono essere ulteriormente confermati e perfezionati. Fra i più significativi:

> Le iniziative di promozione della salute, con cui viene formata e rafforzata la responsabilizzazione e la consapevolezza del cittadino nei confronti della propria salute nonché la capacità di autogestirla, attraverso il controllo dei principali fattori di rischio; gli strumenti utilizzati per la promozione della salute sono rappresentati da iniziative di comunicazione, informazione e sensibilizzazione rivolte alla conoscenza sia delle problematiche di salute a fini preventivi, sia delle modalità che supportano un utilizzo efficace ed appropriato dei servizi erogati dal sistema sanitario.

> Le iniziative di promozione della qualità, in tutte le sue dimensioni. La qualità si è gradualmente affermata come aspetto intrinseco all'erogazione di un servizio o di una prestazione, parimenti all'efficacia e le iniziative di promozione stanno riguardando a livello aziendale un processo interno avanzato rivolto alla "qualità totale", con attività continue di miglioramento sulla base di progetti e programmi che coinvolgono tutti gli operatori in gruppi interfunzionali, intersettoriali e interprofessionali. Aspetti essenziali su cui agire per assicurare la qualità, riguardano la formazione e aggiornamento del personale, l'autorizzazione ma soprattutto l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, lo sviluppo delle funzioni di "audit" nei confronti del cittadino e la conseguente analisi-risposta ai problemi evidenziati.

> La creazione di nuovi strumenti di collegamento, anche interattivi, che facilitano il rapporto del cittadino con il sistema sanitario, sia per gli aspetti direttamente legati al trattamento diagnostico-terapeutico, sia per la gestione degli aspetti burocratici-amministrativi legati ad esse (es. portale, telemedicina, estensione del Centro Unico di Prenotazione, ecc.).

Il costante e crescente impegno profuso su questo versante, ha prodotto visibili risultati, al punto che indagini indicano un buon grado di soddisfazione per la sanità trentina da parte degli utenti.

Esiste tuttavia ancora un disagio residuale, che emerge anche dall'ascolto e dall'analisi di segnalazioni (sia formali che informali) provenienti da fonti diversificate, ma che vanno a toccare, seppure nella diversità dei singoli casi, determinati aspetti problematici che possono essere percepiti dai cittadini come segnali di prevalenza delle logiche organizzative rispetto al diritto di essere al centro dei processi.

Gli aspetti ancora problematici derivano da alcuni fattori, tra loro interrelati, sintetizzabili nel modo seguente.

Fattore culturale

Da parte dei professionisti sanitari può permanere, in termini comunque residuali, l'orientamento a non condividere con il paziente almeno una parte del sapere scientifico che riguarda il suo stato patologico, evidentemente per supposta mancanza di capacità di ricezione e di comprensione, da parte del cittadino. In ciò si sottovaluta che, invece, il paziente o i propri familiari sono spesso maturi per una comunicazione attiva, specifica, puntuale e non standardizzata.

Fattore manageriale

Se da un lato l'introduzione del sistema aziendalistico favorisce l'orientamento verso il cittadino con l'adozione di tutte le misure per garantire la qualità del prodotto offerto e la soddisfazione del cliente-utente, lo stesso sistema, per sua natura, sebbene non fondato sulla logica del profitto, deve nel contempo assicurare l'efficienza e l'economicità della gestione, con l'introduzione di meccanismi budgetari la cui quadratura è assegnata alla responsabilità (con la conseguente previsione di incentivi e sanzioni) dei vari soggetti dirigenziali; di conseguenza, in alcuni casi, a fronte di questa necessità, possono essere favoriti meccanismi e modalità di azione finalizzati alla riduzione della spesa in termini però contraddittori, perché si interviene su casi dove l'investimento risponde in termini pieni, efficienti ed efficaci.

Fattore organizzativo

Si tratta dell'esistenza di logiche di autoreferenzialità che caratterizzano e che sono proprie di ogni organizzazione, in particolare di quelle orientate al "servizio", inteso nella sua definizione complessa di relazione dinamica tra contesto, persone utenti e professionisti. I contesti più difficili, che non privilegiano l'innovazione comportano limiti e fonti di disagio per il cittadino utente. Queste condizioni riguardano primariamente non tanto l'organizzazione aziendale nel suo complesso, ma piuttosto le singole unità organizzative (i reparti, gli uffici amministrativi, ecc.) che da soli non producono soluzioni globali per l'utente.

Si deve tener conto anche dell'esistenza in generale di una sorta di "incompatibilità fisiologica" tra esigenze personali, strutturazione e organizzazione del servizio pubblico; ciò in particolare, in relazione alle dimensioni della quotidianità (le esigenze di un soggetto esprimono una realtà la cui importanza non è legata solo ai criteri normativi di una pubblica amministrazione), della continuità (le esigenze soggettive non sono sintonizzabili solo in base agli orari di un ufficio pubblico) e della globalità (le esigenze soggettive non esprimono solo richieste contingenti, ma fanno parte di un progetto personale che attende una molteplicità di apporti da sviluppare nel tempo).

Fattore umano

È l'aspetto fondamentale, in quanto riguarda un insieme di elementi (concezione di vita, aspettative, motivazioni, ecc.) che costituiscono e influenzano il pensare e l'agire di ogni singolo operatore che lavora nel sistema e nell'organizzazione sanitaria.

Non si può prescindere da questo elemento, anche perché al di là della possibilità o meno di imporre, incentivare e sanzionare comportamenti specifici nel rapporto con il cittadino a livello

relazionale (quali, la cortesia, l'informazione, il rispetto), rimane un margine che deriva da aspetti di personalità, caratteriali e, più specificatamente, di significato attribuito al proprio lavoro e al grado di soddisfazione che esso arreca, che è determinante per non compromettere il rapporto con l'utente proprio sul versante del "calore relazionale".

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, il presente 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. È 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, si intende intervenire a livello "interstiziale" rispetto alla copertura esistente, 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, considerata l'eterogeneità delle tipologie di criticità e di problematiche, anche dal punto di vista "dimensionale", si è proceduto ad una aggregazione formale di tutti gli aspetti segnalati sulla base di determinati concetti chiave, sulla base della dimensione comune che favorisce la centralità di cittadino cui le stesse danno risposta, fermo restando che ciascuna di esse, essendo correlata e finalizzata allo stesso obiettivo unitario può risultare valida anche per soddisfare la realizzazione degli altri concetti individuati.

Su questa base sono state sviluppate le linee di indirizzo da cui derivare, in sede attuativa del Piano, i progetti strategici, singoli ed integrati riguardanti i seguenti cinque temi:

- 1) presa in carico del cittadino utente e continuità assistenziale;
- 2) coinvolgimento del cittadino nelle decisioni e nel processo terapeutico;
- 3) informazione, semplificazione e facilitazione all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari;
- 4) efficacia delle cure: qualità, personalizzazione, tempestività;
- 5) l'umanizzazione del rapporto e dell'intervento sanitario.

Nell'ordine:

7.1.1. 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.

La gestione della complessità del percorso deve avvenire all'interno del sistema organizzativo, in modo che il cittadino non debba accorgersi, né subire le difficoltà interne, attraverso l'assunzione della responsabilità da parte dei singoli servizi sanitari non solo della loro prestazione, ma di tutto il processo assistenziale, a cominciare dai casi patologici particolari e più gravi (es. tumori) e dalle fasce di popolazione più bisognose di tutela (es. anziani non autosufficienti, malati psichiatrici...), e più deboli e vulnerabili in senso socio-economico, definendo anche, ove necessario, le modalità per l'integrazione con i servizi e le prestazioni socio-assistenziali.

In questi casi, la teoria organizzativa propone l'adozione di un metodo organizzativo "per processi" che, ponendo in essere un agire finalizzato da parte di tutti i soggetti eterogenei coinvolti, crea un "valore aggiunto" da ciascuno per il risultato finale, serve e arricchisce il processo assistenziale e lo pone in una logica di miglioramento continuo.

Si sottolinea che il verificarsi di queste condizioni comporta in primo luogo il superamento di un modello organizzativo statico e burocratico.

Con queste premesse:

1. *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.*

2. *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. Per "organizzazione per processi", si intende la messa in campo di una sequenzialità logica (e spesso anche temporale) di azioni tutte finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo (il risultato di salute), azioni sostanzialmente separabili da quelle che sono le responsabilità e la struttura formale. In tal modo vengono a crearsi sinergie organizzative, integrazioni e eteroreferenzialità, allo scopo di fornire quello che il cittadino chiede nel percorso all'interno del sistema, cioè semplicità, coerenza, continuità, unitarietà e tempestività dell'intervento assistenziale.*

In tale tipologia organizzativa quindi, i singoli anelli della catena processuale (ad es. le varie unità organizzative dell'azienda sanitaria) offrono ciascuno un contributo e l'insieme dei contributi garantisce il risultato finale della soddisfazione dell'utente.

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 (terapiariabilitazione, passaggio delle informazioni cliniche, rapporto con il medico di base, ecc.). A livello prioritario, deve essere affrontato il momento della dimissione ospedaliera.

3. *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.*

7.1.2. Coinvolgimento del cittadino nelle decisioni e nel processo terapeutico

L'evidenza dimostra che i pazienti considerano altamente positiva la possibilità di comunicare con il proprio medico con serenità e fiducia e ritengono che l'instaurazione di questa relazione sia importante quanto la somministrazione di cure adeguate.

In considerazione anche della sempre maggiore consapevolezza indotta nel cittadino riguardo alla propria salute, è necessario giungere al progressivo abbandono del tradizionale modello di rapporto con il paziente di tipo paternalistico, impostando a livello sistematico un rapporto caratterizzato da maggiore rispetto dell'autonomia decisionale del paziente, dei suoi valori soggettivi, per raggiungere un'effettiva centralità dello stesso nella relazione terapeutica.

Si manifesta infatti spesso il problema della mancata conoscenza e conseguente condivisione, da parte dei pazienti e/o dei loro familiari, delle motivazioni sottese alle scelte mediche ed organizzative effettuate dal servizio sanitario provinciale, soprattutto nei casi di patologie complesse sia fisiche che mentali, spesso anche caratterizzate dall'incertezza del percorso terapeutico. Si deve invece giungere alla costruzione di un'alleanza terapeutica, ovvero a contrattare tali 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.

Con queste premesse:

1. *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.*

2. *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.*

7.1.3. Informazione, semplificazione e facilitazione all'accesso dei servizi sanitari

Se già l'impostazione organizzativa per processi contribuisce al raggiungimento della finalità della presente proposta, si ritiene opportuno definire a parte il problema di assicurare l'orientamento del cittadino nel suo contatto e permanenza nel sistema sanitario, in quanto, accanto all'aspetto dei contenuti del processo assistenziale e della presa in carico, è necessario agire parallelamente, attraverso una riorganizzazione interna del Servizio sanitario provinciale, per la creazione di una rete procedurale che, anche con l'utilizzo dei mezzi tecnologici più avanzati, assicuri una migliore comunicazione tra uffici e servizi, uno scambio totale di informazioni e procedure più facili orientate alla centralità del cittadino.

Deve essere quindi 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).

Con queste premesse:

1. Per il raggiungimento del presente sub-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.

7.1.4. 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).

Il trattamento dovrebbe essere quindi adeguato su ogni singolo caso ed ogni volta che il paziente si presenta al servizio sanitario, valutando il rapporto benefici/rischi, informando e consigliando, ove opportuno, anche validate alternative terapeutiche alla medicina tradizionale (definite "dolci" in quanto non comportano e non provocano gli effetti collaterali e ulteriori conseguenze sullo stato di salute come invece talvolta i farmaci fanno).

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.

Con queste premesse:

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.

7.1.5. L'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. *È 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.

7.2. Affrontare e diminuire le 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.

In Italia ogni dieci casi mortali, uno avviene in età e per motivi per i quali non si dovrebbe morire.

La riduzione di tali eventi diviene pertanto uno degli obiettivi più rilevanti della sanità pubblica e quindi è indispensabile indagare in modo approfondito questo fenomeno e le sue particolari caratteristiche, per proporre a livello politico-decisionale interventi migliorativi.

Inoltre, 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 [6].

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.

[6] Alcuni dati "traccianti" sulla mortalità evitabile in Trentino (parziali, nel senso che sono riferiti ad una classificazione meno estesa di

quella introdotta nel presente documento e che si riferiscono ai c.d. "eventi sentinella") sono riportati nella seguente tabella:

Patologia	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
								M + F	M	F
Malattie Ipertensive	9	10	13	14	10	4	8	2	2	-
Ca. collo utero	3	-	1	1	1	2	2	2	-	2
Linfoma di Hodgkin	2	2	2	2	1	-	-	1	-	1
Polmonite/bronchite	6	8	7	5	6	1	2	3	2	1

TBC	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Asma Bronchiale	1	1	-	1	-	1	1	1	1	-
Cardiopatía reumatica	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Malattie respiratorie acute	1	1	1	-	-	-	3	3	3	-
Infezioni batteriche	2	-	-	-	1	-	5	4	2	2
Ernia addominale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistite acuta/cronica	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-
Appendicite	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cause materne (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anemia da carenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale decessi	28	25	26	23	19	9	19	16	10	6

(fonte Relazione SSP - 2005)

La tabella indica che le morti potenzialmente evitabili (cause selezionate di decessi in età 5-64 e 15-49 per le cause materne, secondo la lista di Charlton), dopo un aumento nel 2004, registrano una lieve riduzione, dovuta a verosimile fluttuazione casuale. Nel 2005 si sono avuti 16 decessi. Anche gli anni potenziali di vita produttiva persi si riducono rispetto al 2004 (-665 anni). La maggiore perdita di anni potenziali di vita produttiva/decesso è determinata, nei maschi, dai traumatismi ed avvelenamenti (33,8% sul totale degli anni persi) e nelle femmine dalle neoplasie (59,4% sul totale degli anni persi).

7.3. Le specificità di genere e di fasi della vita nella salute

La specificità di genere nella salute su tutto l'arco della vita e dunque nelle varie fasce di età è una delle evidenze più significative che emergono dall'analisi dei bisogni di salute. Le linee direttrici tracciate in questo capitolo intendono offrire gli spunti necessari per affrontare le problematiche della salute specifiche per la donna, per l'età evolutiva e per gli anziani.

Nell'ordine,

7.3.1. Promuovere attivamente la salute e la qualità della vita della donna

La specificità di genere nella salute su tutto l'arco della vita e dunque nelle varie fasce di età è una

delle evidenze più significative che emergono dall'analisi dei bisogni di salute e dunque, in tal senso, il sesso diviene uno dei fattori di "diseguaglianza" tra la popolazione.

In sanità la diversità di sesso viene affrontata avuto riguardo ovviamente ai fattori differenziali di carattere biologico fra sesso maschile e sesso femminile ma ciò può non apparire più sufficiente dal momento che attraverso un "approccio di genere" possono essere messi in evidenza molteplici aspetti decisivi per conseguire un obiettivo di equità, nei confronti, in particolare, del sesso femminile.

A titolo esemplificativo deve registrarsi che a volte vi sono discriminazioni fondate sul sesso che riguardano la ricerca medica, clinica e farmacologia, essendo ovvio che da ciò possono derivare una sottovalutazione dei bisogni di salute della donna e, soprattutto, diverse possibilità di cura delle patologie.

Un altro errore di carattere pregiudiziale che sembra caratterizzare l'approccio medico-scientifico è quello di imputare l'eziogenesi delle malattie tendenzialmente a percorsi diversi a seconda dei sessi: per le donne di prevalente derivazione biologico-ormonale, per l'uomo di prevalente derivazione socio-ambientale e lavorativa. Ad esempio, per i tumori femminili (soprattutto per quello mammario) si è finora trascurato, come invece avviene per l'uomo, l'importanza dell'ambiente in senso lato e degli stili di vita condizionanti la genesi della malattia, concentrando invece l'attenzione solo sui fattori individuali (es. cause genetiche ereditarie). Ciò ha alla lunga comportato lo sviluppo di una prevenzione secondaria, mirata alla diagnosi precoce e al trattamento, sottovalutando la prevenzione primaria.

Contrariamente a questo approccio tradizionale, è proprio dall'analisi della salute della donna nella sua complessità e specificità che divengono visibili e si rispecchiano chiaramente le problematiche più significative che caratterizzano l'organizzazione e le dinamiche sociali odierne, che, come è stato evidenziato nel cap. 1, sono connesse in un reciproco e ciclico rapporto causa-effetto di continua interazione con la salute, la qualità della vita, il vissuto individuale, relazionale e collettivo dei cittadini e delle cittadine.

Il quadro sintetico - ma più specifico rispetto ai tratti salienti dell'analisi effettuata nel capitolo 1 - che dà conto di tale interazione e che evidenzia altresì la differenza di genere riguardo lo stato di salute della popolazione femminile italiana e trentina, è riportato di seguito.

La donne in Trentino hanno una significativa maggiore longevità rispetto agli uomini, ma spesso si tratta non di una vita anziana in buona salute, in quanto l'allungamento della vita si accompagna ad un elevato grado di disabilità e a svariate condizioni di non autosufficienza. Le donne anziane, inoltre, sono spesso, sole, in quanto vedove e/o a causa dell'allontanamento dei figli.

Tale situazione di solitudine riguarda sempre molto più spesso donne anche giovani (anche con figli a carico), in ragione del crescente numero di separazioni e di divorzi. Per quanto concerne la funzione materna, le neomamme sono in aumento in Trentino e in questo fenomeno concorrono sempre di più le donne non residenti immigrate.

Anche le interruzioni volontarie della gravidanza sono in aumento, sempre in correlazione con l'aumento della presenza straniera sul nostro territorio, mentre una parte significativa delle trentine caratterizza il tasso di abortività spontanea (da indagare) ed il ricorso al taglio cesareo.

Fino ai 14 anni muoiono più femmine che maschi, mentre nell'età giovanile adulta sono più i maschi che decedono (soprattutto per incidenti), ma le donne in questo periodo di vita piena muoiono per cause legate proprio alla funzione riproduttiva, compresa la gravidanza. Nel corso della vita, le femmine tendenzialmente vivono più numerosi episodi patologici rispetto ai maschi.

Ci sono meno donne che muoiono di tumore, sia rispetto agli uomini, sia rispetto al passato, in alcuni casi per merito dell'adesione ai programmi diffusi di screening da anni adottati e diffusi sul territorio provinciale. Il tumore che colpisce più le donne è quello alla mammella, ma esiste rispetto al passato una varia casistica che riguarda sedi "più" maschili (colon, stomaco, polmone) che

indicano, oltre a comuni cause di probabile origine ambientale in senso lato (in primis, l'alimentazione e l'ambiente), anche una possibile adesione delle donne a modelli comportamentali insalubri, una volta relegati quasi esclusivamente alle abitudini dell'altro sesso (fumo, alcol).

L'universo della salute mentale inteso in senso lato (che comprende anche le ripercussioni organiche e fisiche sull'organismo), svela i legami esistenti con la condizione esistenziale della donna nella nostra società e anche i limiti, i disagi e le contraddizioni che la caratterizzano.

Il disagio psichico, inteso non solo come presenza di psicosi conclamata, ma come diffusione della cosiddette sindromi affettive (depressione, ansia, ecc.), è un problema emergente. La maggioranza dei pazienti è costituita da donne mentre il sesso maschile caratterizza le situazioni di grave dipendenza quale quella delle droghe e dell'alcol ed il fenomeno dei suicidi.

Appare che la donna sceglie molto di più dell'uomo di procrastinare l'accesso al supporto dei servizi sanitari pur in situazione di disagio vitale. Questo stato si trascina per rivelarsi, troppo spesso, in condizioni gravi e croniche, in qualche caso esplosive.

Le cause sociali di questa situazione sono decisive, proprio perché costituiscono il substrato in cui nasce e cresce la patologia, creando un circolo vizioso pesante.

Le donne si devono più spesso accontentare di un lavoro precario sebbene spesso più formate rispetto agli uomini, accettano occupazioni di basso profilo rispetto al loro livello di studio. Anche le possibilità di carriera sono più difficili rispetto agli uomini.

A questa condizione sociale, si correla un dato rilevante, che è tipico della realtà del territorio provinciale, non riscontrabile altrove: seppure il livello di povertà qui sia inferiore alla media nazionale e anche a quella del Nord-Est, la probabilità di essere povero in Trentino è influenzata considerevolmente dal genere, correlato sia alla ancora relativamente scarsa partecipazione attiva femminile al mondo del lavoro, sia all'avanzare dell'età. La stessa organizzazione del lavoro è fonte di disagio e di stress, non permette di conciliare in modo efficace e pieno le esigenze del lavoro e gli impegni della vita privata e familiare, anche a causa della carenza di servizi di supporto alla famiglia.

Un altro importante elemento da tenere in considerazione e che evidenzia questa caratteristica tipica femminile di un substrato patologico sommerso e silente riguarda la violenza in tutte le sue varie forme fisiche e psicologiche subita dalle donne tra le mura domestiche. Nella nostra realtà vi sono statistiche che indicano in non meno del 60% la percentuale degli infortuni domestici dovuti a forme di violenza che oltre determinare gli effetti conclamati di trauma spesso recano con sé anche lo sviluppo di molteplici patologie organiche o psichiche in chi le subisce sistematicamente. Contrariamente ai luoghi comuni che fanno pensare che questo fenomeno sia relegato a situazioni di degrado sociale riferito soprattutto ad altre culture, esso si annida nella stragrande maggioranza dei casi in situazioni di normalità, di insospettabilità e di integrazione, trasversali a tutte le fasce sociali e riferite alla popolazione italiana.

È perciò evidente che la risoluzione di condizioni soggettive di fragilità e di patologia potrebbero derivare dal concorso di più favorevoli condizioni sociali, economiche e culturali.

Un fattore invece positivo che deve essere promosso e sostenuto è, da una parte, la maggiore attenzione e responsabilizzazione delle donne nei confronti dei comportamenti/stili di vita orientati alla salute (come si può evincere dall'adesione ai programmi di prevenzione) e, dall'altra, l'attitudine e la capacità del prendersi cura della salute dei componenti della famiglia, permettendo così sia l'organizzazione efficace e la composizione unitaria, magari anche l'integrazione con elementi qualitativi (es. uso delle medicine alternative), dei percorsi terapeutici, surrogando spesso le carenze in tal senso del sistema sanitario.

Inoltre, di norma, le donne che appartengono ad una rete di relazioni sociali sostanziali e relativamente stabili (le varie forme di legame di tipo familiare e relazionale), di cui essa è in ogni caso nodo attivo e responsabile (con il carico di problemi organizzativi, economici ed emotivi che

tale ruolo comporta), può essere considerata una sorta di rete di protezione contro il rischio sanitario legato e tipico delle situazioni invece caratterizzate dalla solitudine/emarginazione sociale (es. traumi, incidenti, malattie acute, dipendenze, comportamenti devianti pericolosi, ecc.)

Il quadro generale così definito ovviamente non può essere concepito in senso generalizzante o totalizzante, ma tuttavia consente di individuare "prototipi" o profili femminili diffusi, seppure in diverso grado e intensità, anche tra la popolazione trentina femminile. La presa in carico va quindi orientata distinguendo i seguenti profili:

** Donna giovane o adulta soggetta al rischio di sviluppare forme di disturbi mentali di vario genere*

Particolari situazioni di vita incidono negativamente sulla salute della donna e la mettono a rischio di sviluppare molte patologie in particolare di carattere mentale. Il vivere momenti fondamentali e di passaggio tra varie fasi della vita (pubertà, gravidanza, menopausa...), in condizioni economiche svantaggiate, in situazioni di responsabilità non gratificata della cura di altre persone, sotto la pressione di eventi stressanti, di perdita, di umiliazione, di conflitti di ruolo e di mancanza di supporti, possono infatti condurre la donna verso derive di perdita di controllo della propria esistenza e di disturbo psichico.

Casi particolari riguardano la donna che, per debolezza indotta dalle condizioni di vita, sviluppa forme di dipendenza di vario genere (da sostanze o da persone), come la donna gravemente affetta da tabagismo, da alcolismo, da disturbi dell'alimentazione, ma anche la donna che si prostituisce; a queste persone, oltre al rischio patologico, si affianca come fattore aggravante la discriminazione e l'isolamento sociale.

** Donna anziana non autosufficiente*

Questo prototipo femminile è chiaramente individuabile nella realtà trentina, considerate le caratteristiche demografiche tipiche esaminate anche nel presente progetto.

La dipendenza del proprio corpo dagli altri (che possono essere i familiari, ma anche le strutture sanitarie deputate) a causa della presenza di patologie invalidanti, ma anche l'emarginazione dal contesto sociale e la solitudine caratterizzano in termini negativi la vita di queste persone.

** Donna immigrata*

Anche nel contesto provinciale, è chiaramente ormai presente con grandi numeri la presenza degli stranieri provenienti da altre culture. Anche per le donne, nonostante siano divise tra di loro tra condizioni femminili fortemente differenziate quanto a reddito e stili di vita, esistono particolarità dal punto di vista sociosanitario comuni, quali la biculturalità, la difficoltà culturale-formativa del rapporto con il medico, la presenza di malattie da degrado conseguenti alla condizioni socio-sanitarie nel processo di immigrazione, la diversa percezione dei sintomi in rapporto alla cultura di origine, la condizione delle giovani generazioni, la libertà sessuale, i diritti connessi alla procreazione, la maternità, la prostituzione e le malattie a trasmissione sessuale, il disagio connesso alla vita senza un nucleo di riferimento e di supporto stabile, la precarietà socioeconomica e familiare, l'aumento di malattie quali l'Aids e la tubercolosi.

Con queste premesse

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.).

È 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).

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

Proprio in forza dei principi e valori di riferimento assunti a base del presente Piano, la tutela della salute dei bambini e dei giovani rappresenta, per un verso il campo d'azione privilegiato sul quale testare le capacità attuative del sistema e, per altro verso, l'ambito che consentirà - in prospettiva ed almeno in buona misura - di verificare la bontà degli approcci adottati, sia a livello di programmazione che a livello operativo, in termini di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione.

Nascita, infanzia e adolescenza costituiscono certamente fasi delicate della vita nelle quali benessere fisico, sociale e psicologico contribuiscono sinergicamente ad uno sviluppo equilibrato ed armonico delle nuove generazioni.

Tenendo conto anche delle problematiche sociali che sono trasversali ad ogni fase di vita, la realizzazione dell'insieme di obiettivi generali e specifici inerenti l'ambito di tutela in argomento richiede di attuare una serie di interventi di diversa natura e differenziati rispetto alla scansione temporale con cui i problemi della procreazione e della salute materno-infantile ed adolescenziale si presentano:

- *periodo preconcezionale* (consultori singolo, copia e famiglia, consultorio genetico, servizio educazione alla salute: sessualità e procreazione responsabile, prevenzione di malattie genetiche e malformazioni);

- *gravidenza ed età neonatale* (attività ostetrica territoriale, specialisti ambulatoriali, attività ostetrica in ambito ospedaliero: individuazione precoce della gravidanza con lo scopo di evidenziare eventuali patologie preesistenti e di sospendere in tempo utile l'uso di farmaci e/o di tecniche diagnostiche potenzialmente nocive; controlli sanitari periodici di tutte le gravidanze secondo protocolli standardizzati; informazione per la protezione della gravidanza; gestione gravidanze giudicate ad alto rischio; prevenzione dei fenomeni della prematurità, del basso peso alla nascita, delle malformazioni; assistenza dei neonati ad alto rischio; fisiopatologia ed endocrinologia ostetrica, sterilità e procreazione medicalmente assistita; assistenza tecnica e umanizzata in ogni sala parto; screenings neonatali raccomandati a livello internazionale per la diagnosi precoce di enzimopatie ereditarie, ipotiroidismo e mucoviscidosi e screening precoce dell'handicap neuromotorio con precoce inizio dell'eventuale riabilitazione);

- *età evolutiva* (pediatri di base, unità operative ospedaliere di pediatria, attività di neuropsichiatria infantile e di riabilitazione, attività di psicologia: cure adeguate a domicilio per permettere la dimissione precoce della puerpera e del neonato; controllo domiciliare nel primo mese di vita da parte di personale infermieristico del consultorio familiare; vaccinazioni contro morbillo, rosolia, parotite; tutela sanitaria delle attività motorie e sportive; interventi di medicina scolastica attraverso l'integrazione con i pediatri di base; controlli sanitari periodici mirati secondo protocolli standardizzati; iniziative di educazione sanitaria in collaborazione con la famiglia e la scuola su contenuti riguardanti in particolare l'alimentazione, la prevenzione della carie, le intossicazioni e le dipendenze da fumo, da alcool e da farmaci) i rischi, i comportamenti e le norme di sicurezza per la prevenzione degli incidenti ed infortuni; massima deospedalizzazione possibile dei bambini, massimo utilizzo della modalità di trattamento in regime di day hospital e minimo ricovero di bambini in reparti per adulti; presenza dei genitori in reparto e rispetto delle abitudini di vita dei bambini; qualificato pronto soccorso pediatrico con osservazione breve; screening precoci dell'area neuropsichiatrica infantile; supporto clinico, terapeutico e riabilitativo alle sindromi di spettro autistico e ai disturbi specifici dell'apprendimento).

La Provincia di Trento ha raggiunto - grazie al lavoro di molti operatori nel corso degli ultimi decenni - livelli eccellenti di tutela sanitaria, soprattutto nell'area materno-infantile.

In questo ambito, obiettivi di salute, in gran parte già raggiunti dal Servizio sanitario provinciale e, tuttavia, da sottoporre a periodiche valutazioni per mezzo di specifici e validati indicatori di verifica e di risultato, sono i seguenti:

- la riduzione al minimo delle gravidanze sotto i 20 anni e sopra i 40 anni, gli aborti volontari, in particolare nelle minorenni (come indici di buon funzionamento dell'educazione sanitaria inerente il periodo preconcezionale);

- il controllo - per mezzo di un Registro (anagrafe) provinciale dell'handicap - di tutti i casi di malformazioni congenite, di malattie metaboliche congenite, di handicap da cause perinatali;

- la riduzione del numero delle gravide che, prima del concepimento, ignorano il loro stato immunologico nei confronti di rosolia e toxoplasmosi;
- l'aumento della frequenza delle gravide nei consultori familiari e ai corsi pre-parto e la riduzione al minimo delle gravide con meno di 4 visite in gravidanza e di 2 ecografie (da considerare indici di buona attività dell'ostetricia territoriale);
- l'elaborazione di criteri e di protocolli in ordine all'assistenza del parto a domicilio e per individuare modalità operative per il parto ambulatoriale e la dimissione precoce delle madri;
- la concentrazione delle gravide ad alto rischio materno e neonatale nell'Ospedale di Trento (come indice di sensibilità al problema da parte degli ospedali periferici);
- la riduzione a zero della mortalità materna e la riduzione al minimo della natimortalità e della mortalità neonatale (come indici di buon funzionamento dell'assistenza ostetrico-neonatologica);
- l'aumento delle percentuali di allattamento materno (come indice di umanizzazione delle cure neonatali e di buona educazione sanitaria nei primi mesi di vita);
- l'estensione al massimo (oltre l'85%) delle vaccinazioni facoltative contro pertosse e morbillo nei bambini e contro la rosolia nelle donne in periodo preconcezionale (come indici di buon funzionamento dei servizi preposti alla salute pubblica);
- la promozione della salute nei contesti di vita di bambini e ragazzi per favorire lo sviluppo psico-fisico e prevenire le forme di disagio (educazione alla salute, prevenzione, sensibilizzazione);
- l'attenzione particolare alle dipendenze che iniziano e si sviluppano nell'adolescenza.

L'organizzazione delle cure garantite ai bambini nella Provincia Autonoma di Trento ha determinato, fino ad oggi, una qualità dell'assistenza in linea con l'evoluzione di una pediatria moderna ed adeguata in termini di esiti sulla salute.

Tuttavia, sostanziali e recenti cambiamenti del contesto - sia riferiti alle caratteristiche demografiche, strutturali e qualitative della società e della famiglia che più specificamente inerenti i servizi sanitari e la loro organizzazione - hanno messo in evidenza alcune criticità rispetto alle quali è necessario un intervento urgente al fine di prevenire un potenziale indebolimento del buon sistema di assistenza pediatrica trentino.

Con queste premesse

È prioritario affrontare i seguenti problemi:

- sostenibilità in termini professionali (si registra, in particolare, la carenza di pediatri ospedalieri e ciò impone una riflessione sul modello organizzativo provinciale; tante sedi e strutture a fronte di pochi medici pediatri);

- scollamento operativo tra pediatria territoriale e pediatria ospedaliera, che comporta problemi di appropriatezza (richiesta di prestazioni a basso contenuto assistenziale ai Pronto Soccorso ed alle Unità operative ospedaliere, invece che alla pediatria di base) e impone una revisione organizzativa per consentire all'ospedale di dedicare le proprie risorse alle esigenze di pazienti che hanno necessità di interventi complessi (malattie acute gravi, malattie croniche, malattie rare; disturbi dello sviluppo, ecc.);

- mancata realizzazione operativa della continuità assistenziale;

- disuguaglianza nella distribuzione geografica delle cure;

- discrepanza tra attività da erogare e risorse assegnate alle singole Unità operative e Servizi.

È 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).

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

Il progressivo, esponenziale aumento della popolazione anziana costituisce l'evidenza demografica più significativa nello scenario dei prossimi decenni. In termini revisionali si va delineando un quadro socio-sanitario accompagnato in buona parte da un invecchiamento di successo, ma anche

da un aumento esponenziale della fragilità. I cambiamenti sia demografici sia epidemiologici, che si sono già svolti in maniera rapidissima nell'ultimo ventennio portando ad un forte aumento del numero delle persone anziane, impongono pertanto un elevato impegno di analisi, di proposta e di sperimentazione, indispensabile per consentire alle persone di pensare al proprio futuro senza farsi dominare dalla logica della decadenza e della crisi.

Uno degli aspetti più rilevanti della condizione anziana patologica, che si può evincere dall'esame dei ricoveri delle persone ultra 75enni negli ospedali provinciali e che marca la differenza rispetto al passato, riguarda il passaggio dalla comorbilità alla pluripatologia.

Ciò costituisce un aspetto notevole che richiede un nuovo modello organizzativo per rispondere in maniera complessiva ai bisogni socio-sanitari della persona anziana. La complessità di questa realtà è anche contenuta nella definizione stessa di non autosufficienza e della quantificazione epidemiologica aggiornata della stessa.

Nella dimensione di non autosufficienza confluiscono molteplici concetti quali l'inabilità, l'invalidità, l'handicap, che a loro volta richiedono schemi e modalità di intervento differenti perché differenti sono i carichi assistenziali, i trattamenti ed i percorsi di riabilitazione, gli interventi di sostegno anche economico e sociale.

La disabilità progressiva può inoltre avere carattere derivato da quadri caratterizzati da patologie coesistenti e con carattere di cronicità e si manifesta quindi con una graduale perdita funzionale. Per questo le malattie osteoarticolari sono la condizione principale determinante la disabilità in circa il 35% dei casi, le malattie cerebrovascolari in circa il 50% dei casi, mentre i deficit sensoriali, le malattie metaboliche e i disturbi depressivi sono circa il 15% dei casi.

In particolare rimane cruciale il problema fondamentale delle demenze, ascritte all'alveo delle malattie croniche in cui la c.d. patologia di Alzheimer rappresenta il 60-70% dei casi con una prevalenza del 7-9% tra gli ultra 65enni.

Questa realtà rivela che i sistemi sanitari tradizionali, tipicamente incentrati sul livello dell'assistenza ospedaliera, non sono appropriati se non per le frequenti riacutizzazioni.

La persona anziana compone infatti un quadro caratterizzato dalla presenza di patologie croniche, dalla frequente contemporanea compromissione dell'area somatica e di quella mentale, dalla presenza di problemi socioambientali e relazionali fortemente influenzanti la situazione clinica e le possibili risposte in termini terapeutici e infine, ma non ultimo come importanza, dalla compromissione funzionale indotta dalla malattia.

Le problematiche sono dunque spesso ospedaliere, poiché l'anziano fragile è trasversale a tutte le unità operative ma, successivamente alla dimissione dall'ospedale, l'anziano deve poter utilizzare gli innumerevoli punti di una efficiente rete dei servizi socio-sanitari (varie forme di assistenza domiciliare integrata, residenze protette, centri diurni non sociali, ambulatori specialistici, le RSA, la medicina territoriale), in modo da:

- a) aumentare la qualità e la speranza di vita;
- b) contenere possibili sprechi di risorse attraverso profili di assistenza appropriati;
- c) controllare la spesa farmaceutica, non solo per la scelta dei farmaci ma anche per i loro effetti collaterali;
- d) ridurre i ricoveri impropri ed i problemi collegati alle malattie nosocomiali.

Con queste premesse

Emerge, quindi, 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.

(cfr. anche cap. "Strategie per la qualificazione dei Lea").

Il sopra descritto 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.*

7.4. Prevenire, tutelare e diminuire la sofferenza psichica e la malattia mentale

La tematica della salute mentale costituisce l'esempio forse più significativo della necessità da una parte di concepire e considerare, all'interno della odierna complessità sociale, la salute in modo "olistico", allargato, con valenze sempre più pregnanti e totalizzanti per la vita umana e per la sua qualità e, dall'altra, di avere come riferimento delle politiche per la salute la persona-cittadino, nella sua identità, integrità e complessità esistenziale.

In termini generali, infatti, tale tematica, più di ogni altra, è caratterizzata nel contesto di riferimento (italiano e provinciale) da complessità e varietà di forme: si va dal disagio psichico alle forme più gravi e conclamate di perdita del senso della realtà, con una varietà estrema di forme intermedie, alcune di origine genetica, altre no, altre ancora di eziogenesi incerta. È in continua ascesa nelle sue molteplici e mutevoli manifestazioni, tanto da poter essere a giusta ragione definita "il male del terzo millennio" ed è comunque la terza causa di morbidità in ordine di grandezza, dopo malattie cardiovascolari e tumori. È diffusa nelle sue particolari caratteristiche in tutte le fasce di età (pensiamo, ad esempio, allo sviluppo di patologie psichiche nell'età evolutiva).

Inoltre, fatta eccezione per particolari forme con chiara origine genetica od organica, è un insieme patologico che può rappresentare lo specchio dei disagi e delle inadeguatezze della società: il vissuto di ciascuna persona che sperimenta sulla propria pelle o tramite esperienze vicine la labilità del confine tra l'essere sano e l'essere "folle" dà conto dei condizionamenti socio-ambientali e culturali che rendono tale frontiera così permeabile in quest'epoca e come tutti siano in fondo "dentro" a questa duplicità.

In passato, infatti, la malattia mentale era correlata solo alla pericolosità sociale e in tal senso erano stati realizzati i luoghi di cura di modello istituzione totale, mentre adesso la salute mentale è un complesso multiforme di espressioni, che nei suoi casi più diffusi (il disagio psichico appunto) permea tutto il tessuto sociale.

Della malattia mentale inoltre, rispetto alle altre patologie, forse proprio perché ci obbliga a confrontarci con il precario e fragile equilibrio dei significati vitali e relazionali, si ha paura e diffidenza. È un tabù di cui è meglio non parlare, e questo sicuramente aggrava ulteriormente il disagio e il vissuto dei malati o dei loro familiari, anche dopo trenta anni di seppur critica e in alcuni casi disattesa applicazione della riforma psichiatrica di Basaglia, che ha distolto il malato di mente dalla segregazione sociale e da barbari trattamenti "terapeutici", restituendo ad essi la dignità di esseri umani.

I dati in Trentino denotano l'aderenza al quadro sopradescritto, caratterizzato da un generale e inequivocabile aumento della domanda, riferita in maggioranza alla fascia giovanile e adulta e all'interno di questa al sesso femminile.

Un dato negativo riguarda il numero dei suicidi, fenomeno invece maschile, per il quale il Trentino si colloca al terzo posto rispetto alle altre regioni, con un tasso di incidenza più elevato rispetto alla media nazionale. Questo fenomeno deve essere assolutamente indagato e monitorato come area prioritaria di intervento.

La nascita e l'evoluzione di gravi manifestazioni di disagio che conducono talvolta all'estrema, drammatica ed allarmante "ratio" dell'autolesionismo (che comprende appunto suicidi o tentativi falliti, che secondo alcune ricerche raddoppierebbero il numero degli eventi), inducono a scendere ancora più nel merito della discussione relativa all'importanza dei fattori condizionanti a livello socio-culturale questo tipo di patologie. Esse sono frutto e dipendono, almeno in parte, dall'interazione del soggetto con l'ambiente di vita, in senso lato, e dalle esperienze vissute dallo stesso anche nell'evoluzione temporale.

A questo proposito, si sottolinea quanto sia determinante il modello socio-culturale di riferimento e di sviluppo su cui si fonda la società occidentale: gli pseudo-valori del consumismo e dell'attivismo fine a se stesso (sulla cui base si generano sensi di insufficienza e di inquietudine esistenziale, per ciò che si potrebbe fare e invece non si è in grado o non si riesce a fare secondo le attese altrui).

Questo diffuso modo di essere e di vivere, fondato su esigenze efficientistiche e a-finalistiche, è maggiormente dirompente sugli individui che per una serie di ragioni, in primis per la giovane età, scontano una sensibilità e una fragilità particolare, non supportati da un ruolo attivo e fondamentale della famiglia.

A dimostrazione di queste asserzioni, si nota come, in Trentino, il fenomeno dei suicidi adolescenziali e giovanili è spesso concentrato nelle valli periferiche, dove si rivela maggiormente ed è più forte la contraddizione e la dirompenza dell'impatto dell' introduzione forzata di modelli di vita e di sviluppo "globalizzati" e alienanti, su un tessuto tradizionalmente fondato su modalità di sviluppo rispettose dell'identità sociale e su legami e relazioni di tipo comunitario e solidaristico.

Un'altra realtà problematica, che conferma questa tesi è la forte diffusione delle patologie mentali – anche queste talvolta non subito identificabili causa il loro manifestarsi diverso, collegato ai modelli culturali di provenienza - tra la popolazione immigrata, che nasce dalla dissociazione conseguente all'inserimento in un modo di vivere "altro", in cui non trovano ragione e coerenza le proprie radici di apprendimento e formative in senso lato, unite alla precarietà e al degrado delle condizioni esistenziali in cui spesso tale popolazione si viene a trovare.

In senso più generale, si può asserire che lo sviluppo della malattia mentale è particolarmente correlata e dipendente dai determinanti socio-economici e culturali della salute (si manifesta molto frequentemente in situazioni di deprivazione economica, sociale e culturale, in condizioni di disagio e di emarginazione) e quindi si pone come un'ulteriore dimostrazione di come questi fattori incidono direttamente e in maniera forte sulle condizioni di salute della popolazione, connotandola in maniera differenziata a seconda dei target di "classe sociale".

Con queste premesse

Il recupero di un senso dell'esistenza è una efficace misura di prevenzione per molte fattispecie ascritte all'area della salute mentale. Evidentemente su processi di questa portata l'incidenza dell'ambito sanitario risulta limitata, chiamando invece in causa ciascuna componente della società; d'altra parte, i sistemi e gli interventi di assistenza socio-sanitaria, possono però contribuire a ricostruire e a recuperare almeno in parte le persone con disagio psichico, utilizzando professionalità e l'umanità atte ad aiutare e lenire l'altrui sofferenza.

Per quanto concerne la prevenzione realisticamente attuabile in questo campo, essa dovrà in ogni caso tenere conto dell'origine sociale di queste patologie e, pertanto, dovrà coinvolgere e toccare tutti i contesti di vita significativi in cui si sviluppa la vita di una persona. Le attività di prevenzione dovranno essere finalizzate, in primo luogo a diffondere una cultura di attenzione, di rispetto, di ascolto e di solidarietà.

In questo ambito, acquista particolare rilevanza l'informazione-sensibilizzazione della popolazione, degli operatori pubblici e del settore no profit nei confronti della salute mentale, superando la discriminazione e lo stigma sociale e culturale che ancora oggi è diffuso verso questo tipo di diversità. Le informazioni devono essere finalizzate alla conoscenza della malattia mentale ed alla sua accettazione presso le famiglie coinvolte e presso l'opinione pubblica, per far comprendere che essa costituisce, al di là del pregiudizio, un fenomeno patologico alla stregua di altri che affliggono la società, ma con quelle peculiari caratteristiche che rendono questi pazienti ancor più bisognosi dell'aiuto, della solidarietà e della relazionalità con gli altri componenti della comunità.

Parimenti, devono essere approntate azioni che incidano anche sui determinanti sociali che influenzano la salute mentale.

Sempre in questa ottica di diffusione della modalità dell'aiuto, anche in termini informali, in considerazione delle caratteristiche talvolta non valutabili e imprevedibili tipiche della malattia mentale, dovrà essere valutata l'efficacia connessa all'approntamento di strumenti di sostegno

psicologico per le situazioni d'emergenza, valutando in tal senso una maggiore disponibilità di apertura dei servizi.

Fondamentale è poi la prevenzione e la diagnosi precoce del manifestarsi delle patologie, prima che divengano conclamate ed irreversibili, in particolare nell'età evolutiva; nelle scuole, sono state già recentemente introdotte forme di ascolto e di prevenzione del disagio (attraverso la presenza dello psicologo); si ritiene comunque, compatibilmente con i compiti e gli impegni istituzionali della scuola, di potenziare gli interventi di educazione alla salute anche verso la problematica della salute mentale, soprattutto nel senso di indirizzare gli adolescenti all'utilizzo del servizio consultoriale, dove vanno introdotti e consolidati gli interventi di ascolto e di presa in carico del disagio, riferito specificatamente a questa fascia di età.

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 terapeutico-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, 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.

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

Nonostante le caratteristiche diversificate, esiste ormai un'evidenza consolidata che fornisce un quadro complessivo dell'andamento in Italia di questo complesso patologico, che nel suo insieme costituisce la seconda causa di morte per la popolazione; tale evidenza si può sintetizzare in questo modo: i tumori aumentano, ma diminuisce la mortalità.

L'analisi di questa dinamica si avvale prevalentemente di tre indicatori:

- mortalità
- incidenza
- sopravvivenza dalla diagnosi (ancora da sviluppare, nel dettaglio, ma che costituisce il prossimo obiettivo di indagine che verrà realizzato dal Registro tumore nazionale).

Tali indicatori costituiscono il fondamento essenziale per comprendere o ipotizzare le cause di insorgenza, le tendenze nel tempo e, soprattutto, per recepire le informazioni e tracciare il percorso per puntare in modo mirato gli interventi.

Questi indicatori possono essere utilizzati a livello generale, sul fenomeno nel loro insieme e sulle sue singole manifestazioni, permettendo così un maggiore approfondimento, finalizzato all'efficacia delle misure adottate.

L'importanza di disporre e ricercare dati approfonditi anche specifici, infatti, è evidente proprio nel caso dei tumori, vista la notevole differenziazione di tipologia e di sede corporea di questo complesso patologico.

Oggi una sostanziale e crescente percentuale di malati di cancro viene efficacemente curata, ma per molte forme continua ad esserci un alto grado di mortalità.

In tal senso, è importante considerare, come accennato, per avere un quadro realistico del fenomeno, sia la mortalità che l'incidenza dei tumori: l'incidenza infatti consente di valutare la presenza o meno di fattori di rischio e la presenza/efficacia delle attività di prevenzione mentre la mortalità misura l'efficacia dell'insieme dei processi di prevenzione, diagnosi e terapia messi a punto complessivamente per il controllo della patologia.

L'utilizzo degli indicatori nell'ambito dei singoli Registri consente poi di realizzare una funzione essenziale e determinante per la programmazione a livello locale: la comparazione tra le singole situazioni, cercando soprattutto di puntare l'attenzione e di interpretare le anomalie esistenti.

È infatti importante considerare come priorità d'intervento i punti critici, in quanto, come si è già descritto nell'illustrazione dell'"approccio comparativo", è su di essi che devono essere concentrati gli interventi per migliorare la situazione a livello locale.

Sulle situazioni diffuse in modo omogeneo è più probabile che l'evoluzione delle tendenze e gli interventi di prevenzione, di diagnosi e di cure messi in atto ad ogni livello siano rispettivamente sotto controllo ed applicati.

In tal senso, si descrivono di seguito le principali caratteristiche e tendenze della patologia tumorale in Italia, con successiva analisi delle differenze della realtà trentina rispetto al quadro generale.

In Italia, un uomo su tre e una donna su quattro ha la possibilità di ammalarsi di tumore da 0-74 anni. Ogni anno vengono diagnosticati 250.000 nuovi casi.

I tumori colpiscono prevalentemente l'età adulto-avanzata (nell'età infantile giovanile sono un evento infrequente, ma importante) e l'impatto dei vari tipi di tumore cambia nelle diverse fasi della vita. Il maggior numero di neoplasie viene diagnosticato nei soggetti più anziani (circa il 65% del totale) e la distribuzione dei tumori in questa fascia di età influenza sostanzialmente la distribuzione complessiva.

Infatti, anche a livello prospettico, il progressivo invecchiamento della popolazione genera un aumento dei casi. In tal senso, in prospettiva, anche in funzione della diversa distribuzione delle classi di età, si assisterà ad una riduzione per gli uomini e ad un leggero aumento per le donne. In Italia, rispetto al passato, si sta riducendo sempre più significativamente il divario di incidenza di tumori tra il Nord e il Sud, anche se il Sud rimane la zona con i tassi più bassi, dovuti alla probabile minore esposizione ai fattori di rischio oncologico e all'esistenza di elementi protettivi (abitudini alimentari, inquinamento, fumo da tabacco).

I tumori per cui si muore di più (big killer) sono, per l'uomo, il tumore al polmone e alla prostata e per la donna il tumore alla mammella e al polmone. 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.

Più in dettaglio, 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. Questi ultimi dati denotano, come caratteristica differenziale nei due sessi, che per le donne le sedi tumorali sono più "polverizzate" rispetto agli uomini, nei quali le patologie tumorali si concentrano per lo più in determinati organi-bersaglio.

Appare quindi che diminuiscono i tumori in specifiche sedi ma tale calo è compensato dall'aumento in altre sedi (es. polmone/prostata nel maschio, mammella/polmone femmine).

L'aumento dell'incidenza dei tumori nel loro complesso è legato all'effetto di un' aumentata esposizione ai fattori di rischio, per altri alla diffusione dei programmi di screening e di tecniche di imaging sempre più sofisticate che consentono di indagare zone anatomiche non accessibili

direttamente. Per alcune sedi l'incidenza è in visibile riduzione (tumore al polmone e allo stomaco negli uomini).

Per quanto concerne la mortalità, che risulta in tendenziale diminuzione, si deve specificare che tale tendenza si manifesta al netto del fenomeno generale di invecchiamento della popolazione e questo significa che la diminuzione riguarda il rischio individuale di morte e non necessariamente una riduzione complessiva della mortalità per patologia tumorale nella popolazione. A dimostrazione di ciò, si osserva che il numero assoluto dei decessi per tumore è infatti stabile nei maschi, mentre nelle femmine continua ad aumentare, in relazione alla maggiore presenza di donne anziane nel Paese.

Ma anche al netto di quella riferita ai soggetti anziani, per tutti i tumori in Italia, la mortalità si presenta solo a livello individuale in diminuzione.

La diminuzione della mortalità è presente per tutti i tipi di tumore e riguarda in particolare le sedi principali più rilevanti per uomini e donne (rispettivamente polmone e mammella); è però da segnalare l'aumento per le donne in specifiche sedi (polmone, corpo dell'utero, linfomi non-Hodgkin).

Ciò delineato per il quadro nazionale, le caratteristiche più significative a livello differenziale, emerse dall'analisi dei bisogni e riferite alla popolazione trentina, riguardano i seguenti aspetti:

1. per tutto il complesso patologico, la mortalità e l'incidenza sono più elevate rispetto alla media nazionale;

2. la maggiore mortalità e la maggiore incidenza si concentra in alcuni casi in modo chiaro e netto in determinate sedi, in maniera differenziata tra uomo e donna, in termini diversi tra i due indicatori [7];

3. anche considerando tutti i tumori nel loro complesso si rileva mediamente in Trentino per i maschi un'elevata mortalità e una media incidenza, mentre per le femmine risulta leggermente sopra alla media nazionale sia la mortalità che l'incidenza;

4. alcuni dei tumori evidenziati come critici per la popolazione trentina rientrano tra le cause di morte evitabile;

5. finora, a livello generale, la variabilità geografica tende a mantenersi nel tempo.

Esistono alcune spiegazioni, seppure parziali e non esaurienti, che danno conto della tipicità territoriale della presenza della patologia tumorale. Innanzitutto, sicuramente l'elevata presenza di persone anziane (tasso di invecchiamento maggiore della media nazionale, maggiore longevità soprattutto del sesso femminile) contribuisce a chiarire in parte le anomalie riscontrate. Ma anche depurando i dati da tale apporto e considerando che alcune tipologie neoplastiche, seppure non numericamente significative, sono proprie dell'età giovanile-adulta, permane la maggiore mortalità ed incidenza rispetto alla media italiana.

Un'altra ipotesi da considerare, per quanto riguarda l'accumulo di mortalità, può essere riferita all'aumentata sopravvivenza dal momento della diagnosi, dovuta sia agli interventi di screening, di diagnosi precoce e all'avvio tempestivo delle terapie, mentre l'aumento dell'incidenza è imputabile anche alle nuove capacità e possibilità di diagnosi intervenute nel tempo.

Per quanto concerne la realtà trentina, la diffusione della diagnosi precoce, dove avvenuta, ha dimostrato la sua efficacia, in quanto la situazione è ottimale proprio e solo negli ambiti oggetto di questi interventi.

Per alcuni dei tumori a rischio prioritario e tipico della realtà trentina, sono stati poi individuati e accertati dalla ricerca scientifica alcuni specifici fattori di rischio e di tendenza che si riportano di seguito.

- Tumori al fegato: rischio imputabile al consumo di bevande alcoliche, alla diffusione delle epatiti A e B, nonché anche all'evoluzione delle tecniche di diagnosi.

- Melanoma cutaneo: mortalità in aumento per i maschi e maggiore sopravvivenza nelle donne; il fattore principale deriva dalle esposizioni al sole (in questo caso si spiegherebbe perché le donne sono più attente ed informate, per motivi estetici, alla protezione dai raggi solari) e mancato ricorso alla diagnosi precoce, nonostante le diverse campagne di informazione attuate.

- Tumore alla vescica: alcune sostanze chimiche di uso professionale esporrebbero al rischio; si sta assistendo comunque alla costante riduzione di questo tumore in particolare nelle donne.

- Leucemie: finora i fattori di rischio sono in gran parte ignoti, con prognosi altamente eterogenea a seconda della tipologia. La più sfavorevole riguarda la leucemia acuta dell'adulto, della quale il Trentino è a rischio prioritario.

- Tumore all'ovaio: non prevenibile, anche se un generale comportamento sano e salubre potrebbe diminuire il rischio individuale. Nuove terapie hanno portato alla diminuzione della mortalità e ad una stabilizzazione, ma non la diminuzione dell'incidenza.

- Tumore alla mammella; la diffusione dello screening mammografico e dell'autocontrollo, l'anticipazione diagnostica e la qualificazione terapeutica/interventistica hanno portato a consistenti risultati in termini di diminuzione della mortalità, anche se in Trentino è relativamente alta, in rapporto ad una modesta incidenza.

- Tumori al pancreas: esistono vari fattori di rischio; in particolare, è stata scientificamente dimostrata la correlazione tra collocazione residenziale nelle vicinanze di elettrodotti con potenza maggiore uguale a 60 Kv e incremento della mortalità per tutti i tipi di tumori maligni, più statisticamente significativo per i tumori al pancreas e all'apparato digerente.

- Tumore alla prostata: si manifesta soprattutto negli anziani, l'eziologia è incerta, ma è probabile l'influsso della dieta, di fattori genetici o correlati al metabolismo degli androgeni; la maggiore incidenza e in gran parte correlata all'introduzione e ricorso ai test specifici.

Con queste premesse

Per intervenire e migliorare la situazione delineata, 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.

Nell'ottica delineata, 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.

[7] Le principali evidenze (nel senso di tipologie tumorali con peggiore mortalità e/o incidenza rispetto alla media italiana) sono riportate in dettaglio di seguito:

* tumori delle vie aeree digestive superiori: entrambi i sessi sopra la media, ma nei maschi il valore più alto d'Italia, sia come mortalità che come incidenza. Tendenza media italiana nel tempo: in riduzione entrambi gli indicatori per i maschi, mentre per le femmine aumento dell'incidenza - + -

* tumori all'esofago: al primo posto in Italia sia per maschi che per femmine, sia per mortalità (maschi), sia per incidenza (femmine). Tendenza media nel tempo: riduzione di mortalità ed incidenza in entrambi i sessi.

* tumori del retto: elevata mortalità per i maschi, elevata prevalenza per le femmine. Tendenza media nel tempo: mortalità in riduzione per entrambi i sessi, incidenza in aumento nei maschi.

* tumori del fegato: per entrambi i sessi, soprattutto elevata incidenza, maggiore mortalità negli uomini. Tendenza media nel tempo: lieve aumento dell'incidenza nelle donne, riduzione della mortalità -+-

* tumori delle colecisti: per entrambi i sessi, mortalità molto elevata (prima in Italia) per le donne, ma anche prevalenza. Tendenza media nel tempo: riduzione di mortalità ed incidenza in entrambi i sessi. -+-

* tumore del pancreas: elevata mortalità femminile. Tendenza media nel tempo: mortalità stabile, aumento dell'incidenza per entrambi i sessi.

* tumore dell'osso: elevata mortalità ed incidenza nei maschi. Tendenza media nel tempo: incidenza stabile, mortalità in riduzione sia per maschi che per femmine.

* melanoma cutaneo: generale, minore mortalità ed incidenza nelle femmine, ma in Trentino sopra la media la mortalità e l'incidenza per il sesso femminile (i maschi al limite) Tendenza media nel tempo: mortalità stabile, elevato aumento dell'incidenza per entrambi i sessi -+-

* tumori della cute non melanomatosi: diffusi prevalentemente tra le femmine. Tendenza media nel tempo: incidenza in forte crescita -+-

* tumore alla mammella femminile: relativamente bassa incidenza, elevata mortalità. Tendenza media nel tempo: mortalità in riduzione, crescita dell'incidenza. -+-

* tumore all'ovaio: elevata mortalità, minore incidenza. Tendenza media nel tempo: stabilità dell'incidenza, mortalità in riduzione.

* tumore alla prostata: elevata mortalità, minore incidenza. Tendenza media nel tempo: lieve riduzione della mortalità, notevole aumento dell'incidenza.

* tumore al testicolo: bassa mortalità, media incidenza - Tendenza media nel tempo: mortalità stabile, costante aumento dell'incidenza. -+-

* tumore del rene e delle vie urinarie: alta mortalità ed incidenza nei maschi. Tendenza media nel tempo: mortalità in riduzione, incidenza costantemente in crescita.

* tumori della vescica: negli uomini alta mortalità, bassa incidenza, nelle donne, elevati entrambi gli indicatori Tendenza media nel tempo: mortalità in riduzione, incidenza stabile +- -

* tumore del cervello: assieme all'alto Adige, al primo posto per mortalità e incidenza nei maschi, al secondo per le femmine (soprattutto incidenza). Tendenza media nel tempo: mortalità in leggera riduzione, crescita dell'incidenza

* linfoma di Hodgkin: nei maschi elevata mortalità, nelle femmine forte incidenza Tendenza media nel tempo: mortalità in costante riduzione, incidenza in crescita soprattutto per le donne +- -

* linfoma non-Hodgkin: sopra la media per entrambi i sessi e gli indicatori. Tendenza media nel tempo: mortalità in leggera crescita tra le donne, mentre incidenza crescente per entrambi i sessi

* mieloma multiplo: per entrambi i sessi, elevata mortalità, bassa incidenza. Tendenza media nel tempo: mortalità in lieve calo, incidenza stabile

* leucemie: elevata incidenza per le femmine. Tendenza media nel tempo: incidenza in crescita mortalità in diminuzione +- -

* leucemia linfatica acuta: massima incidenza rispetto all'Italia per le femmine, bassa per i maschi: Tendenza media nel tempo: incidenza in crescita in entrambi i sessi +- -

* leucemia mieloide acuta: elevata incidenza per le femmine, bassa nei maschi. Tendenza media nel tempo: incidenza in crescita nei maschi, stabile nelle femmine +- -

* leucemia mieloide cronica: massima incidenza rispetto all'Italia per le femmine, bassa per i maschi. Tendenza media nel tempo: incidenza sostanzialmente stabile.

NB: i tumori contrassegnati con +- - rientrano tra le cause di morte evitabile (cfr.)

7.6. Prevenzione e lotta alle malattie cardio-cerebrovascolari

A tutt'oggi le malattie cardiovascolari rappresentano in Italia (e in tutti i Paesi industrializzati) la principale causa di morte, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

L'incidenza di queste malattie, la prevalenza e la mortalità sono in tendenziale aumento, anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, mentre una parte, seppur minima, delle malattie cardio e cerebrovascolari deriva invece da malformazioni congenite, da forme degenerative o da malattie infettive.

Considerando gli anni potenziali di vita perduti (ovvero gli anni che ciascun deceduto avrebbe vissuto se fosse morto ad un'età pari alla sua speranza di vita), le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno oltre 300.000 anni di vita alla persone con meno di 65 anni.

In senso clinico, le principali patologie in oggetto riguardano: infarto, ictus, fibrillazione atriale, angina pectoris, claudicatio intermittens, attacco ischemico transitorio, ipertrofia ventricolare sinistra.

Tra queste, la cardiopatia ischemica (angina e infarto) è la prima causa di morte in Italia (28% dei decessi) e gli eventi cerebrovascolari (ictus, ischemie, ecc.) sono al terzo posto (13%), dopo i tumori.

Tale grave complesso patologico si presenta in modo differente dal punto di vista fisiopatologico, clinico, diagnostico e prognostico nei sessi. Ad esempio, emerge che negli uomini prevalgono gli eventi coronarici, mentre nelle donne quelli cerebrovascolari.

Anche in Trentino le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte, in particolare per le donne, anche se la mortalità generale è in progressivo calo. Alle stesse patologie è correlato circa il 15% dei ricoveri ospedalieri.

Chi sopravvive ad un accidente cardio-cerebrovascolare o chi è già affetto da problemi cardiocircolatori diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società; basti pensare che, al di là di un'alta prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare, circa il 25% della spesa farmaceutica è destinato a farmaci per il sistema cardiovascolare.

Considerando che le malattie in questione in parte dipendono da fattori di rischio non modificabili, quali l'avanzare dell'età, il sesso (è prevalentemente maschile, per le donne aumenta solo dopo la menopausa) e la familiarità (avere parenti con eventi cardiovascolari in età giovanile e adulta), è ormai noto anche che le patologie in questione sono per lo più causate da errati stili di vita, in particolare abitudini alimentari e di consumo voluttuario (in primo luogo quello di tabacco), che conducono allo sviluppo di disfunzioni metaboliche prima ed ai disturbi cardio-circolatori poi.

Più specificatamente i fattori di rischio ormai chiaramente correlati al possibile sviluppo di queste patologie, che nella maggior parte dei casi agiscono sinergicamente in quanto presenti contemporaneamente nei soggetti riguardano:

- ipertensione
- colesterolemia
- iperglicemia/diabete
- fumo di sigaretta
- obesità
- sedentarietà

Tali fattori agiscono su meccanismi fisiologici che predispongono e aumentano il rischio cardiovascolare.

Tenuto conto della natura di questi fattori, si denota chiaramente come il controllo dei comportamenti e degli stili di vita individuali contribuisca significativamente ad una prevenzione il più possibile precoce, proprio perché impedisce lo sviluppo di quei disturbi pre-condizione all'instaurarsi delle malattie cardiovascolari.

È stata infatti dimostrata a livello scientifico la reversibilità del rischio, se tali fattori vengono annullati; pertanto la malattia cardiovascolare è in gran parte prevenibile.

L'ambito delle patologie cardiovascolari risulta pertanto elettivo -considerando la relativa certezza riguardo ai fattori causali che conducono allo sviluppo di gran parte di queste patologie e anche in ragione della multicausalità di questo complesso patologico- per agire in termini di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria.

La convergenza di molti fattori nello sviluppo della malattia rende però difficile identificare a livello soggettivo il peso effettivo di ciascuno di essi. È importante che le iniziative da avviare siano sottoposte ad una validazione di efficacia, sia rispetto alle più aggiornate linee-guida internazionali prodotte sulla materia, sia in relazione all'evoluzione stessa della medicina cardiovascolare.

Con queste premesse

Considerando quindi 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 verificato 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, come già riferito nel capitolo dedicato, 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).

7.7. Prevenzione delle malattie croniche e gestione orientata alla qualità della vita

Le malattie croniche nel loro insieme comprendono svariate tipologie di patologie, differenziate tra di loro per causa, eziologia, sintomatologia e gravità.

Esse costituiscono il principale problema di salute pubblica che sia i paesi ad economia avanzata che quelli in via di sviluppo si trovano, attualmente, ad affrontare: in Italia, questo insieme patologico è presente nel 75% di tutti i decessi, in entrambi i sessi (Europa: 86%).

In tal senso, le patologie croniche costituiscono un problema prioritario della medicina e dell'assistenza sanitaria, anche perché sono destinate ad un progressivo aumento nel futuro, legato prevalentemente, ma non solo, all'allungamento dell'età media e all'invecchiamento della popolazione.

Si tratta di patologie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente e, visto il loro anche lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, sistematica, continuativa e sempre più onerosa per il servizio sanitario, in particolare per le diverse forme di osservazione, cura e riabilitazione.

Rispetto alla malattia acuta, dove sono i sintomi a definire lo stato del paziente, nel caso della malattia cronica ciò che il paziente prova ha un pesante impatto sulla vita di ogni giorno, sulla proprie esperienze e prospettive esistenziali, tanto che di norma il paziente è impegnato ad osservare costanti prescrizioni e, spesso, anche ad apprendere e mantenere nuovi comportamenti e stili di vita.

Molte, però, di queste patologie presentano anche diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono, infatti, fattori di rischio imm modificabili, come l'età o la predisposizione genetica ma anche altri modificabili, per cui è possibile prevenire o contenere il rischio verso le complicanze o più gravi manifestazioni patologiche.

Lo sviluppo delle patologie croniche è quindi legato anche a determinanti impliciti, che possono essere definiti come "cause delle cause", ovvero ai riflessi delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali, quali la globalizzazione, l'urbanizzazione, la maggiore sopravvivenza della popolazione, le politiche ambientali e la povertà.

Quanto espresso trova conferma nel fatto che le malattie croniche sono la principale causa di morte anche nei paesi in via di sviluppo dove, fino a poco fa, il primato di mortalità era riferito alle malattie infettive e parassitarie (i decessi per malattie croniche stanno diventando il doppio rispetto a quelli dovuti a qualsiasi tipo di malattia infettiva).

Parallelamente, nelle società occidentali, le malattie croniche hanno una maggiore diffusione nelle classi sociali meno abbienti, secondo un trend che si sta confermando in maniera decisa anche in Italia. In particolare, la maggiore vulnerabilità delle classi meno abbienti rispetto alle malattie croniche deriva dalla maggiore esposizione ai rischi, dalla limitazione ad adottare comportamenti e stili di vita sani (anche perché spesso sono anche più costosi) e dal ridotto accesso ai servizi sanitari.

Bisogna inoltre considerare che la malattia cronica coinvolge e può scardinare, oltre alla vita personale di chi ne è affetto, anche l'organizzazione e il sistema di relazioni familiari e, in questo ambito, non da ultimo, anche le prospettive economiche, causando nei casi estremi un circolo vizioso tra malattia ed indigenza.

Le malattie croniche pertanto sono correlate alle condizioni sociali disagiate, sia individuali che collettive: in tal senso la prima azione da compiere per la prevenzione e la riduzione di questo complesso patologico deve incentrarsi a livello esterno al sistema della salute, incidendo sui meccanismi socio-economici che creano la disuguaglianza riscontrate.

L'eterogeneità del complesso patologico delle malattie croniche, a cui si è fatto già cenno, richiama la necessità di suddividere l'insieme in specifiche aree:

* Patologie croniche che instaurano malattie diretta causa di morte e che costituiscono anche a livello numerico i "big killer" per la popolazione: malattie cardio-cerebro vascolare (soprattutto nei loro eventi acuti, quali infarto, ictus, ischemie, ecc.), respiratorie, tumorali, ecc. Considerata la loro

rilevanza in termini di rischio, tali patologie sono esplicitamente trattate all'interno del Piano in capitoli appositamente dedicati.

* Patologie croniche definibili come "fattori di rischio intermedi", in quanto, oltre ad essere fenomeni patologici in sé divengono anche causa che conduce al manifestarsi della patologia più severa, di cui alla categoria precedente. Rientrano in questo ambito, per citare quelle più significative, l'ipertensione, il diabete, le malattie metaboliche, l'obesità-sovrappeso, l'aterosclerosi, le dipendenze da sostanze, alcune malattie di carattere mentale, la condizione di sedentarietà. Anche queste patologie sono trattate nel presente Piano in riferimento al target delle persone cui maggiormente sono riferite e sulle quali è possibile e efficace intervenire.

* Patologie croniche di origine principalmente genetica o ereditaria, diversificate sotto il profilo della gravità e del decorso, ma che vengono in ogni caso ad impattare sul carico di malattia dei singoli individui, delle loro famiglie e anche a livello sociale. Le malattie dell'apparato visivo e uditivo, i disturbi del cavo orale, dell'apparato osteoarticolare e neuro-muscolare appartengono a questa categoria, così come vari disturbi del metabolismo, quali la celiachia e le c.d. malattie rare.

* Patologie croniche a grave evoluzione degenerativa (generalmente ad eziogenesi genetica, biologica o ereditaria, ma in svariati casi conseguenza o complicanza derivata da altre patologie), con peggioramento progressivo nel tempo fino all'instaurarsi di una condizione di disabilità e di handicap. Tra le più importanti, si citano: l'insufficienza renale grave, la sclerosi sistemica e multipla, la fibrosi cistica, il morbo di Parkinson e di Alzheimer, ecc. . Anche queste patologie sono trattate nel presente Piano in riferimento al target delle persone cui maggiormente sono riferite e sulle quali è possibile e efficace intervenire, così come, a livello trasversale, nel capitolo sulla disabilità.

Un quadro complessivo relativo alla situazione della cronicità in Trentino, anche se non esaustivo, si evince dall'insieme a) delle esenzioni per patologia relative al pagamento dei ticket per le prestazioni diagnostiche e specialistiche e b) dei consumi di farmaci previsti per il continuo trattamento della malattia.

Il totale delle esenzioni per patologia in Trentino si aggira attorno ai 142.000 casi, dei quali 40.000 per ipertensione arteriosa (dei quali circa 10.000 già con danno d'organo), 13.800 per diabete mellito, 10.000 per affezione al sistema cardiocircolatorio o cardiopolmonare, e nell'ordine di alcune migliaia di casi ciascuna (per citare quelle quantitativamente più significative): asma, artrite reumatoide, epatite cronica attiva, epilessia, glaucoma, insufficienza renale cronica, ipercolesterolemia familiare, ipotiroidismo, morbo di Basedow, psicosi, affezioni del circolo (arterie, vene vasi), ecc.

Sulla base di questi dati, si può stimare che le persone affette da malattie croniche costituiscano circa un quarto della popolazione totale, considerando comunque che una persona può essere portatrice di più di una delle patologie riportate.

Ciò richiamato in ordine all'eterogeneità delle malattie croniche ed alle possibilità di prevenzione, cura e riabilitazione riferibili alle più importanti patologie che rientrano in questo ambito, va posto nella dovuta evidenza che, dal punto di vista clinico, la ricerca ha recentemente riscontrato delle comunanze con altre patologie (es. l'insorgenza correlata a processi di carattere infiammatorio). Dal punto di vista metodologico generale, in futuro risulta quindi opportuno mettere in atto una strategia comune di intervento per vincere le malattie predittive e scatenanti le patologie croniche.

Oltre alla necessità di proseguire con tutte le misure possibili di prevenzione, l'obiettivo essenziale rimane in ogni caso quello di coniugare l'inevitabilità della malattia con il diritto alla salute e con un'esistenza il più possibile "normale" delle persone coinvolte e delle loro famiglie.

Con queste premesse

Innanzitutto, dato che le più importanti patologie croniche dipendono in gran parte, come si è già visto, 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 zionali di comunità, ecc.), superando l'attuale offerta dei servizi impostata sul trattamento del paziente acuto.

È 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.

In questo ambito una sezione a parte viene riservata alle malattie rare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima in circa 5.000 quelle malattie rare che nei protocolli medici sono identificate con la sigla " MR" e per le quali è riconosciuto - oltre al diritto alla diagnosi, alla conoscenza delle alternative terapeutiche ed alla scelta consapevole dei trattamenti possibili - anche il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa delle relative prestazioni sanitarie.

Al momento, in Italia le disposizioni di indirizzo in tema di malattie rare sono rappresentate dal *D.M. 18 maggio 2001, n. 279*, "Regolamento di istituzione della Rete Nazionale delle Malattie Rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie". Questo regolamento prevede in particolare la realizzazione di una rete clinico-epidemiologica formata da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni e la costituzione del Registro Nazionale delle Malattie Rare.

Attualmente l'ambito sovraregionale in tutte le sue funzioni è svolto da un Gruppo Tecnico Interregionale Permanente, definito nell'ambito della Conferenza Stato Regioni, i cui obiettivi riguardano:

- l'individuazione degli strumenti e delle procedure per assicurare l'operatività in rete dei presidi, per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare;

- l'individuazione degli strumenti per sviluppare e diffondere percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;

- l'individuazione degli strumenti e delle procedure per garantire la sorveglianza epidemiologica delle malattie rare ed il monitoraggio delle attività assistenziali;

- la definizione delle forme e delle modalità di collaborazione con le istituzioni, le associazioni dei malati e dei loro familiari;

- la proposta al Ministero della Salute di eventuali aggiornamenti o modifiche alle direttive di settore.

L'attività di programmazione sociosanitaria sulle malattie rare necessita del completo sviluppo della

Rete Nazionale Malattie Rare che si propone quale sistema per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare.

La Rete, per migliorare costantemente la sua attività, ha bisogno di dati epidemiologici in grado di fornire indicazioni sulle dimensioni del fenomeno e sull'efficacia degli interventi realizzati. Si ritiene decisiva l'integrazione a questo livello delle informazioni relative ai diversi tipi di assistenza sanitaria, inclusa la riabilitazione, con tutti i contributi di sostegno socioeconomico finalizzati all'affermazione dell'individuo con malattia rara nel proprio contesto familiare e sociale.

La Provincia di Trento ha attivato, fin dal 2002, una convenzione con l'Azienda ospedaliera di Padova, finalizzata al supporto del monitoraggio delle malattie rare ed all'attività d'assistenza e di informazione da parte del Centro regionale malattie rare del Veneto.

Con queste premesse

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 lo 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.

7.8. Prevenire le disabilità e potenziare le abilità residue

Con il termine disabilità s'intende l'instaurarsi e lo stabilizzarsi di una patologia o di una menomazione fisica e/o psichica in modo permanente, che comporta per l'individuo colpito una situazione "diversa", di svantaggio e di parziale autonomia/autosufficienza.

Ogni situazione che delinea una condizione di disabilità o di handicap risulta diversificata e unica e come tale deve essere considerata in ogni suo aspetto, per permettere di valorizzare le capacità e le potenzialità su cui costruire il processo di recupero della persona.

Il passaggio culturale, avvenuto in questi anni, verso la concezione che connota la situazione della persona con handicap in termini di "diversamente abile" indica proprio questa necessità di acquisizione e di costruzione, da parte della persona invalida, di un nuovo "ruolo" personale, relazionale e sociale conseguente alla sua acquisita e diversa condizione esistenziale in grado di arricchire con la sua distinta identità un contesto sociale di riferimento.

Le cause dell'handicap sono essenzialmente correlabili a tre ordini di fattori:

- di carattere congenito o legate al momento della nascita (attualmente in Provincia di Trento nascono ogni anno in media 3-5 bambini affetti da handicap grave).

Attualmente, il numero di bambini portatori di handicap è in tendenziale aumento anche in seguito alle maggiori possibilità della medicina di assicurare la sopravvivenza del nascituro pur in presenza di menomazioni, per l'innalzamento dell'età media delle donne che decidono di affrontare una gravidanza e per i neonati figli di immigrati che non ricorrono ad accertamenti prenatali

- conseguenti ad incidenti o eventi lesivi di diversa origine (stradale, lavorativa, domestica, delle attività del tempo libero)

- connessi con il processo di invecchiamento e con il progressivo instaurarsi di condizioni di invalidità di diversa tipologia e grado.

In Italia si stima che esistano circa 6 milioni di soggetti portatori di handicap di varia natura e gravità, pari a circa il 10% della popolazione totale.

In Trentino, si è già dato il quadro generale della tipologia esistente in merito alle condizioni di disabilità. A livello numerico, i soggetti notificati all'Anagrafe provinciale e riconosciuti in situazioni di handicap nel periodo 1992-2004 (previa domanda di accertamento degli stessi) sono complessivamente 3.545 casi e riguardano le persone che sono state riconosciute idonee ad ottenere i benefici e le agevolazioni assistenziali previsti dalla legge n. 104/92-legge-quadro. Si tratta di un numero quindi sottostimato che non comprende altre forme di invalidità pregresse e altre forme di invalidità che dipendono da altri ambiti assistenziali (es. invalidi sul lavoro, di guerra).

Dei casi notificati, si segnala che circa il 20% sono bambini e ragazzi minorenni.

Con queste premesse

La presa in carico della persona che vive una condizione esistenziale caratterizzata dall'handicap, considerate le caratteristiche sopradette, 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.

Proseguendo, 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 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 ricordato 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 sociosanitaria 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.

7.9. Garanzia per tutti di una salute universale e equa

L'ampia analisi svolta sui determinanti socio-economici della salute e le correlate disuguaglianze nello stato di salute individuale o collettivo prodotte o derivabili dagli stessi indicano chiaramente

che in tutti i contesti delle società attuali la speranza di vita è più breve e le malattie anche gravi sono più frequenti ai livelli più bassi della scala sociale di ogni società.

Risulta quindi indispensabile che le politiche per la salute affrontino, anche sulla base dei principi posti nel presente Piano, i determinanti economici e sociali della salute, ritenuti modificabili attraverso la collaborazione intersettoriale tra i vari settori della politica.

Cercando di sintetizzare la complessità e l'intreccio dei principali fattori socio-economici che conducono ad una maggiore mortalità e stati patologici gravi tra gli individui, sulla base anche degli studi condotti a livello internazionale, in particolare dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, possono essere individuati i seguenti aspetti:

- Stress prolungato causato da condizioni sociali e psico-sociali negative
- Cattiva crescita e sviluppo psico-fisico dei bambini da parte di genitori in condizioni socio-economiche critiche (con accertate ripercussioni negative nell'arco di tutta la vita)
- Privazioni e frustrazioni fisiche e psicologiche causate da povertà assoluta (che colpisce anche in società ricche determinati gruppi sociali), relativa (la c.d. deprivazione, l'esclusione sociale (ovvero essere considerati e trattati come "inferiori" dalla società sia per condizioni estreme - es. carcerati, immigrati -, sia per motivi molto comuni - es. disoccupati, anziani, ecc.)
- Ricadute psicologiche e fisiche legate alla scarsa qualità e capacità di controllo dal proprio lavoro, la sua inadeguata retribuzione, così come alla precarietà e alla disoccupazione (senso di insicurezza, di insoddisfazione, di angoscia)
- Maggiore mortalità e sviluppo di malattie gravi correlato alla mancanza o all'inadeguatezza del sostegno sociale, inteso come appartenenza ad una rete sociale di comunicazione a vari livelli (amicizia, obblighi e scambi reciproci, relazioni sociali e il mutuo sostegno sia formale che informale), che fornisce risorse pratiche ed emozionali, che danno la sensazione di appartenenza e di considerazione
- L'insieme delle dipendenze e delle loro gravi conseguenze sulla salute, da quelle tradizionali da sostanze a quelle emergenti di carattere immateriale, sono strettamente correlate agli indicatori delle situazioni economiche e sociali svantaggiate e sono vissute come modalità illusoria di fuga dalla realtà avversa e frustrante, peggiorando invece i problemi esistenti e con essi la salute, in un pesante circolo vizioso
- La cattiva alimentazione dovuta alla indisponibilità e/o all'alto costo di cibo sano, salubre e nutriente, nonché dalla difficoltà ad entrare in possesso delle informazioni di educazione ad un'alimentazione sana ed equilibrata.

Da questa analisi, si sono volutamente tralasciati due fattori rilevanti di disuguaglianza nello stato di salute che, per le loro caratteristiche particolari sono stati trattati in specifici capitoli del presente Piano:

- la differenza di genere sessuale
 - pur essendo un fattore immodificabile, è appropriato individuare le differenze e le disuguaglianze rilevanti nella salute, prevedendo interventi differenziati atti a cogliere tale specificità
- la collocazione territoriale - residenza
 - l'indagine su questo aspetto acquista particolare importanza in un tessuto territoriale eterogeneo come quello trentino, formato da diverse realtà differenziate sia dal punto di vista ambientale che culturale/economico e sociale (centro/periferia; fondovalle/montagna, interna nei centri urbani, ecc.), differenze che possono produrre diversi stati/gradini di salute, correlabili anche (ma non solo) alle diverse possibilità di accedere ai servizi sanitari

- si prescinde invece, almeno relativamente, dal fattore età, perché è connesso alla dinamica dell'invecchiamento il manifestarsi in misura sempre maggiore di eventi morbosi e quindi lo si reputa come in gran parte immodificabile, ma di certo contenibile attraverso le varie misure preventive da attuare nel corso della vita.

Nello specifico della realtà trentina sono state riscontrate da una ricerca ad hoc (cfr. Analisi bisogni di salute), pur su un substrato di caratteristiche di base favorevole e positivo, l'esistenza di forti disuguaglianze nello stato di salute della popolazione, correlabile principalmente in modo chiaro al livello di istruzione "di gruppo" (sezione censuaria per i Comuni più grandi o il Comune stesso per quelli piccoli).

Con queste premesse

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 socioeconomico, 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.

È 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.

7.10. 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 ed 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.

8. *Il finanziamento del servizio sanitario*

8.1. *Premessa*

A livello nazionale, l'ammontare delle risorse complessivamente messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato stabilito, per il triennio 2007-2009 nel quadro del Nuovo Patto per la Salute siglato tra Governo e Regioni nel settembre 2006, che nelle sue linee generali ha previsto:

a) certezza delle risorse: il governo si è impegnato a definire le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale in modo da rendere possibile per le Regioni una programmazione di medio periodo delle azioni necessarie per correggere le inapproprietezze e riassorbire le inefficienze che minano il controllo della spesa e l'efficacia dei servizi;

b) autonomia e inderogabile responsabilità delle Regioni che possono utilizzare le eventuali economie di spesa a propria discrezione, a condizione che i LEA siano comunque garantiti, e che devono autofinanziare eventuali eccedenze di spesa anche mediante la conferma degli strumenti di automatismo fiscale;

c) rientro entro il 2009 delle Regioni che presentano forti disavanzi anche tramite l'utilizzo di un fondo straordinario di dimensione decrescenti nel tempo.

La legge finanziaria per il 2007 (*L. n. 296/2006* di "ratifica" del predetto Patto) ha stabilito che il finanziamento del Servizio sanitario nazionale ammonta a 96.040 milioni di euro per l'anno 2007, a 99.082 milioni di euro per l'anno 2008 e a 102.285 milioni di euro per l'anno 2009 (art. 1, comma 796). A tali somme si aggiungono alcune integrazioni finalizzate al ripiano dei deficit pregressi.

Nel DPEF 2007-2011 è stata stimata una crescita della spesa sanitaria sostanzialmente in linea con la crescita nominale del PIL, sia a livello di andamento tendenziale pluriennale che a livello di fabbisogno programmato. Tale previsione è risultata supportata dal potenziamento degli strumenti di programmazione della spesa inseriti nelle ultime leggi finanziarie (Piani di rientro dai deficit, commissariamento ad acta, applicazione di sanzioni dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di accertato squilibrio gestionale).

Come indicato nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria (DPEF) per gli anni 2008-2011, tra il 2000 e il 2006 la spesa sanitaria ha registrato un aumento di 1,2 punti percentuali di PIL. La sua incidenza sull'indicatore macroeconomico risulta quindi incrementata dal 5,7% del 2000 (pari ad una spesa di 67.574 milioni di euro) al 6,9% dello scorso anno (corrispondente ad una spesa complessiva di 101.427 milioni di euro).

La dinamica di crescita, che ha interessato trasversalmente tutti i comparti della spesa sanitaria, si è rivelata particolarmente marcata con riferimento agli oneri per il personale e alle acquisizioni di beni e servizi.

Compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione (d'intesa con le Regioni) nel DPEF 2008-2011 il Governo intende rafforzare le azioni di riorganizzazione già individuate nel precedente documento di programmazione, in particolare: aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), attuazione di un sistema di monitoraggio attraverso un pacchetto adeguato di indicatori, ammodernamento del sistema sanitario focalizzato sulla valorizzazione delle risorse umane, riorganizzazione e potenziamento delle cure primarie, riorganizzazione delle rete ospedaliera, programma per la promozione permanente della qualità nel SSN. Per inciso, questi aspetti sono

trattati, insieme ad altri, nel presente Piano e quindi vi è coerenza fra il documento di programmazione per la salute provinciale ed i maggiori temi attualmente affrontati sullo scenario nazionale.

Nei limiti delle risorse disponibili, il Governo ritiene importante accompagnare le azioni con specifici interventi volti a potenziarne gli effetti: adeguamento delle risorse a disposizione del cofinanziamento degli interventi di edilizia sanitaria, riforma del sistema di regolazione del settore farmaceutico, revisione del sistema della compartecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini, promozione dell'assistenza odontoiatrica, avvio del passaggio della sanità penitenziaria a nell'ambito del SSN.

Nel DPEF viene poi confermata la necessità di sviluppare l'integrazione socio-sanitaria a partire dall'assistenza ai non autosufficienti, per la quale occorre incentivare l'assistenza domiciliare integrata, che costituisce una forma di servizio più appropriata alle esigenze del cittadino non autosufficiente.

Quale confronto rispetto allo scenario internazionale, il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie sulla tutela della salute della popolazione e sulla qualità complessiva delle prestazioni, come dimostrato tra l'altro dall'elevata incidenza della spesa sanitaria sul PIL. I paesi europei a prevalente sistema assistenziale pubblico che sostengono una spesa sanitaria più alta dell'Italia in rapporto al PIL sono solo la Danimarca, la Svezia e il Regno Unito.

Lo scenario di direttiva delineato coinvolge, in termini prescrittivi ed in primo luogo, le Regioni mentre per la Provincia Autonoma di Trento costituisce riferimento perché, il Trentino deve provvedere, ai sensi dell'*articolo 34, comma 3 della legge n. 724/94*, al completo autofinanziamento del Servizio sanitario provinciale con le risorse proprie individuate all'interno del bilancio della Provincia stessa, senza alcun onere quindi a carico del bilancio dello Stato.

In questo quadro, la determinazione del fondo sanitario provinciale deve tenere conto, in primo luogo, della spesa necessaria per assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria che sono di puntuale riferimento anche per la Provincia Autonoma di Trento ai sensi dell'*articolo 1 del D.Lgs. n. 267/1992* (norme di attuazione dello Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige), e quindi dei maggiori oneri derivanti dalla adozione di modelli organizzativi diversi ovvero da ulteriori fabbisogni dipendenti dalla erogazione di livelli di assistenza superiori per prestazioni aggiuntive previste da specifiche norme provinciali.

In questo senso l'*art. 6-bis della legge provinciale 1° aprile 1993, n. 10* e successive modificazioni, recante disposizioni sul finanziamento del servizio sanitario provinciale dispone che lo stanziamento del fondo sanitario provinciale sia stabilito nella misura necessaria per assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria definiti dalla normativa nazionale e comunitaria nonché le ulteriori prestazioni di assistenza sanitaria aggiuntiva, demandando alla Giunta provinciale il compito di stabilire i principi, i vincoli di utilizzo, i criteri e le modalità di remunerazione delle prestazioni.

8.2. Le risorse disponibili

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%. I valori assoluti di spesa sanitaria sono così rappresentati, in aggiornamento quindi agli importi sanciti nel Patto per la salute sopra richiamato:

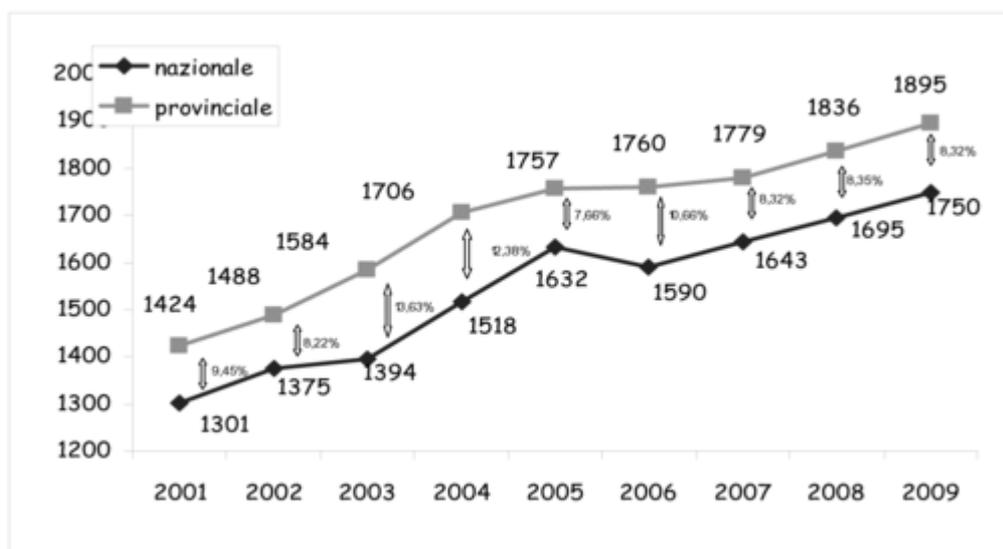
Anno	2006	2007	2008	2009	2010	2011
------	------	------	------	------	------	------

Spesa sanitaria in m.ni di 101.429 102.555 108.390 110.756 114.954 119.115
euro

Il disegno di legge finanziaria dello Stato 2008-2010 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 29 settembre 2007 e presentato al Senato il successivo 3 ottobre. Si compone di 97 articoli distribuiti in tre titoli (Disposizioni di carattere finanziario, Disposizioni in materia di entrata e Interventi sulle missioni). Il Capo XVI (Missione 20) riguarda gli Interventi in materia sanitaria e nello specifico contiene Disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci, sul Personale della Croce Rossa Italiana, sulla Vaccinazione HPV e sulla partecipazione dell'Italia alle iniziative AMC e MDRI. La manovra finanziaria dello Stato, alla data di redazione del presente Piano, sembra tenere in debito rilievo lo studio di andamento rappresentato nel DPEF.

A livello provinciale, per quanto riguarda la spesa di parte corrente, è attualmente in corso di predisposizione, da parte dell'organo esecutivo, la manovra finanziaria per il 2008.

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. n. 296/06* (3,2%). La spesa sanitaria provinciale in termini pro-capite dovrebbe pertanto scostarsi da quella nazionale in media dell'8%, come riportato nel seguente grafico:



Lo scostamento 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. 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.Chiera. 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 realizzazioni 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 n. 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 presente 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.

9. Modalità di attuazione e di verifica del piano

I principali strumenti per l'attuazione delle previsioni del Piano sono:

- gli obiettivi annuali ex *art. 7 della L.P. n. 10/93*;

- le direttive di programmazione approvate con deliberazione della Giunta provinciale;
- l'elaborazione di singoli progetti-obiettivo, anche questi approvati con deliberazione della Giunta o con determinazione del Dirigente competente.

Possono essere anche individuati eventuali altri strumenti e metodi per l'attuazione del Piano.

Al momento dell'adozione di scelte e decisioni programmatiche, attraverso gli strumenti sopra descritti, verrà definito in modo esplicito e formale il riferimento all'obiettivo/parte del presente Piano cui il provvedimento dà risposta, assicurando così la coerenza e la finalizzazione delle singole attuazioni al processo programmatico generale.

Per quanto concerne invece la verifica, essa si compone di due momenti distinti:

1. la valutazione dell'attuazione (tramite i provvedimenti sopra citati) degli interventi e delle azioni previste dal Piano (attraverso gli indicatori di processo), che si ritiene possa avvenire a cadenza periodica (di norma annualmente)
2. la valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati, concernenti nel loro insieme il miglioramento dello stato di salute della popolazione del Trentino.

Questo tipo di verifica si avvale di indicatori di risultato ed è di natura complessa, in quanto gli indicatori utilizzati devono dimostrare la correlazione tra risultati ottenuti in termini di miglioramento dello stato di salute con la realizzazione delle iniziative previste dal Piano, valutando anche l'eventuale esistenza ed influenza di fattori esterni in questo processo.

Si tratta di comunque di una verifica che può venire attuata solo dopo un certo lasso di tempo di applicazione dei contenuti del Piano e quindi è opportuno prevederla dopo il termine di vigenza del documento programmatico (cinque anni).

Si ricorda infine che il Piano per la salute può venir aggiornato ed integrato durante il suo periodo di vigenza, qualora si manifestassero nuovi bisogni di salute con carattere di priorità secondo i criteri elencati nel cap. 3 e con la conseguente necessità di porre nuovi obiettivi in merito.
