

Rapporto sanità Provincia autonoma di Trento 2018

Credits

Supervisor scientifico

SPANDONARO Federico, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*, C.R.E.A. Sanità

Autori:

BERNARDINI ANNA CHIARA - C.R.E.A. Sanità, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

CARRIERI Ciro - C.R.E.A. Sanità, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

d'ANGELA Daniela - C.R.E.A. Sanità, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"* (*Project leader*)

GIORDANI Cristina - C.R.E.A. Sanità, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

PLONER Esmeralda - C.R.E.A. Sanità, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

POLISTENA Barbara - C.R.E.A. Sanità, *Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

C.R.E.A. Sanità

Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, Università di "Tor Vergata"

Sede operativa

Piazza A. Mancini, 4

00196 Roma – Italia

www.creasanita.it

Contatti: segreteria@creasanita.it

Credits	2
Indice delle figure	5
Indice delle tabelle	9
Abbreviazioni	12
Executive summary	13
1. Contesto socio-demografico	21
1.2 Caratteristiche demografiche	22
1.3 Caratteristiche socio-economiche	36
1.4 Conclusioni	50
2. Esiti di salute della popolazione	53
2.1 Stato di salute	54
2.2 Conclusioni	65
3. Offerta socio-sanitaria	67
3.1 Strutture sanitarie	70
3.2 Offerta extra-ospedaliera	82
3.3 Personale dipendente del SSN	87
3.4 Tecnologie biomedicali	105
3.5 Box di approfondimento: Tecnologie ICT.....	109
3.6 Conclusioni	115
4. Finanziamento e spesa per la Sanità	118
4.1 Il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale	118
4.2 La spesa del Servizio Sanitario Provinciale	126
4.3 Analisi della spesa sanitaria per funzione	135
4.4 Il risultato economico di esercizio.....	154
4.5 Conclusioni	155
5. Assistenza ospedaliera	157
5.1. Attività di ricovero.....	157
5.2. Efficienza	169
5.3. Appropriatelyzza.....	172
5.4. Mobilità ospedaliera	183
5.5. Conclusioni	187

6.	Assistenza residenziale socio-sanitaria e socio-residenziale	190
6.1.	Target e stima del bisogno di assistenza socio-sanitaria e sociale.....	192
6.2.	Risposta del sistema socio-sanitario e sociale ai bisogni del target di utenza	198
6.3	In dettaglio: un'analisi dei presidi residenziali socioassistenziali e socio-sanitari	202
6.4	In dettaglio: l'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale di tipo socio-sanitario	228
6.5	Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza: gli indicatori della "Griglia LEA" in tema di assistenza residenziale e semiresidenziale	240
6.6	Conclusioni	245
7.	Assistenza Farmaceutica	248
7.1.	Spesa farmaceutica totale e coperture dei bisogni provinciali.....	248
7.2.	Andamento della spesa pubblica	253
7.3.	Conclusioni	263
	Bibliografia.....	265

Indice delle figure

Figura 1.1 - Indice di vecchiaia, anno 2017	24
Figura 1.2 - Indice di dipendenza anziani, anno 2017.....	25
Figura 1.3 - Indice di dipendenza strutturale, anno 2017.....	26
Figura 1.4 - Struttura dei nuclei familiari, anno 2016	28
Figura 1.5 - Distribuzione della popolazione, anno 2016.....	29
Figura 1.6 - Quota e composizione della popolazione anziana, anno 2017 ..	30
Figura 1.7 - Popolazione residente al 1° gennaio 2017	31
Figura 1.8 - Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*), anno 2016.....	37
Figura 1.9 - Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi, anno 2016	38
Figura 1.10 - Giovani che non lavorano e non studiano (<i>Neet</i>).....	39
Figura 1.11 - Tasso di inattività 15-64 anni, anno 2016	42
Figura 1.12 - Tasso di disoccupazione, anno 2016	42
Figura 1.13 - PIL pro-capite, anno 2016.....	45
Figura 1.14 - Reddito disponibile pro-capite.....	46
Figura 1.15 - Famiglie per giudizio sulla situazione economica rispetto all'anno precedente, anno 2016	47
Figura 2.1 - Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane, anno 2016	57
Figura 2.2 - Tasso standardizzato di mortalità, anno 2016	58
Figura 2.3 - Tasso di mortalità infantile, anno 2016.....	58
Figura 2.4 - Le principali cause di morte (Variazione 2015/2005)	60
Figura 2.5 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore persone di 20-64 anni, anno 2014.....	61
Figura 2.6 - Tasso standardizzato di persone con almeno una malattia cronica grave, anno 2015	64
Figura 2.7 - Tasso standardizzato di persone con almeno tre malattie croniche gravi, anno 2015	65
Figura 3.1 - Rete ospedaliera – P.A. di Trento, anno 2016	70
Figura 3.2 - Composizione delle strutture ospedaliere, anno 2013.....	72
Figura 3.3 - Posti letto in strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anno 2013.....	73
Figura 3.4 - Posti letto in strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anno 2016	74
Figura 3.5 - Composizione posti letto, per tipologia, previsti nelle strutture di ricovero pubbliche, anno 2013.....	75
Figura 3.6 - Composizione dei posti letto, per tipologia Strutture di ricovero private accreditate, anno 2013.....	76
Figura 3.7 – Presenza di specifici servizi nelle strutture di ricovero pubbliche, anno 2013.....	82

Figura 3.8 - Personale per ruolo, anno 2013	89
Figura 3.9 - Composizione personale dipendente del SSN per ruolo e per genere, anno 2013.....	93
Figura 3.10 - Personale servizio ospedaliero provinciale per posto letto.....	98
Figura 3.11 - Composizione del personale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, per area e qualifica, anno 2016	99
Figura 3.12 - Composizione dirigenti delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, per ruolo	100
Figura 3.13 - Età media per ruolo.....	101
Figura 3.14 - Composizione personale APSS Trento per sesso e ruolo.....	102
Figura 3.15 - Composizione personale dirigente APSS Trento per sesso e ruolo	103
Figura 3.16 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anno 2013	105
Figura 3.17 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura nelle strutture di ricovero pubbliche, anno 2013	106
Figura 3.18 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture private accreditate, anno 2013.....	108
Figura 4.1 - Finanziamento pro-capite, anno 2016	119
Figura 4.2 - Spesa sanitaria corrente pubblica.....	127
Figura 4.3 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite, anno 2016	128
Figura 4.4 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL.....	129
Figura 4.5 - Spesa privata pro-capite, anno 2016	131
Figura 4.6 - Correlazione tra spesa privata standardizzata e PIL (Valori in €), anno 2016	132
Figura 4.7 - Spesa sanitaria pro-capite per popolazione standardizzata, anno 2016	133
Figura 4.8 - Composizione spesa per livello di assistenza, anno 2016.....	136
Figura 4.9 - Composizione spesa per assistenza collettiva, anno 2016	137
Figura 4.10 - Composizione spesa per assistenza distrettuale, anno 2016.....	139
Figura 4.11 - Composizione spesa per assistenza ospedaliera, anno 2016.....	141
Figura 5.1 - Rete ospedaliera – P.A. di Trento, anno 2016	157
Figura 5.2 – Composizione ricoveri per tipo di attività, anno 2016.....	159
Figura 5.3 - Composizione ricoveri per tipologia di erogatore, anno 2016.....	160
Figura 5.4 – Composizione ricoveri in acuzie per regime, anno 2016.....	162
Figura 5.5 –Tasso di ricovero per tipo di attività, anno 2016.....	164
Figura 5.6 – Ricoveri medici per modalità di ammissione, anno 2016.....	166
Figura 5.7 – Ricoveri chirurgici per modalità di ammissione, anno 2015.....	167
Figura 5.8 – Differenze di degenza media per regime, anno 2016.....	170
Figura 5.9 – Degenza media pre-operatoria, anno 2016	171
Figura 5.10 – Ricoveri ordinari in acuzie ad alto rischio di inappropriatezza ..	173

Figura 5.11 – Adempimento requisiti appropriatezza D.M. 70/2015 Quota strutture, anno 2016.....	176
Figura 5.12 – Adempimento requisiti appropriatezza D.M. 70/2015 Quota interventi, anno 2016	177
Figura 5.13 – Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia, anno 2016	178
Figura 5.14 – Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia, anno 2016.....	179
Figura 5.15 – Dimessi over 75 in RSA e PL in RSA, anno 2015.....	181
Figura 5.16 – Esiti per patologie cardiovascolari Scostamento dal valore medio nazionale, anno 2016.....	182
Figura 5.17 – Mobilità di ricovero passiva per destinazione, anno 2016	184
Figura 5.18 – Mobilità attiva per ricoveri per provenienza, anno 2016.....	185
Figura 6.1 - Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti)	205
Figura 6.2 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	207
Figura 6.3 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	208
Figura 6.4 - Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per tipo di utenza, anno 2015.....	210
Figura 6.5 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per livello di assistenza)	212
Figura 6.6 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione % per funzione di protezione sociale, anno 2015..	215
Figura 6.7 - Dimensione media dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	216
Figura 6.8 - Personale retribuito nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	218
Figura 6.9 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, (per sesso, per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche), anno 2015	220
Figura 6.10 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per sesso)	221
Figura 6.11 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per classe di età)	222
Figura 6.12 - Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.....	223
Figura 6.13 - Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per tipo di disagio).....	225
Figura 6.14 - Quota di ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anno 2015.....	226

Figura 6.15 - Ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per classe di età)	228
Figura 6.16 - Indicatori della Griglia LEA 2015 in tema di assistenza residenziale per anziani e assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale. Distribuzione dei valori regionali, anno 2015.....	242
Figura 6.17 - Indicatori della Griglia LEA 2015 in tema di assistenza residenziale ai disabili e in <i>Hospice</i> . Distribuzione regionale, anno 2015	244
Figura 7.1 - Correlazione fra spesa farmaceutica privata e PIL, anno 2016...	249
Figura 7.2 - Spesa farmaceutica totale pro-capite*, anno 2016.....	250
Figura 7.3 - Composizione spesa farmaceutica privata, anno 2016	252
Figura 7.4 - Composizione spesa farmaceutica totale	255
Figura 7.5 - Spesa farmaceutica pubblica e A privata, anno 2016.....	257
Figura 7.6 - Spesa farmaceutica ospedaliera pubblica*, anno 2016.....	258

Indice delle tabelle

Tabella 1.1 – Famiglie unipersonali	27
Tabella 1.2 – Età media	29
Tabella 1.3 – Quota della popolazione anziana	32
Tabella 1.4 - Previsioni popolazione	33
Tabella 1.5 – Quoziente di natalità	34
Tabella 1.6 – Età media al parto	35
Tabella 1.7 – Tasso di fecondità	35
Tabella 1.8 – Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni per genere.....	40
Tabella 1.9 – Tasso di occupazione 55-64 anni.....	41
Tabella 1.10 – Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) per genere	43
Tabella 1.11 – Prodotto Interno Lordo	45
Tabella 1.12 – Incidenza di povertà individuale relativa (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	48
Tabella 1.13 – Diseguaglianza del reddito disponibile	49
Tabella 2.1 – Speranza di vita alla nascita	54
Tabella 2.2 – Speranza di vita a 65 anni	55
Tabella 2.3 – Speranza di vita in buona salute alla nascita	56
Tabella 2.4 – Classifica mortalità evitabile per regione e genere Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni, anno 2015.....	62
Tabella 3.1 - Legislazione socio-sanitaria - P.A. di Trento	67
Tabella 3.2 - Piano per la salute del Trentino – obiettivi	68
Tabella 3.3 - Posti letto per tipologia di degenza – P.A. di Trento, anno 2016	77
Tabella 3.4 - Posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate	77
Tabella 3.5 - Composizione posti letto nelle strutture pubbliche e private accreditate per branca.....	80
Tabella 3.6 - Distribuzione dell'offerta nelle strutture residenziali e semiresidenziali, anno 2013.....	86
Tabella 3.7 - Dotazione organica del ruolo sanitario, anno 2013.....	90
Tabella 3.8 - Modello organizzativo APSS	95
Tabella 3.9 - Personale dei Distretti socio-sanitari della P.A. Trento.....	96
Tabella 3.10 - Personale dell'APSS Trento per struttura.....	97
Tabella 3.11 - Soluzioni ICT del SSP di Trento, anno 2016	111
Tabella 4.1 – Variazione del finanziamento pro-capite	120
Tabella 4.2 – Finanziamento corrente APSS riportato nella Missione 13 “Tutela della Salute”	122
Tabella 4.3 - Capitolo di spesa 442000 “Fondo per l'Assistenza Integrata”	123
Tabella 4.4 - Capitolo di spesa 442000 “Fondo per l'Assistenza Integrata”	125

Tabella 4.5 - Variazione della spesa sanitaria pubblica pro-capite	128
Tabella 4.6 - Saldi mobilità sanitaria interregionale	129
Tabella 4.7 - Saldo mobilità sanitaria interregionale per LEA	130
Tabella 4.8 - Destinazione FAI	134
Tabella 4.9 – Destinazione pro-capite FAI, anno 2016	135
Tabella 4.10 - Spesa per livelli di assistenza	137
Tabella 4.11 - Spesa assistenza collettiva	138
Tabella 4.12 - Spesa assistenza distrettuale	140
Tabella 4.13 - Spesa per assistenza ospedaliera	142
Tabella 4.14 - Spesa convenzionata	143
Tabella 4.15 - Spesa sanitaria diretta e convenzionata per l'acquisto di servizi sanitari	144
Tabella 4.16 - Spesa convenzionata e spesa per servizi al netto della convenzionata. Incidenza su spesa totale pubblica	145
Tabella 4.17 - Acquisto servizi	146
Tabella 4.18 - Acquisto servizi non sanitari	146
Tabella 4.19 - Acquisto beni	147
Tabella 4.20 - Consulenze e collaborazioni	148
Tabella 4.21 - Spesa per il personale. Quota su finanziamento effettivo	149
Tabella 4.22 - Spesa personale	150
Tabella 4.23 - Composizione spesa per il personale, anno 2016	151
Tabella 4.22 - Costo per unità di personale	153
Tabella 4.25 - Risultato di esercizio	154
Tabella 5.1 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato	163
Tabella 5.2 – Degenza media	169
Tabella 5.3 – Indicatori D.M. 70/2015 per soglie minime di volume di attività	174
Tabella 5.4 – Indicatori D.M. 70/2015 per soglie di rischio di esito	175
Tabella 5.5 – Distribuzione della casistica. Prime 5 strutture per attrazione, anno 2016	186
Tabella 6.1 – Stima del bisogno potenziale socio-sanitario e sociale nella P.A. di Trento e in Italia	196
Tabella 6.2 – Posti letto residenziali e semiresidenziali per assistenza socio-sanitaria e sociale nella P.A. di Trento e in Italia	198
Tabella 6.3 – Utenti in carico presso strutture residenziali e semiresidenziali per assistenza socio-sanitaria e sociale nella P.A. di Trento e in Italia	201
Tabella 6.4 – Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	204
Tabella 6.5 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	206
Tabella 6.6 – Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per tipo di utenza, anno 2015	209
Tabella 6.7 – Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per livello di assistenza	211

Tabella 6.8 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per funzione di protezione sociale	214
Tabella 6.9 - Personale retribuito nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	217
Tabella 6.10 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	219
Tabella 6.11 - Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per tipo di disagio.....	224
Tabella 6.12 - Ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per classe di età	227
Tabella 6.13 - Strutture residenziali e semiresidenziali nella P.A. di Trento, per tipologia di assistenza erogata, anno 2016	229
Tabella 6.14 - Servizi residenziali e semiresidenziali a supporto degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie nella Provincia autonoma di Trento.....	232
Tabella 6.15 - Posti letto in RSA territoriali e Istituti speciali nella P.A. di Trento, per distretto, Aggiornamento anno 2016.....	233
Tabella 6.16 - Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, residenziali e semiresidenziali, anno 2013.....	235
Tabella 6.17 - Posti in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, anno 2013.....	236
Tabella 6.18 - Utenti e giornate erogate in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, anno 2013	237
Tabella 6.19 - Assistenza per anziani in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, anno 2013.....	238
Tabella 7.1 - Incidenza della spesa farmaceutica privata.....	253
Tabella 7.2 - <i>Trend</i> spesa farmaceutica	255
Tabella 7.3 - Confronti spesa farmaceutica pro-capite, anno 2016	256
Tabella 7.4 - Pazienti aderenti al trattamento, anno 2015	259
Tabella 7.5 - Distribuzione della spesa per area, anno 2016	260
Tabella 7.6 - Spesa e consumo per ATC, anno 2016	261
Tabella 7.7 - Spesa pro-capite per farmaci innovativi, anno 2017	263

Abbreviazioni

ADL	<i>Activities Daily Living</i>
AIOM	Associazione Italiana di Oncologia Medica
AIRTUM	Associazione Italiana Registri Tumori
AOF	Articolazioni Organizzative Fondamentali
APSP	Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
B.U.	Bollettino Ufficiale
CIPE	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
DGP	Delibera Giunta Provinciale
FAI	Fondo per l'Assistenza Integrata
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
ICT	<i>information and Communications Technology</i>
INPS	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
ND	Non disponibile
L.P.	Legge Provinciale
LTC	<i>Long Term Care</i>
P.A.	Provincia autonoma
PL	Posti Letto
P.P.	Punti percentuali
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSAO	Residenza Sanitaria Assistenziale Ospedaliera
SOP	Servizio Ospedaliero Provinciale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SSP	Servizio Sanitario Provinciale
ST	Servizio Territoriale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSAO	Residenza Sanitaria Assistenziale Ospedaliera
VMA	Variazione media annua

Executive summary

Il servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento, in sintesi, è rappresentabile con 5 fattori caratteristici:

1. favorevoli condizioni socio-economiche, con una popolazione in media più giovane, istruita e benestante di quella media italiana, ma anche in miglior stato di salute: condizioni che, in futuro, dovranno confrontarsi con un rapido invecchiamento ed una crescita in termini numerici
2. un finanziamento del settore salute pubblica significativamente maggiore della media nazionale e orientato a promuovere l'integrazione socio-sanitaria, realizzando livelli di tutela superiori a quelli garantiti dai LEA a livello nazionale
3. livelli di offerta, specialmente nell'ambito riabilitativo e residenziale, estremamente più alti della media nazionale
4. una spesa sanitaria, sia pubblica che privata, superiore a quella media nazionale, ma coerente sia con l'equilibrio finanziario pubblico, sia con i livelli di sviluppo economico della Provincia
5. in generale, una buona efficienza nell'erogazione dei servizi, con punte di eccellenza come quella dell'assistenza farmaceutica, ed un elevato grado di tutela pubblica della salute, dimostrata dai limitati impatti sui bilanci delle famiglie.

Sul primo punto segnaliamo come il processo di invecchiamento nella Provincia sia attualmente più rapido di quello riscontrato a livello nazionale: in quattro anni l'età media è aumentata di un anno raggiungendo i 44,2 anni. Nelle prossime decadi in Trentino è prevista anche una crescita della popolazione, in controtendenza con la riduzione prevista a livello nazionale. Fra 50 anni, in particolare, la popolazione trentina aumenterà del +13,8% e, in particolare, gli over 65

rappresenteranno il 30,4%, gli over 75 il 18,8%, registrando un aumento della popolazione anziana over 65 del +59,0% e degli over 75 del +95,1%.

Certamente la popolazione trentina presenta profili favorevoli al mantenimento della salute: sono superiori alla media nazionale il livello di istruzione, che è anche in continuo miglioramento (citiamo il fatto che i giovani tra i 18 e i 24 anni che abbandonano prematuramente gli studi sono circa la metà rispetto alla media nazionale), il tasso di occupazione e il PIL pro-capite.

Quanto premesso esita in un tasso standardizzato di mortalità inferiore a quello medio nazionale, anche per quella infantile (peraltro anche in continua diminuzione); in Trentino Alto Adige si registra anche il minor numero di giorni perduti per mortalità evitabile, prevenibile e trattabile.

I trentini hanno una speranza di vita alla nascita, e a 65 anni, superiore alla media nazionale di, rispettivamente, 6,7 e 1,1 anni, ed in progressivo miglioramento. Si delinea un quadro migliore di quello nazionale anche in termini di disabilità: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore nella P.A. di Trento (10,9 anni) superiore sia a quello della P.A. di Bolzano (9,5 anni) che a quello nazionale (9,8 anni). Nel 2016 un trentino può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 65,5, ben 6,7 anni in più rispetto alla media degli italiani, con un incremento di 3,1 anni negli ultimi quattro anni.

Ovviamente le favorevoli condizioni socio-economiche non spiegano da sole i risultati citati; la tutela della salute richiede anche un impegno strategico a livello Provinciale, che ritroviamo nelle politiche sanitarie messe in atto.

Tra il 2013 ed il 2016 il finanziamento pro-capite nominale della P.A. di Trento è aumentato di € 406,4, che equivale in termini reali ad un incremento di € 377,4 per cittadino: una crescita assai più sostenuta di quella che è possibile evidenziare in tutte le altre aree del Paese.

L'incremento in termini reali del finanziamento pro-capite, a partire dal 2015, può essere largamente ascritto all'istituzione del Fondo per l'Assistenza Integrata (FAI), quindi ad una precisa scelta di politica sanitaria deputata a sviluppare il settore dell'integrazione socio-sanitaria, realizzando una estensione (quanto meno nei livelli) dei LEA garantiti a livello nazionale.

La strategia delineata trova riscontro nella riorganizzazione dell'APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari) introdotta nel 2017, che prevede il superamento del modello basato sui distretti socio-sanitari, approdando verso un modello per processi che permetta di migliorare la qualità delle prestazioni attraverso la vicinanza al cittadino.

Si consideri che il Trentino presenta un numero di presidi ospedalieri, in rapporto alla popolazione, superiore alla media nazionale e della ripartizione geografica di afferenza (Nord-Est), ma il livello è omogeneo a quello delle altre aree caratterizzate da analoga orografia. Si tratta di un'offerta prevalentemente pubblica. In termini di posti letto, sono 4,2 ogni 1.000 abitanti, valore superiore alla media nazionale (3,8) ma in linea con quelli della P.A. di Bolzano (4,2) e della media del Nord-Ovest (4,0).

Nel triennio 2013-2016, si è realizzata una contrazione dei posti letto totali del -1,6%, con un potenziamento del regime diurno del +8,7% ed una riduzione di quello ordinario del -2,7%.

Vale la pena di sottolineare che l'assistenza ospedaliera in acuzie è allineata a quella media nazionale e, quindi, sono la riabilitazione e la lungodegenza (a livello ospedaliero) e la residenzialità ad essere significativamente superiori alla media nazionale.

In particolare, si riscontra un'offerta di posti letto nelle residenze (92 ogni 100.000 abitanti over 75) che è circa tre volte superiore a quella media nazionale e circa un terzo superiore a quella media del Nord-Est.

Per apprezzare i livelli di servizio, nella P.A. di Trento, ogni 1.000 abitanti ci sono 3,7 unità di personale impegnate nei servizi extra-ospedalieri, a fronte delle 2,9 a livello medio nazionale, e delle 0,8 della P.A. di Bolzano.

A riprova della vocazione socio-sanitaria, si delinea un modello assistenziale ad elevata intensità infermieristica: 1,4 unità di personale infermieristico per posto letto nelle strutture di ricovero pubbliche, a fronte delle 1,2 della media nazionale; le unità di personale medico per posto letto risultano invece essere in linea con il valore medio nazionale (0,5 medici per posto letto).

La realizzazione delle scelte di politica sanitaria esitate nell'istituzione del FAI sono, quindi, tangibili ed appaiono opportune in considerazione dell'elevata quota di famiglie monocomponente (superiore alla media nazionale ed in crescita, con 2 famiglie in più ogni 100 rispetto al 2013), e del rapido invecchiamento della popolazione trentina sopra citato.

La P.A. di Trento presenta una ampiezza ed una qualità dei servizi socio-sanitari, in modo particolare a favore degli anziani, che la rendono una eccellenza italiana.

A titolo di esempio si riportano alcuni confronti fra la residenzialità pubblica della Provincia e quella media nazionale:

- 6.969 posti letto residenziali, pari a 1.297 per 100.000 residenti, più del doppio della media nazionale, che si arresta a 643
- 6.262 posti letto per 100.000 residenti di 65 anni e più a fronte di una media Italia di 2.955
- 12.500 posti letto per 100.000 residenti over 75, contro i 5.835 dell'Italia
- 6.953 persone assistite nei presidi, pari a 1.294 ospiti per 100.000 residenti, con una media Italia che si attesta circa alla metà.

Con particolare riferimento agli anziani, si ricorda anche la riforma del welfare Anziani, che prevede l'istituzione di "Spazio Argento", un nuovo soggetto al servizio di anziani e loro famiglie che – a regime – sarà in grado di intercettare un numero maggiore di persone, aumentando così i tassi di copertura dei bisogni.

Aree di miglioramento rimangono in segmenti specifici, come quello degli *hospice*, per i quali si registra un valore inferiore a quello medio nazionale.

La disponibilità di strutture residenziali implica che la quota di dimessi da strutture ospedaliere trentine verso strutture intermedie, residenziali e verso l'assistenza domiciliare sia ad oggi doppia rispetto a quella media nazionale (circa il 5%). Limitando l'analisi solo alle dimissioni verso RSA o trasferimenti verso istituti di riabilitazione il gap tra il Trentino e l'Italia si triplica. Valori prossimi a quelli della P.A. di Trento si riscontrano solo nella P.A. di Bolzano e nel Nord Est, realtà notoriamente ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Gli elevati livelli di servizio erogati descritti, in particolare nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, sono anche una delle principali determinanti degli elevati livelli di spesa sanitaria provinciale, insieme a fattori specifici come quelli legati alle caratteristiche orografiche del territorio.

La spesa sanitaria pubblica pro-capite è pari a € 2.160,2, il 16,8% in più della media nazionale (il 13,9% in più di quella della ripartizione di appartenenza e il 6,4% in meno di quella della Provincia autonoma di Bolzano); anche quella privata (€ 789,1 pro-capite) è maggiore della media nazionale del 32,2%; nel complesso la spesa supera quella media nazionale dell'8,3%. Qualora considerassimo la popolazione standardizzata, la spesa pubblica pro-capite della Provincia ammonta a € 2.192,9, valore superiore del 18,6% e del 16,2% rispettivamente a quello medio nazionale e a quello delle Regioni nord-orientali, ma inferiore dell'8,3% a quello della Provincia contigua; la spesa privata, invece, risulta pari a € 801,1 pro-capite, maggiore del 34,2% in confronto al dato medio nazionale, mentre quella totale (pari a € 2.994,0 pro-capite) eccede il valore medio nazionale del 22,4%.

Nel confronto dei dati di spesa è, in particolare, necessario tenere conto che nelle altre aree del Paese l'integrazione con il

Sociale è garantita dai Comuni con fondi propri, che invece nella Provincia sono attribuiti al bilancio della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari; in ogni caso, la spesa sostenuta risulta compatibile tanto con l'equilibrio finanziario pubblico, quanto con i livelli di sviluppo economico della Provincia.

Sul fronte pubblico, secondo le risultanze del Rapporto su "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato, dopo le verifiche dei Tavoli di Monitoraggio, nel 2016, la Provincia ha presentato un risultato di esercizio praticamente in pareggio (€ 3,0 di disavanzo pro-capite): è stato, quindi, di fatto annullato il deficit del 2013, quando il disavanzo pro-capite nominale ammontava a € 414,9.

Sul fronte "macro-economico", si osservi che la spesa sanitaria pubblica assorbe, nel 2016, il 6,2% del PIL regionale, valore superiore a quello della P.A. di Bolzano (5,4%) e della media delle Regioni settentrionali (Nord-Ovest 5,5%; Nord-Est 5,7%), risultando in linea con quello delle Regioni centrali (6,2%) e largamente inferiore a quello delle Regioni meridionali (9,9%).

Si aggiunga, inoltre, che la spesa privata, pur elevata, risulta minore di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base dei livelli medi di reddito delle famiglie trentine. Questo risultato conferma che il livello di tutela pubblica della salute è alto, salvaguardando anche i bilanci delle famiglie.

Infatti, il Trentino Alto Adige, registra la più bassa quota di famiglie che si sono impoverite a causa delle spese sanitarie out of pocket, così come la più bassa quota di famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket*.

Sul fronte dell'efficienza del sistema, possiamo osservare che in termini di appropriatezza dei ricoveri, pur essendo aumentata nel periodo 2013-2016 la quota del ricorso a DRG ad alto rischio di inappropriatezza per i ricoveri ordinari, in Trentino si riscontra un valore inferiore tanto alla media nazionale che al Nord-Est.

Anche i saldi di mobilità ospedaliera sono drasticamente migliorati nel triennio 2013-2016, sebbene il saldo complessivo rimanga negativo. Saldo peraltro derivante dai ricoveri in acuzie,

perché quello relativo alla riabilitazione e lungodegenza, risulta essere positivo, a riprova che si tratta di settori che rappresentano un punto di riferimento per la Provincia ma anche per i cittadini provenienti dalle altre aree del Paese.

Non si può, altresì, ignorare che il servizio sanitario trentino rappresenta anche un importante indotto per la Provincia: il 44% dei dipendenti (pubblici e privati) operano nel servizio sanitario provinciale, a fronte di un 38% riscontrato a livello nazionale. Medici e infermieri dipendenti in Trentino hanno una retribuzione media più elevata di quella che le analoghe figure percepiscono nelle altre ripartizioni e nell'ultimo triennio, si è registrato anche un aumento del costo per unità di personale nel triennio 2013-2016 pari all'1,0%, in controtendenza con le altre aree del Paese.

Ancora per quanto concerne i livelli di servizio, ricordiamo come, in termini di ricorso all'ICT, in Trentino si riscontrano soluzioni di avanguardia, non solo di natura gestionale amministrativa, ma anche quali servizi di supporto al cittadino (quali la cartella clinica del cittadino "TreC", e la recentissima introduzione (Giugno 2018) dell'App "Trentino Salute +", finalizzata a promuovere ed incentivare gli stili di vita dei Trentini, indicando al cittadino proposte personalizzate per tenersi in salute, ed "incentivandolo", sia da un punto di vista sociale sia personale, attraverso l'attribuzione di "punti social" che potranno essere destinati ad un'iniziativa di promozione della salute promossa da associazioni.

Una menzione particolare va fatta per l'assistenza farmaceutica: la Provincia è fra le quattro Regioni in grado di rispettare il tetto di spesa per tale voce, essendo l'unica che, grazie ad una elevata appropriatezza prescrittiva e di erogazione, è riuscita a rimanere al di sotto anche del tetto per la farmaceutica ospedaliera.

Il basso livello di spesa pubblica in campo farmaceutico non sembra comportare alcuna difficoltà di accesso per le famiglie: anche la spesa privata rimane inferiore a quella nazionale e decisamente inferiore a quella media attesa in funzione dei livelli di reddito provinciali.

Concludendo, gli esiti di salute, e anche quelli in termini di efficienza gestionale, sembrano attestare come la Provincia si stia efficacemente attrezzando per affrontare il rapido invecchiamento e la crescita demografica che la attendono nei prossimi anni. Ovviamente rimangono aree specifiche di miglioramento segnalate nel lavoro, come anche aree di eccellenza, quale quella dell'avanzato sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria; quest'ultima, è largamente condiviso, che rappresenterà l'elemento strategico in termini di tutela della salute negli anni a venire: il modello trentino rappresenta certamente una *best practice* di riferimento anche per tutte le altre Regioni.

1. Contesto socio-demografico

In letteratura è largamente condivisa l'importanza del ruolo che giocano le variabili demografiche e socio-economiche sui bisogni di salute; altresì è ampiamente riconosciuto che la salute sia una forte determinante dello sviluppo demografico, sociale e economico.

Le politiche sanitarie non possono quindi prescindere da una attenta analisi delle peculiarità demografiche e socio-economiche della Provincia, descritte nel seguito del capitolo, a cui deve ispirarsi tanto la programmazione dell'offerta, quanto quella della domanda.

Nel seguito si argomenta, alla luce delle evidenze quantitative disponibili, come il contesto demografico attuale e le previsioni della relativa evoluzione nei prossimi anni, implichi che la sfida per la politica sanitaria trentina sembra essere quella di gestire tanto la crescita della popolazione, quanto un processo di invecchiamento più rapido della media nazionale.

Inoltre aumentano sia le famiglie fragili, ed in particolare quelle di anziani soli ma anche quelle monogenitoriali: un fenomeno che è l'effetto delle trasformazioni demografiche e sociali in atto in tutto il Paese: oltre l'invecchiamento della popolazione, anche l'aumento dei divorzi e delle separazioni, e l'arrivo di cittadini stranieri che inizialmente vivono da soli.

Se queste sono le maggiori sfide della Provincia, allo stesso tempo il SSP può contare su un contesto socio-economico decisamente virtuoso, sia in termini di livello di sviluppo economico, con livelli di reddito e occupazione ai massimi livelli italiani, sia di livelli di istruzione della popolazione. Quanto sopra si riverbera in una distribuzione del reddito molto più equilibrata che nella media del contesto italiano, e con livelli di impoverimento e disagio legati alla Salute, di assoluta eccellenza.

Ovviamente reddito e istruzione, se sono fattori certamente facilitanti per le politiche sanitarie, implicano anche una sfida in termini di maggiore aspettativa della popolazione per quantità e qualità dei servizi ottenuti.

Nello specifico il confronto tra la P.A. di Trento e le altre ripartizioni geografiche, per i diversi indicatori presi in analisi, è stato effettuato relativamente all'ultimo anno in cui sono disponibili i dati regionali, prevalentemente 2016; segue poi, una analisi della loro dinamica rispetto al 2013.

1.2 Caratteristiche demografiche

Territorio

Il territorio della Provincia si estende per 6.207 km², ed è quasi interamente montuoso, oltre che caratterizzato da numerosi Comuni di piccole dimensioni e una bassa densità di popolazione: il Comune di Trento è il più popoloso con 117.703 abitanti (2017) con una densità abitativa pari a 745 ab./km²; il Comune meno popoloso è quello di Massimeno, che conta 127 abitanti e presenta una densità abitativa di soli 6 ab./ km².

Per garantire i servizi di cui i Comuni non potrebbero farsi carico singolarmente, nel 1971 sono state istituite le Comunità montane (L.P. n. 1102 del 3.12.1971), poi sostituite dai Comprensori, e dal 2006 (L.P. n. 3 del 16.06.2006¹) dalle piccole Comunità di valle, che rappresentano gli Enti territoriali locali della P.A. di Trento, posizionandosi ad un livello istituzionale intermedio fra i Comuni e la Provincia.

In particolare, il Trentino è suddiviso in 16 territori: in 15 di essi si è costituita la Comunità di Valle; sono esclusi alcuni Comuni, quali Trento, Aldeno, Cimone e Garniga Terme (insieme compongono il Territorio Val d'Adige) che svolgono le proprie funzioni in modo associativo tramite lo strumento della convenzione.

Come anticipato, il carattere prevalentemente montuoso del territorio trentino ha determinato una distribuzione non omogenea della popolazione: la maggior densità di popolazione

1 https://www.consiglio.provincia.tn.it/leggi-e-archivi/codiceprovinciale/archivio/Pages/Legge%20provinciale%2016%20giugno%202006,%20n.%203_15067.aspx

si riscontra infatti nelle vallate più basse, come il Territorio della Val d'Adige, la Vallagarina, l'Alta Valsugana e Bersntol e l'Alto Garda e Ledro, che presentano una densità superiore ai 100 ab./km². Le vallate più marcatamente alpine, che raggiungono altitudini più elevate (oltre 600 metri sopra il livello del mare), presentano un indice molto più basso di popolazione relativa: Val di Fassa (32 ab./km²), Val di Sole (26 ab./km²), Primiero-Vanoi (24 ab./km²).

Nel 2016 risulta che il 16,4% della popolazione trentina risiede in zone di montagna, ovvero con altitudine superiore ai 750 m sopra il livello del mare: rispetto al 2013 c'è stata una (ulteriore) riduzione del -1,2%, che conferma la tendenza della popolazione trentina a migrare verso zone dove risultano maggiormente accessibili i servizi.

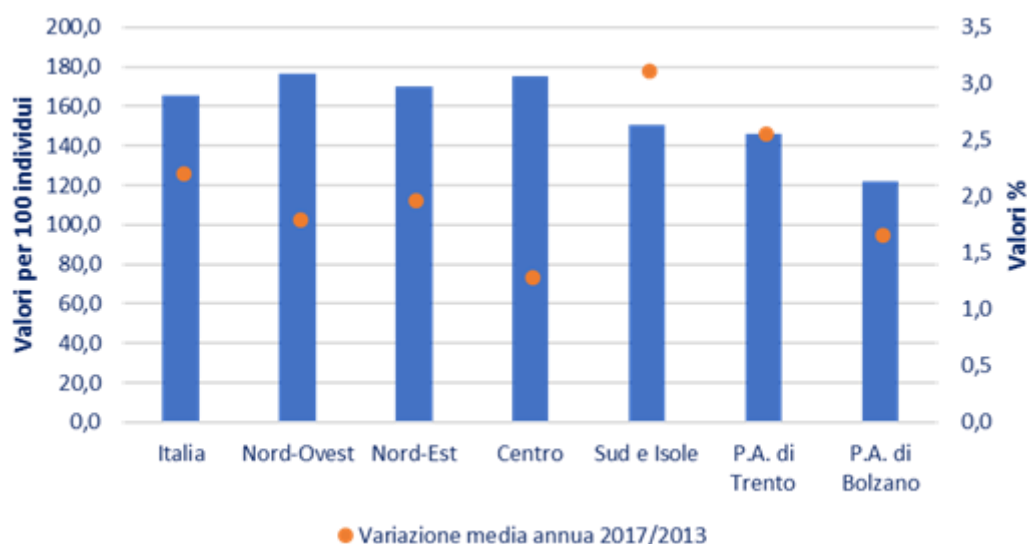
Tassi di dipendenza e vecchiaia

Il Trentino presenta un rapporto tra ultra-sessantacinquenni e giovani inferiore alla media nazionale registrando però negli ultimi anni un dato decisamente superiore alla media nazionale.

Nel 2017, in tutte le ripartizioni geografiche, si registra un indice di vecchiaia² superiore a 100 (Figura 1.1.): nella P.A. di Trento ci sono 146 ultra-sessantacinquenni ogni 100 giovanissimi (0-14 anni), a fronte di 163 registrati invece a livello nazionale e di 170 nella ripartizione geografica di afferenza.

Il dato più alto si registra nel Nord-Ovest del Paese, con 177 anziani ogni 100 giovani. Degno di nota è che l'incremento di questo indice in Trentino registrato negli ultimi quattro anni (2013-2017), è pari al +2,6% medio annuo, a fronte di uno molto più contenuto a livello nazionale (+0,4%); l'entità di tale aumento è sola seconda a quella del Mezzogiorno, pari al +3,1% medio annuo.

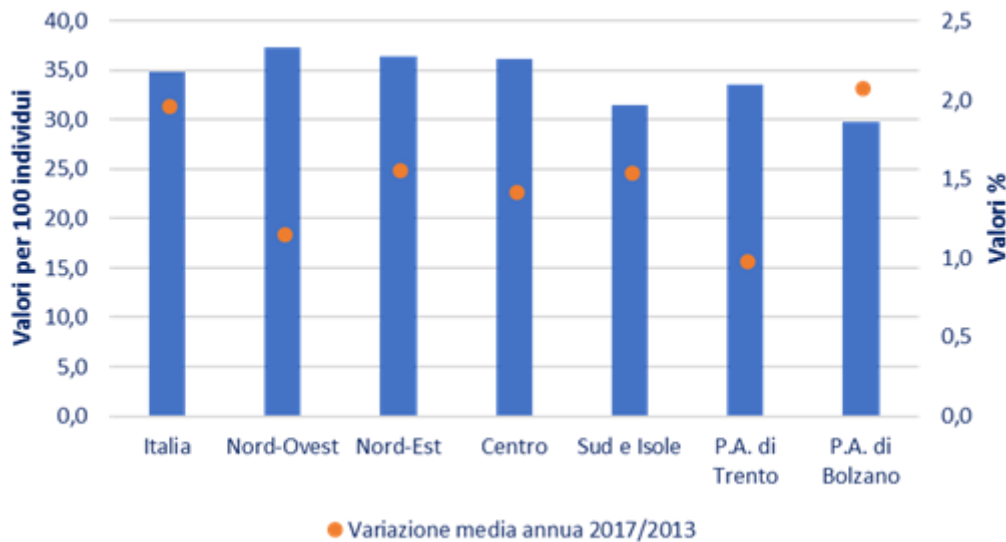
² L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani.

Figura 1.1 - Indice di vecchiaia, anno 2017


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Ogni 100 individui in età attiva, nella P.A. di Trento ci sono circa 33 anziani (indice di dipendenza anziani³) (2017), dato inferiore alla media nazionale (35) ma anche a quello registrato nella ripartizione geografica di appartenenza (36,4); nel periodo 2013-2017 tale indice è cresciuto con una variazione media annua del +1,0%, a fronte del +2,0% registrata invece a livello nazionale (Figura 1.2.).

³ Rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≥ 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (15-64).

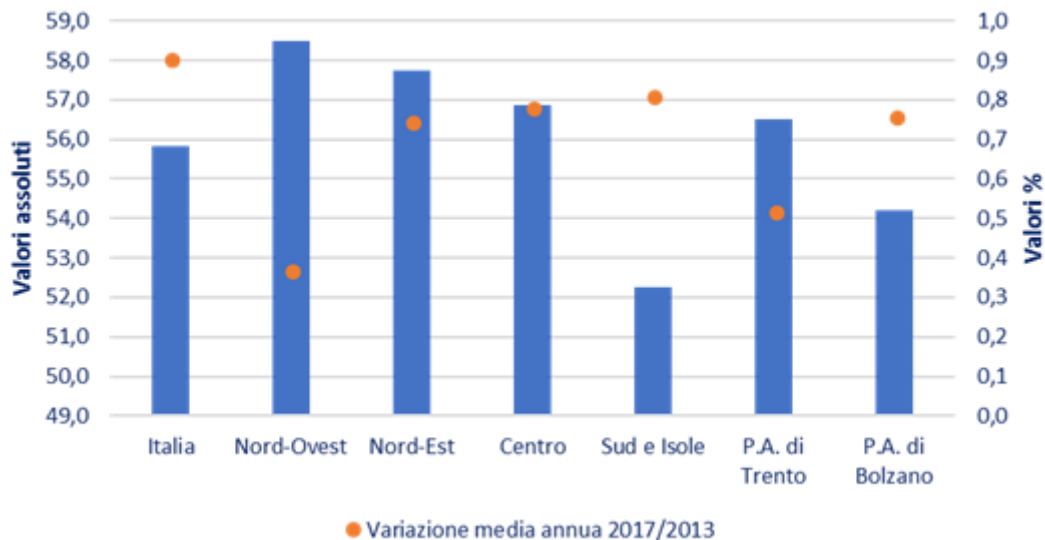
Figura 1.2 - Indice di dipendenza anziani, anno 2017


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

In tutte le aree analizzate, da Nord a Sud, si registra un indice di dipendenza strutturale⁴ superiore a 50 che testimonia una evidente situazione di squilibrio generazionale. In particolare, nel 2017, la P.A. di Trento registra un indice di dipendenza strutturale pari a 56,5, superiore a quello medio nazionale (55,8) ma inferiore a quello registrato nelle ripartizioni del Nord e del Centro. Tale rapporto appare in crescita rispetto al 2013, ma con una variazione media annua in Trentino, del +0,5%, inferiore a quella media nazionale (+0,9%) e di tutte le altre ripartizioni ad eccezione del Nord-Ovest (+0,4%). (Figura 1.3.).

⁴ Rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Figura 1.3 - Indice di dipendenza strutturale, anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Struttura familiare

Analizzando la composizione della struttura familiare trentina, emerge che negli ultimi vent'anni il numero medio di componenti in famiglia si è ridotto dello -0,6% annuo, passando da 2,7 (media 1995-1996) a 2,4 (media 2015-2016), stesso andamento rispetto al dato Italia. In particolare, sono aumentate le persone sole: infatti, nella P.A. di Trento, nel 2016, 31,9 famiglie ogni 100 con le stesse caratteristiche, sono monocomponente contro le 29,9 del 2013 (Tabella 1.7.). In definitiva quasi una famiglia su tre è unipersonale. La tendenza è comune a tutta la Penisola: in Italia si passa da 30,1 a 31,6 famiglie unipersonali ogni 100 persone con le stesse caratteristiche; l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo nel Centro Italia, passando da 32,1 a 34,4 famiglie monocomponente; la riduzione minima si riscontra invece nel Nord-Ovest del Paese: da 32,9 a 32,4.

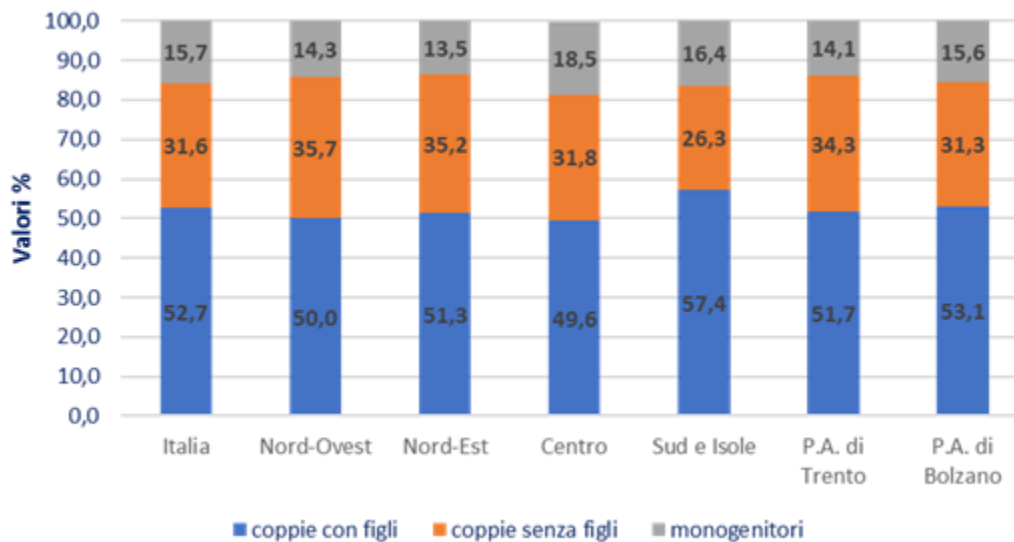
Tabella 1.1 – Famiglie unipersonali

Regione	2013 (per 100 pers. con stesse caratter.)	2016 (per 100 pers. con stesse caratter.)
Italia	30,1	31,6
Nord-Ovest	32,9	32,4
Nord-Est	29,9	31,7
Centro	32,1	34,4
Sud e Isole	27,4	29,4
P.A. di Trento	29,9	31,9
P.A. di Bolzano	30,6	34,2

Fonte: Istat

Nella P.A. di Trento si riduce notevolmente la quota di coppie con figli, passando dal 55,0% del 2013 al 51,7% del 2016 (-3,3 punti percentuali), dato inferiore alla media nazionale (52,7%); il dato è in controtendenza con quello del Nord-Est che registra un aumento delle coppie con figli di +0,7 punti percentuali passando dal 50,6% al 51,3%. Nel Centro e nel Sud e Isole si registrano le riduzioni più consistenti, rispettivamente -2,2 e -1,2 punti percentuali, seguite dal Nord-Ovest -0,8. A fronte della riduzione della quota di coppie con figli vi è un aumento della quota delle coppie senza figli: la P.A. di Trento registra un incremento di questa tipologia di famiglia passando dal 32,3% del 2013 al 34,3% (+2,0 punti percentuali); il dato nazionale è pari al 31,6% nel 2016 contro il 31,1% del 2013 (+0,5%). Il Centro è la ripartizione geografica che registra il maggior aumento delle coppie senza figli (dal 30,9% al 31,8%). Risulta in crescita anche la forma familiare del monogenitore che nel 2016 a Trento è pari al 14,1%, in aumento rispetto al 2013 di +1,5 punti percentuali (12,6%); in Italia è pari al 15,7%, in aumento rispetto al 2013 di +0,4 punti percentuali (15,3%).

Figura 1.4 - Struttura dei nuclei familiari, anno 2016

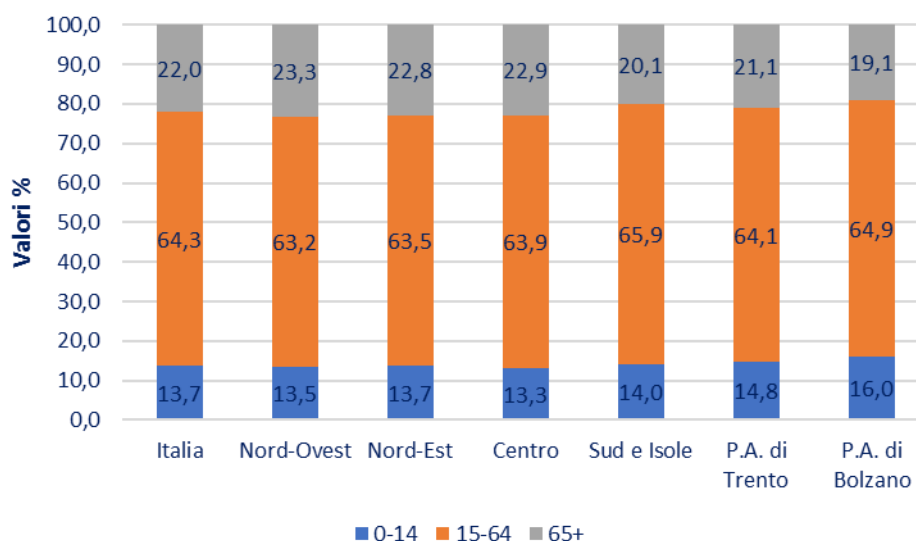


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Popolazione

La popolazione trentina risulta essere mediamente più giovane di quella italiana, con una maggior quota di giovani e una minore di anziani: ma, allo stesso tempo, è soggetta ad un processo di invecchiamento più rapido di quello riscontrato a livello nazionale, come anche da una dinamica di crescita demografica, che è in controtendenza con la riduzione prevista invece a livello nazionale.

Nella P.A. di Trento il 14,8% della popolazione ha meno di 14 anni, il 21,1% ha più di 65 anni, e la restante parte (64,1%) della popolazione ha una età compresa tra i 15 e i 64 anni (Figura 1.1.). Rispetto alla popolazione media italiana, e delle singole ripartizioni, si riscontra una quota sensibilmente maggiore degli *under 14* (13,7% media Italia) ed una inferiore degli *over 65* (22,0% della popolazione media italiana).

Figura 1.5 - Distribuzione della popolazione, anno 2016


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

L'età media, pari a 44,2 anni, risulta essere inferiore di 0,7 anni a quella media nazionale (44,9 anni), ma con un aumento negli ultimi quattro anni in valore assoluto maggiore rispetto a quello riscontrato a livello nazionale (+1,0 anno in Trentino vs. +0,9 in Italia); in particolare l'invecchiamento è risultato superiore a quello registratosi nelle ripartizioni del Nord-Ovest (da 44,9 a 45,7), del Nord-Est (da 44,6 a 45,5) e del Centro (da 44,9 a 45,6); di contro è inferiore a quella del Mezzogiorno, dove si registra l'aumento in valore assoluto più alto (+1,2 anni), ma a partire da una età media più bassa (43,7 nel 2017) (Tabella 1.1.).

Tabella 1.2 – Età media

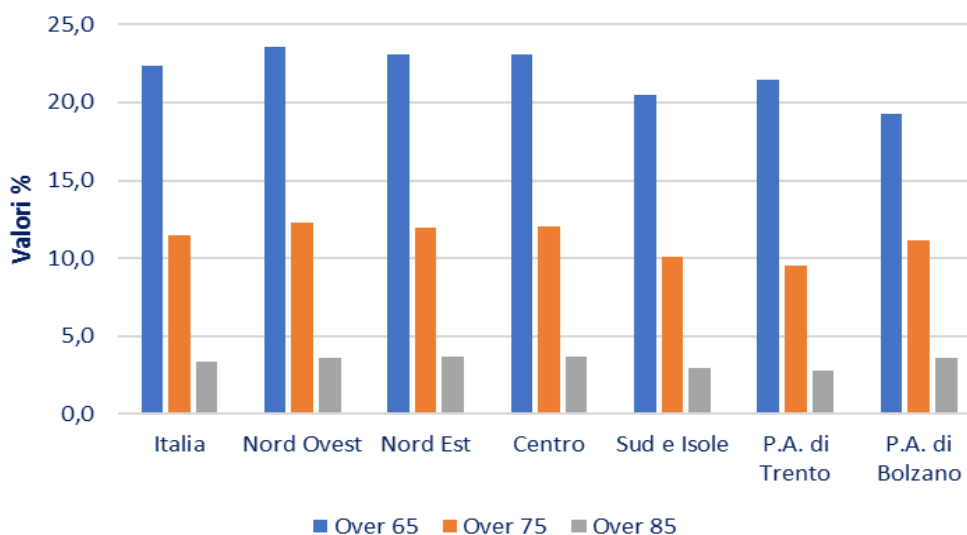
Regione	2013	2017	Differenza (anni)
Italia	44,0	44,9	+0,9
Nord-Ovest	44,9	45,7	+0,8

Tabella 1.2 – Età media

Regione	2013	2017	Differenza (anni)
Nord-Est	44,6	45,5	+0,9
Centro	44,9	45,6	+0,6
Sud e Isole	42,5	43,7	+1,2
P.A. di Trento	43,2	44,2	+1,0
P.A. di Bolzano	41,7	42,5	+0,8

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

In particolare, negli ultimi quattro anni (2013-2017) nella P.A. di Trento il calo delle nascite ha provocato una riduzione della numerosità delle coorti giovani.

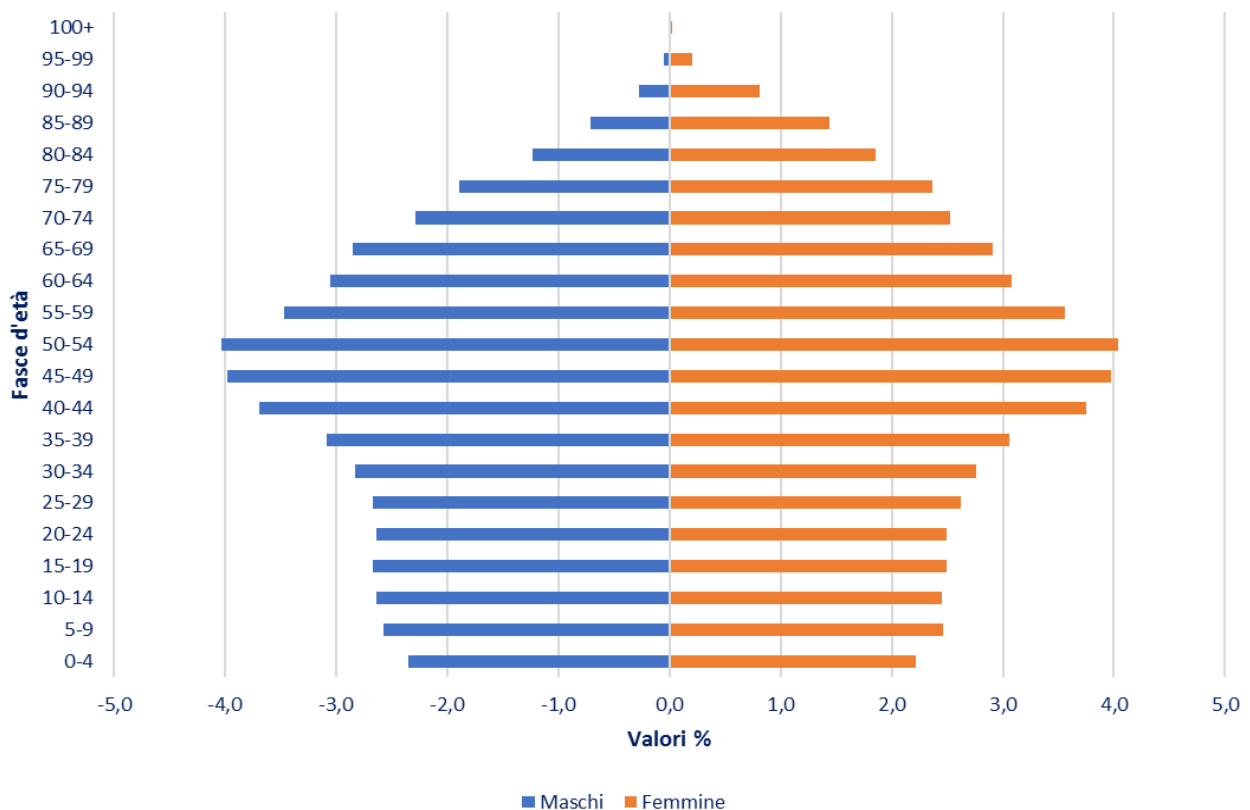
Figura 1.6 - Quota e composizione della popolazione anziana, anno 2017


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

I bambini nella fascia di età 0-4 anni si sono ridotti del -7,7%; la popolazione nella fascia di età 0-14 anni si è ridotta del -2,0% (da 80.719 individui nel 2013 a 79.075 nel 2017).

Nello stesso periodo, la popolazione residente anziana (over 75) è invece aumentata del +10,7%, passando da 52.850 a 58.841 individui, a fronte di un aumento del +9,3% a livello nazionale. Anche per gli over 65 la situazione non cambia: nella P.A. di Trento l'aumento è pari al +8,5% contro il +7,0% dato Italia. È degno di nota che in Trentino, negli ultimi venti anni, l'aumento degli over 65 è stato maggiore che nella media italiana (+1,8% medio annuo) e anche di tutte le ripartizioni.

Figura 1.7 - Popolazione residente al 1° gennaio 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 1.3 – Quota della popolazione anziana

	Over 65 (%)			Over 75 (%)			Over 85 (%)		
	1996	2006	2016	1996	2006	2016	1996	2006	2016
Italia	16,9	19,7	9,2	6,8	1,7	19,7	1,7	19,7	9,2
Nord-Ovest	17,8	21,0	9,6	7,2	1,9	21,0	1,9	21,0	9,6
Nord-Est	18,8	20,7	10,0	7,8	2,0	20,7	2,0	20,7	10,0
Centro	18,6	21,2	10,1	7,5	1,8	21,2	1,8	21,2	10,1
Sud e Isole	14,4	17,4	8,1	5,5	1,3	17,4	1,3	17,4	8,1
P.A. di Trento	17,4	18,7	9,3	7,0	2,1	18,7	2,1	18,7	9,3
P.A. di Bolzano	14,3	16,6	7,7	5,7	1,5	16,6	1,5	16,6	7,7

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Secondo le previsioni Istat, fra 50 anni la popolazione della P.A. di Trento sarà cresciuta del +13,8%, passando da 520.891 a 593.001 abitanti: il dato è in controtendenza rispetto alla riduzione del -12,1% prevista a livello medio nazionale (da 60,6 del 2016 a 53,3 milioni nel 2066).

In particolare, è previsto un aumento di +8,2 punti percentuali nella fascia degli over 75, inferiore rispetto a quanto previsto a livello nazionale (+9,3 punti): si noti che la previsione è in controtendenza con quanto verificatosi negli ultimi quattro anni (2013-2017), nei quali si è registrato un aumento in trentino superiore a quello riscontrato a livello nazionale (Tabella 1.3.). In prospettiva, la quota di popolazione over 65 e over 75 rimarrà (nel 2066) simile tra la P.A. di Trento e l'Italia, rispettivamente 30,4% e 33,0% (over 65), 18,8% e 20,5% (over 75). In particolare Trento, a fronte di un aumento della popolazione, registrerà un aumento della popolazione anziana maggiore rispetto all'Italia: tra il 2016 e il 2066, per gli over 65, aumenterà del +59,0% (da 113.373 individui del 2016 a 180.271 del 2066), contro un aumento dell'Italia pari al

+31,7%, e per gli over 75 del +95,1% (da 57.063 individui del 2016 a 111.320 del 2066), +60,5% per l'Italia.

Tabella 1.4 - Previsioni popolazione

Regione	2016	2066	Var. 2066/16	Var. media annua
Italia	60.665.551	53.326.370	-12,1%	-0,3%
Nord-Ovest	16.110.977	15.427.817	-4,2%	-0,1%
Nord-Est	11.643.601	10.935.157	-6,1%	-0,1%
Centro	12.067.803	11.478.798	-4,9%	-0,1%
Sud e Isole	20.843.170	15.484.598	-25,7%	-0,6%
P.A. di Trento	520.891	593.001	+13,8%	+0,3%
P.A. di Bolzano	538.223	598.423	+11,2%	+0,2%

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Il Trentino ha ancora un tasso di natalità superiore alla media nazionale e a tutte le altre ripartizioni geografiche: però sta riducendosi più velocemente rispetto all'Italia.

Si noti come nelle due PP.AA. di Trento e di Bolzano il tasso di natalità sia superiore alla media nazionale e delle diverse ripartizioni geografiche: 8,6 e 10,4 rispettivamente (2016). (Tabella 1.5.).

Passando ad analizzare geograficamente il fenomeno, nel 2016, nella P.A. di Trento sono nati 8,6 bambini ogni 1.000 abitanti, a fronte dei 7,8 nati in media in Italia. La riduzione registrata negli ultimi quattro anni (2013-2017) in Trentino, pari ad un nato (in meno) ogni 1.000 abitanti, è superiore a quella registrata a livello nazionale, pari a -0,7 unità ogni 1.000 abitanti (da 8,5 a 7,8), e in tutte le altre ripartizioni geografiche (Nord-Ovest da 8,5 a 7,7, Nord-Est da 8,6 a 7,8, Centro da 8,6 a 7,7, nel Sud e Isole da 8,5 a 8,0).

In Italia, nel 2016, sono stati iscritti in anagrafe 473.438 bambini nati, oltre 40.000 in meno rispetto al 2013 (-8,4%), una

riduzione che si è quasi raddoppiata rispetto a quella registrata nell'ultimo decennio, nel quale si è registrato un calo complessivo delle nascite del -14,2% (80.000 unità). Il calo è attribuibile principalmente alle nascite da coppie di genitori entrambi italiani: i nati da questa tipologia di coppia scendono di oltre 100.000 unità dal 2006 al 2016 (-22,3%). Ciò avviene per due fattori: le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno numerose e mostrano una propensione decrescente ad avere figli.

Tabella 1.5 – Quoziente di natalità

Regione	2013 (per 1.000 ab.)	2016 (per 1.000 ab.)	Differenza (per 1.000 ab.)
Italia	8,5	7,8	-0,7
Nord-Ovest	8,5	7,7	-0,8
Nord-Est	8,6	7,8	-0,8
Centro	8,6	7,7	-0,9
Sud e Isole	8,5	8,0	+0,5
P.A. di Trento	9,6	8,6	-1,0
P.A. di Bolzano	10,3	10,4	+0,1

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nell'ultimo decennio l'età media al parto nella P.A. di Trento è aumentata di quasi un anno (da 31,0 a 31,8), in linea con l'aumento che si è verificato a livello nazionale e nelle ripartizioni del Nord; nella ripartizione del Mezzogiorno si osserva uno spostamento in avanti di esattamente un anno (31,5); la P.A. di Bolzano e la ripartizione del Centro sono invece quelli che hanno registrato un aumento di minore entità, pari a 0,6 anni.

Tabella 1.6 – Età media al parto

Regione	2006	2016	Differenza
Italia	31,0	31,8	+0,8
Nord-Ovest	31,1	31,9	+0,8
Nord-Est	31,0	31,8	+0,8
Centro	31,5	32,1	+0,6
Sud e Isole	30,5	31,5	+1,0
P.A. di Trento	31,1	31,9	+0,8
P.A. di Bolzano	31,0	31,6	+0,6

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Si noti, ancora, che nonostante entrambe le PP.AA. di Trento e Bolzano presentino un tasso di fecondità⁵ superiore a quello medio italiano e delle diverse ripartizioni geografiche, 1,5 e 1,8 rispettivamente, a fronte di 1,3 della media nazionale, nel triennio 2013-2016 si è verificata nella prima una riduzione del numero medio di figlio per donna pari al -5,0%, superiore alla media nazionale che invece si riduce del -3,6%, mentre nella P.A. di Bolzano si registra un aumento del tasso di fecondità del +6,7% (da 1,7 nel 2013 a 1,8 nel 2016) (Tabella 1.7.).

Tabella 1.7 – Tasso di fecondità

Regione	2013	2016	Differenza
Italia	1,39	1,34	-0,05
Nord-Ovest	1,45	1,39	-0,06
Nord-Est	1,45	1,40	-0,05

⁵ Rapporto tra il numero totale dei nati vivi in un determinato periodo e la popolazione femminile in età feconda.

Tabella 1.7 – Tasso di fecondità

Regione	2013	2016	Differenza
Centro	1,39	1,31	-0,08
Sud e Isole	1,31	1,29	-0,02
P.A. di Trento	1,60	1,52	-0,08
P.A. di Bolzano	1,65	1,76	+0,11

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

1.3 Caratteristiche socio-economiche

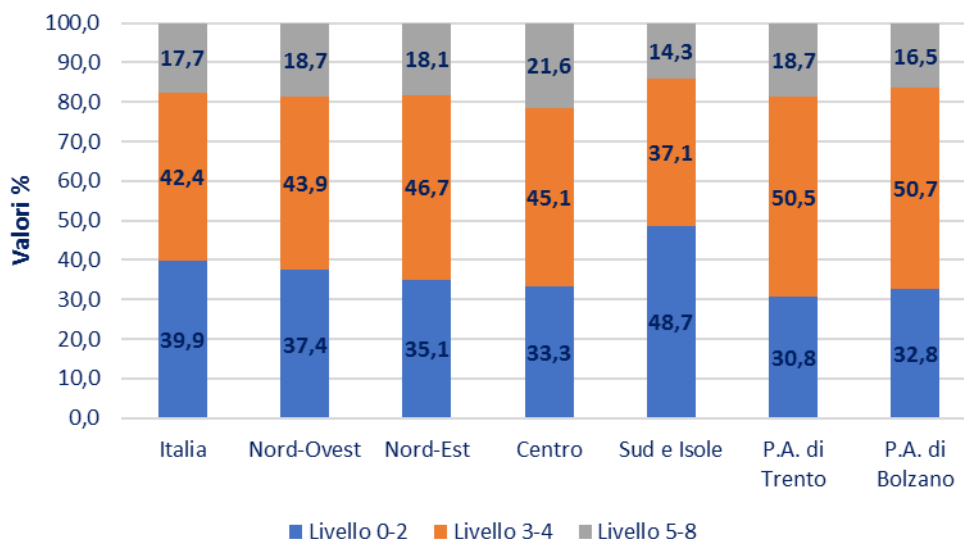
Istruzione

Nella P.A. di Trento, nel 2016, si osserva complessivamente un livello di istruzione della popolazione superiore alla media nazionale ed in continuo miglioramento. In particolare, tra il 2013 e il 2016, aumenta la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari, dato superiore alla media nazionale. Per quanto concerne i giovani tra i 18 e i 24 anni che abbandonano prematuramente gli studi, Trento registra un valore inferiore di circa il 50% rispetto al dato Italia ed inferiore anche alla P.A. di Bolzano, confermandosi una delle migliori Regioni italiane sui tassi di abbandono precoce agli studi. Anche la quota di “Neet” (giovani che non studiano e non lavorano) è inferiore alla media nazionale ed ha continuato a ridursi nel triennio considerato.

Nella P.A. di Trento, nel 2016, circa il 50% della popolazione residente è in possesso almeno del diploma e il 18,7% ha completato il ciclo di studi universitari, valore in miglioramento rispetto al 2013 di +2,1 punti percentuali (16,6%) e superiore alla media nazionale di un punto percentuale (17,7% Italia). La situazione rimane critica nel Sud e Isole con una quota di

popolazione in possesso della licenza media troppo alta rispetto al contesto nazionale (48,7% Mezzogiorno vs. 39,9% dato Italia) e troppo bassa per chi è in possesso di un titolo universitario (14,3% Sud vs. 17,7% Italia), anche se questi dati mostrano un miglioramento rispetto al 2013: per chi ha completato almeno il primo ciclo di studi (licenza media) si è passati infatti dal 50,0% del 2013 al 48,7% del 2016 (-1,3 punti percentuali), a scapito di un incremento di chi è in possesso di un'istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passando dal 14,0% del 2013 al 14,3% del 2016 (+0,3 punti percentuali).

Figura 1.8 - Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*), anno 2016



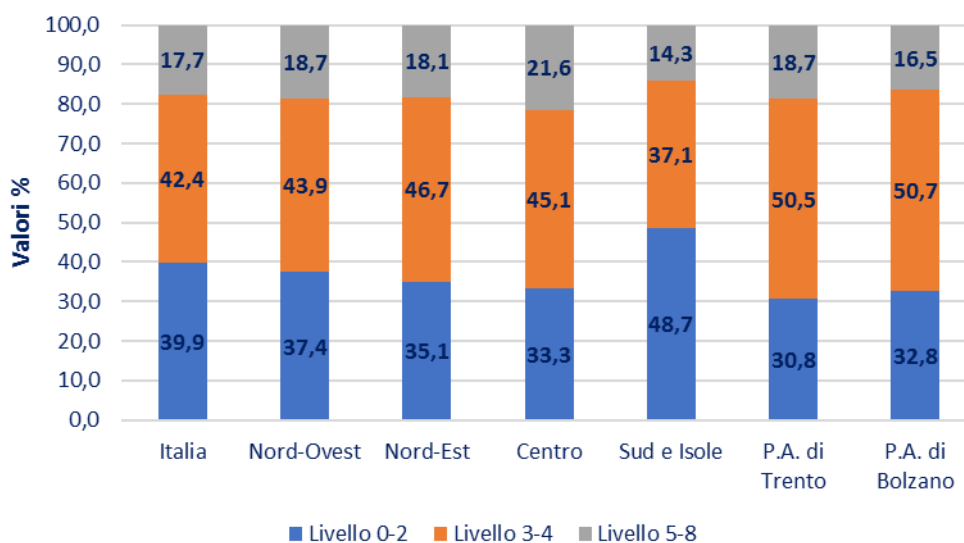
(*) livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8 : Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Anche la percentuale di giovani tra i 18 e 24 anni che abbandona prematuramente gli studi si è ridotta notevolmente (Figura 1.9.): nel 2016 la P.A. di Trento, con un tasso pari al 7,9%, si discosta di quasi la metà dal dato nazionale (13,8%) e di -3,2 punti

percentuali rispetto alla P.A. di Bolzano (11,1%). Inoltre nella P.A. di Trento, la percentuale di giovani che abbandona prematuramente gli studi è anche in miglioramento rispetto al 2013 (10,8% vs. 7,9% del 2016), registrando una riduzione di -2,9 punti percentuali e confermandosi una delle migliori Regioni italiane in termini di tasso di abbandono precoce agli studi. Anche se la situazione migliora in tutte le aree del Paese, si registra un miglioramento più consistente nelle Regioni settentrionali dove in media i giovani che abbandonano gli studi si sono ridotti del -3,4% contro il -2,7% per quelli presenti nelle aree meridionali, accentuando così il differenziale tra il Nord ed il Mezzogiorno.

Figura 1.9 - Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi, anno 2016

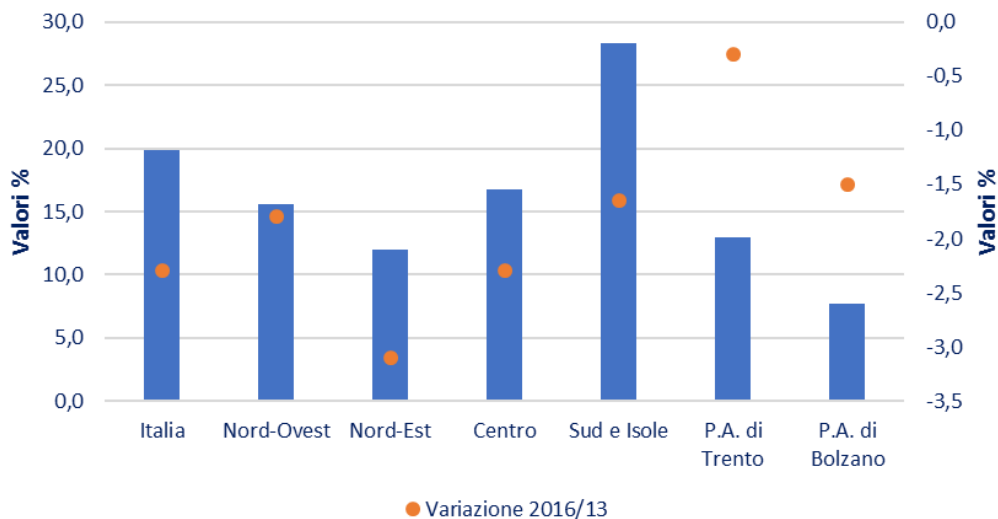


Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto riguarda i “Neet”, cioè i giovani in età compresa tra i 15 e i 24 anni che non studiano e non lavorano, nel 2016, a Trento si registra un tasso pari al 13,0% e in riduzione rispetto al 2013 di -0,3 punti percentuali (13,3%). Anche nella P.A. di Bolzano si registra una riduzione nel triennio considerato, passando dal 9,2%

del 2013 al 7,7% del 2016 (-1,5 punti), confermando che nelle Regioni del Nord la quota di “Neet” è inferiore alla media nazionale (19,9%) (Figura 1.10.). La quota di “Neet” nel Sud e Isole è oltre il doppio di quella del Nord (28,4% vs. 13,8%), pur registrando una diminuzione di -1,7 punti percentuali (30,0% nel 2013 vs. 28,4 nel 2016). È opportuno sottolineare che sul fenomeno dei “Neet” non incide soltanto il sistema educativo ma anche, e soprattutto, il mercato del lavoro, che da anni mostra un divario evidente tra Nord e Sud del Paese.

Figura 1.10 - Giovani che non lavorano e non studiano (Neet)



Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Occupazione

Da un punto di vista occupazionale, nel 2016, la P.A. di Trento registra un tasso di occupazione per la popolazione compresa tra i 20 e i 64 anni superiore a quello medio nazionale, ed anche il tasso di occupazione della popolazione tra i 55 e i 64 anni registra un valore superiore al dato medio italiano ed in crescita, delineando così un fenomeno di invecchiamento attivo,

in linea con l'obiettivo dell'Unione Europea di invecchiare in buona salute, ovvero partecipare alla vita collettiva, realizzarsi sul lavoro e avere una certa autonomia nella vita quotidiana.

Anche il tasso di inattività e di disoccupazione in Trentino, risultano essere significativamente inferiori, di quasi la metà, rispetto al dato Italia.

In particolare, nel 2016, nella P.A. di Trento risulta occupata il 71,4% della popolazione (61,6% in Italia, 70,1% nel Nord-Ovest, 71,3% nel Nord-Est, 66,5% al Centro e 47,0% al Sud e Isole) nella fascia di età 20-64 anni con un leggero squilibrio di genere (Tabella 1.8.): le donne occupate sono il 63,9%, dato comunque superiore alla media nazionale (51,6%) ed in aumento rispetto al 2013 (+1,9 punti percentuali), gli uomini occupati sono il 78,8%, dato superiore a quello italiano (71,7%). Il tasso di occupazione più basso si registra nel Sud e Isole (47,0%) con un evidente squilibrio di genere: 60,1% uomini e 34,2% donne.

Tale indicatore, considerando anche che l'obiettivo fissato dall'Unione Europea, che prevede nel 2020 una quota di popolazione occupata tra i 20 e 64 anni pari al 75,0%, fa ipotizzare una solidità strutturale del sistema economico trentino.

Tabella 1.8 – Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni per genere

	2013			2016		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	69,7	49,9	59,7	71,7	51,6	61,6
Nord-Ovest	75,8	60,4	68,1	78,5	61,8	70,1
Nord-Est	78,0	60,4	69,2	79,8	62,8	71,3
Centro	73,3	55,9	64,5	75,1	58,1	66,5
Sud e Isole	58,5	33,1	45,6	60,1	34,2	47,0
P.A. di Trento	78,9	62,1	70,5	78,8	63,9	71,4
P.A. di Bolzano	83,7	69,5	76,6	85,0	71,5	78,2

Fonte: Istat

Nella P.A. di Trento, l'occupazione nella fascia di età 55-64 anni è pari al 55,8%, valore in aumento rispetto al 2013 (47,5%) e superiore sia alla media italiana (50,3%) che a quella del Nord-Ovest e Nord-Est (52,2% e 53,4% rispettivamente), ma inferiore a quella della P.A. di Bolzano e del Centro (60,5% e 56,0%). (Tabella 1.9.).

Tabella 1.9 – Tasso di occupazione 55-64 anni

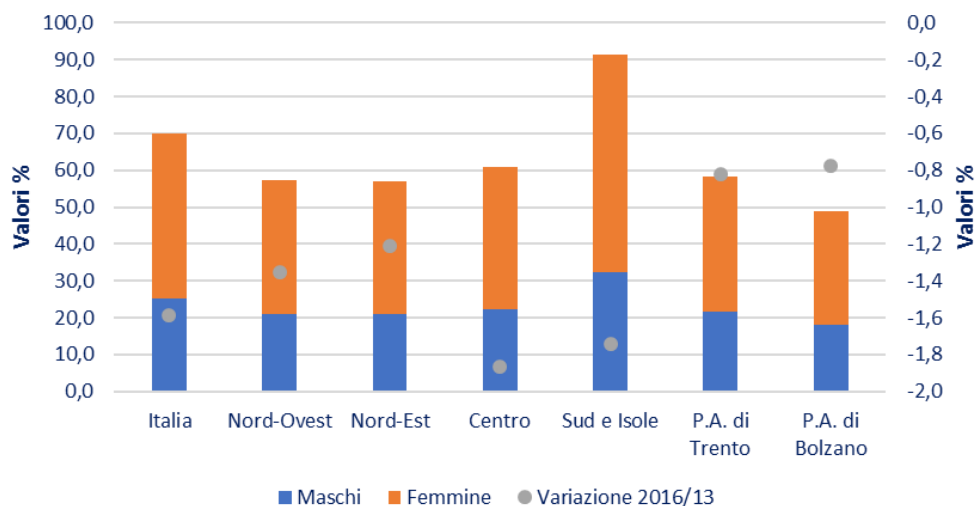
Regione	2013 (%)	2016 (%)
Italia	42,7	50,3
Nord-Ovest	44,4	52,2
Nord-Est	45,4	53,4
Centro	46,9	56,0
Sud e Isole	37,3	43,9
P.A. di Trento	47,5	55,8
P.A. di Bolzano	52,5	60,5

Fonte: Istat

Nel 2016 il tasso di inattività⁶ della popolazione della P.A. di Trento tra i 15 e 64 anni si attesta al 29,1%: abbastanza sostenuta l'inattività femminile (36,4%), contro il 21,8% di quella maschile. Il tasso di inattività risulta decisamente inferiore al dato Italia (-6,0%) ma superiore a quello della P.A. di Bolzano e del Nord-Est (rispettivamente 24,5% e 28,5%). Rispetto al 2013 si registra comunque una riduzione di tale indicatore, sia in generale che per sesso: -0,7% uomini, -1,0% donne e -0,8% totale (Figura 1.11.).

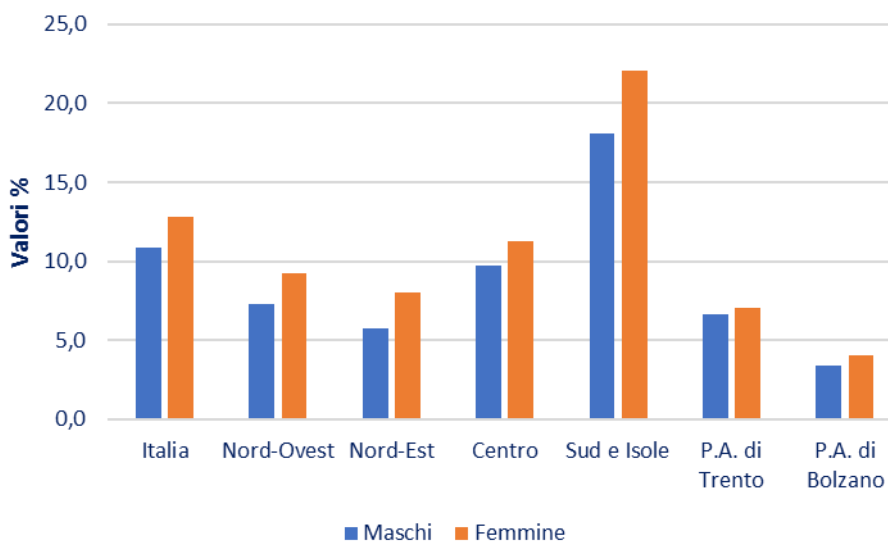
La propensione della popolazione a offrirsi sul mercato del lavoro al Nord e nella P.A. di Trento è abbastanza alta, in particolare per il genere maschile.

⁶ Rapporto tra gli inattivi e la corrispondente popolazione di riferimento. Gli inattivi comprendono le persone che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o disoccupate.

Figura 1.11 - Tasso di inattività 15-64 anni, anno 2016


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Il Trentino presenta un tasso di disoccupazione pari a circa la metà di quello medio nazionale, 6,8% vs. 11,7%, in linea con quello della ripartizione di afferenza ed inferiore a quello registrato nel Nord-Ovest (8,1%) (Figura 1.12.). Il tasso maggiore di disoccupazione, come noto, si riscontra nel Mezzogiorno (19,6%).

Figura 1.12 - Tasso di disoccupazione, anno 2016


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Concentrandoci sulla popolazione giovane, il tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) è pari in Trentino al 24,2%, con una crescita di +0,8 punti percentuali rispetto al 2013. Anche in questa fascia di popolazione il livello di disoccupazione riscontrato nella Provincia è inferiore a quello nazionale pari al 37,8% (40,0% nel 2013): il tasso di disoccupazione giovanile delle donne italiane (39,6%) supera quello maschile di +3,2 punti, nel Nord-Ovest di +5,1 punti, nel Sud e Isole di +4,3 punti e nella P.A. di Bolzano di +4 punti (Tabella 1.10.).

Tabella 1.10 – Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) per genere

	2013			2016		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	39,0	41,5	40,0	36,5	39,6	37,8
Nord-Ovest	35,0	33,3	34,3	29,9	35,0	32,1
Nord-Est	24,8	30,3	27,2	19,3	22,0	20,4
Centro	36,2	43,3	39,3	35,9	38,8	37,1
Sud e Isole	50,2	53,8	51,6	50,0	54,4	51,7
P.A. di Trento	20,8	27,1	23,4	22,6	26,6	24,2
P.A. di Bolzano	10,5	14,5	12,1	7,3	10,6	8,8

Fonte: Istat

Produzione e reddito

Tra il 2013 e il 2016, nella P.A. di Trento si registra un aumento del PIL, anche per residente: il dato in crescita nel triennio considerato risulta migliore di quello nazionale e della ripartizione geografica di appartenenza (Nord-Est).

In particolare, nel 2016 (ultimo anno disponibile), la P.A. di Trento, ha registrato un PIL pari a € 18.847 mln., con un incremento del +2,5% rispetto al 2013 (€ 18.391 mln.).

Si consideri che nello stesso periodo nella P.A. di Bolzano si è registrata una crescita del PIL da € 20.725 mln. del 2013 a € 22.189 mln. del 2016 (+7,1%), e nel Nord-Est italiano, da € 365.410 mln. del 2013 a € 387.778 mln. del 2016 (+6,1%) (Tabella 1.11.).

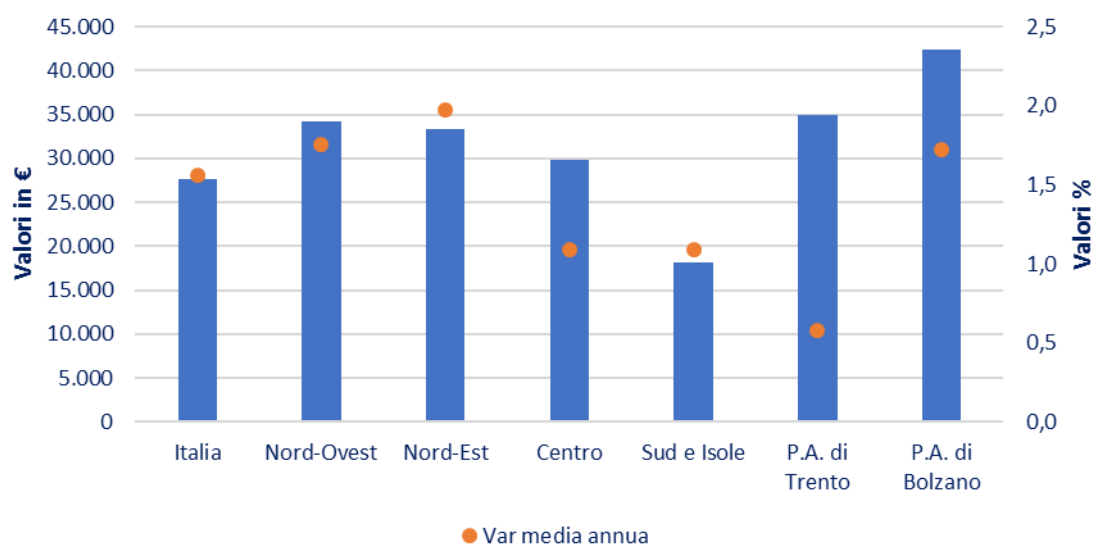
A livello nazionale, il PIL, espresso in milioni di euro a prezzi correnti, è cresciuto nel triennio 2013-2016 del +1,6% medio annuo, passando da € 1.604.599 mln. del 2013 a € 1.680.523 mln. del 2016. In termini nominali, il PIL è cresciuto in tutte le Regioni, ma in modo particolare in quelle del Nord, passando da € 888.264 mln. del 2013 a € 939.209 mln. del 2016 (+1,9% medio annuo), contro una crescita più contenuta nel Centro e nel Sud e Isole del Paese (rispettivamente +1,2% e +1,1%).

Il PIL pro-capite, a prezzi correnti, della P.A. di Trento, nel 2016, è pari a € 35.005, valore superiore alla media nazionale del +26,3% (€ 27.719) e alla ripartizione geografica di afferenza del +5,1% (Nord-Est pari a € 33.324) (Figura 1.13.). In particolare, le PP.AA. di Trento e Bolzano registrano un PIL pro-capite simile a quello austriaco (€ 40.424), superiore del +15,5% rispetto a quello di Trento ma addirittura inferiore del -4,8% rispetto a quello di Bolzano, dimostrando che il livello di reddito delle PP.AA. è molto simile a quello “d’oltre alpe”. In particolare in Austria, nel 2016, la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria rappresenta il 10,4% di cui il 7,8% spesa pubblica e il 2,6% spesa privata. La P.A. di Trento, nonostante livelli di PIL pro-capite superiori alla media, ha registrato nel periodo considerato un incremento medio annuo del +0,6%, sebbene di minore entità rispetto a quello medio nazionale (+1,6%), e delle Regioni del Nord-Ovest e Nord-Est (+1,8% e +2,0% rispettivamente).

Tabella 1.11 – Prodotto Interno Lordo

Regione	2013 (€ mln)	2016 (€ mln)	Var. 2016/13	vma 2016/2013
Italia	1.604.599	1.680.523	+4,7%	+1,6%
Nord-Ovest	522.855	551.431	+5,5%	+1,8%
Nord-Est	365.410	387.778	+6,1%	+2,0%
Centro	347.714	360.885	+3,8%	+1,2%
Sud e Isole	366.905	379.406	+3,4%	+1,1%
P.A. di Trento	18.391	18.847	+2,5%	+0,8%
P.A. di Bolzano	20.725	22.189	+7,1%	+2,3%

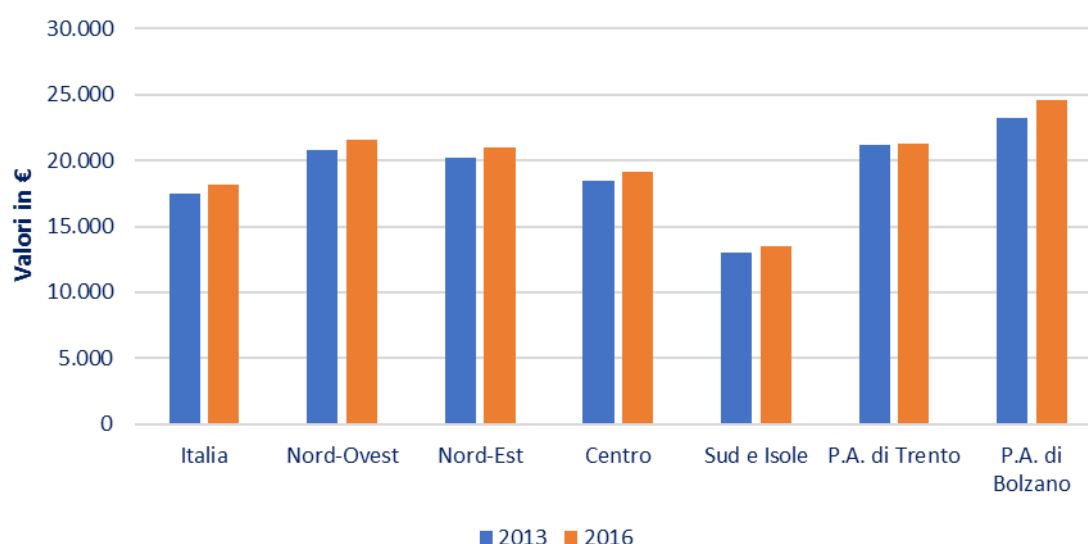
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.13 - PIL pro-capite, anno 2016


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Passando all'analisi del reddito medio disponibile delle famiglie, nel 2016, la P.A. di Trento, con un valore pari a € 21.255 (€ 1.771 mensili) (Figura 1.14.), cresciuto del +0,2% medio annuo rispetto al 2013, supera di € 3.064 il valore medio nazionale (€ 18.191) e di € 267 quello medio della ripartizione Nord-Est (€ 20.988). Nel Sud e Isole, nel 2016, si registra il reddito medio disponibile più basso e pari a € 13.531 (€ 1.127 mensili), anche se aumentato del +1,4% rispetto al 2013.

Figura 1.14 - Reddito disponibile pro-capite



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

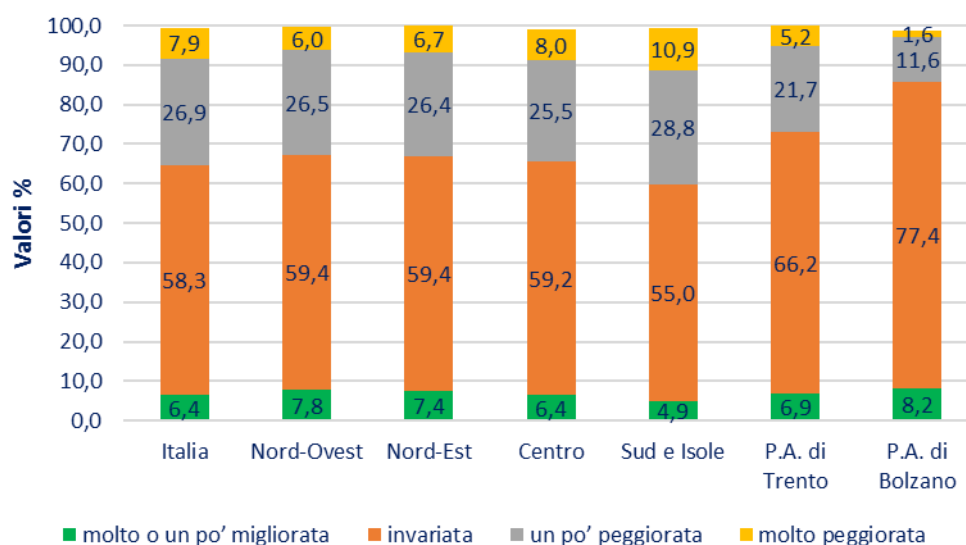
Anche la percezione delle famiglie sulla situazione economica risulta migliore della media nazionale.

Nel 2016, nella P.A. di Trento, la quota di famiglie che pensano che la situazione economica sia molto o un po' migliorata rispetto all'anno precedente è il 6,9%, contro il 3,3% del 2013 (+3,6 punti percentuali) e si riduce notevolmente la quota di chi valuta la situazione molto peggiorata (dall'11,2% del 2013 al 5,2% del 2016).

La percezione di stabilità è aumentata in tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare per le famiglie del Centro. La

situazione più critica rimane per le famiglie del Sud e Isole, per le quali la quota di quelle che dichiarano molto peggiorata la loro situazione economica è il 10,3%, quasi il doppio di quelle del Nord-Est.

Figura 1.15 - Famiglie per giudizio sulla situazione economica rispetto all'anno precedente, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Anche in termini di distribuzione del reddito, il Trentino risulta essere una realtà virtuosa, con un livello di povertà inferiore alla media nazionale e con un solido sistema equitativo, anche in ambito sanitario.

In particolare, l'incidenza di povertà individuale relativa⁷ (per 100 persone con le stesse caratteristiche) è ben al di sotto della media nazionale: 7,9 e 14,0 rispettivamente, ma in aumento rispetto all'anno precedente (7,1 nel 2015). Per confronto, nel periodo preso in esame, il Mezzogiorno presenta una incidenza

⁷ La stima dell'incidenza della povertà relativa (percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà), che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi.

invariata tra il 2015 ed il 2016 (23,5) e molto alta rispetto alle altre ripartizioni geografiche e al dato nazionale (Tabella 1.12.).

Tabella 1.12 – Incidenza di povertà individuale relativa (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Regione	2013	2016
Italia	13,7	14,0
Nord-Ovest	8,8	8,9
Nord-Est	7,3	7,7
Centro	9,7	10,7
Sud e Isole	23,5	23,5
P.A. di Trento	7,1	7,9
P.A. di Bolzano	--	--

Fonte: Istat

Secondo i dati Istat, nel 2016 si stima che 1.619.000 famiglie (6,3% delle famiglie residenti) siano in condizione di povertà assoluta⁸, per un totale di 4.742.000 di individui (7,9% dell'intera popolazione). Sempre nello stesso anno si stima siano 2.734.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 10,6% delle famiglie residenti), per un totale di 8.465.000 individui (14,0% della popolazione). L'incidenza di povertà individuale relativa, nel 2016, risulta stabile in Italia rispetto al 2015 (da 13,7 a 14,0) e nel Nord-Ovest del Paese (da 8,8 del 2015 a 8,9 del 2016).

⁸ L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una famiglia con determinate caratteristiche, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile. Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e per tipo di comune di residenza).

Non ci si può esimere dal tracciare un quadro delle principali differenze a livello regionale in termini di disuguaglianza dei redditi. Un primo indicatore che esprime in maniera sintetica la distanza fra i redditi è il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione e quello dal 20% più povero che nel 2016 è pari nella P.A. di Trento a 4,8 cioè il quinto più ricco ha un reddito superiore di quasi 5 volte rispetto a quello più povero (Tabella 1.13.). Quindi a Trento si registra una disuguaglianza del reddito inferiore sia al dato nazionale di (6,3) che al Nord (4,9), mentre nel Mezzogiorno la disuguaglianza è nettamente superiore rispetto al contesto nazionale (7,5), soprattutto per effetto della bassa occupazione giovanile e della maggiore diffusione delle famiglie monoreddito.

Tabella 1.13 – Diseguaglianza del reddito disponibile

Regione	2016
Italia	6,3
Nord-Ovest	4,9
Nord-Est	5,8
Centro	7,5
Sud e Isole	4,8
P.A. di Trento	4,0
P.A. di Bolzano	6,3

Fonte: Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2017)

Focalizzando l'analisi sugli aspetti equitativi relativi al sistema sanitario, si prendono in considerazione alcuni indicatori elaborati da diversi anni dal C.R.E.A. Sanità: quota famiglie impoverite⁹,

⁹ Famiglie che a causa delle spese *out of pocket* scendono al di sotto della soglia di povertà relativa.

quota famiglie soggette a spese catastrofiche¹⁰ e quota di famiglie con disagio economico per spese sanitarie¹¹. Nel 2015 il Trentino Alto Adige (non è disponibile il dato separato per P.A. di Trento e P.A. di Bolzano) risulta essere la “Regione” con la più bassa quota di famiglie impoverite a causa di spese sanitarie *out of pocket* e pari allo 0,1%, contro una media nazionale pari all'1,4%. Lo stesso vale per l'indicatore quota di famiglie con disagio economico per spese sanitarie: il Trentino Alto Adige è la Regione che ne presenta la quota più bassa (2,7%) ed inferiore più del doppio rispetto a quella italiana (5,7%). Per quanto riguarda il fenomeno della catastroficità delle spese sanitarie OOP in Trentino, nel 2015, risultano averne sofferto l'1,5% delle famiglie residenti, un dato confortante se lo si paragona a quello nazionale (2,8%).

1.4 Conclusioni

La popolazione trentina risulta essere in media più giovane di quella italiana, con una maggior quota di giovani e una minore di anziani, ma soggetta ad un processo di invecchiamento più rapido di quello riscontrato a livello nazionale: in quattro anni l'età media è aumentata di un anno raggiungendo i 44,2 anni.

Gli *over 65* rappresentano il 21,1% della popolazione, in linea con la media italiana (22,0%), con un aumento negli ultimi quattro anni superiore a quello medio nazionale.

Lo stesso per gli *over 75* che hanno registrato negli ultimi anni un aumento maggiore a quello medio italiano.

Nei prossimi cinquant'anni in Trentino è prevista una crescita della popolazione, in controtendenza con la riduzione prevista a livello nazionale.

¹⁰ Famiglie le cui spese sanitarie *out of pocket* superano il 40% della loro *capacity to pay* (disponibilità a sostenere spese al netto di quelle della sussistenza).

¹¹ Indicatore di sintesi delle famiglie che rinuncia alle cure per motivi economici, famiglie impoverite, famiglie soggette a spese catastrofiche.

In particolare, gli over 65 rappresenteranno il 30,4% della popolazione trentina, gli over 75 il 18,8%, quote rispettivamente inferiori alla media nazionale, registrando però un aumento della popolazione anziana over 65 del +59,0% e degli over 75 del +95,1%, di gran lunga superiore all'aumento che si registrerà in Italia.

La quota di popolazione anziana (over 75) anni aumenterà complessivamente di +8,2 punti percentuali tra il 2016 e il 2066, anche se meno rispetto al dato nazionale.

Essendo il numero di anziani in carico inferiore alla media nazionale e in minor crescita negli ultimi anni rispetto alla media italiana, è ragionevole pensare che si tratta di un profilo di anziano "attivo", fenomeno confortato anche dalla presenza di un tasso di occupazione nella fascia 55-64 anni superiore alla media nazionale.

Complessivamente i trentini presentano un livello di istruzione superiore alla media nazionale ed in continuo miglioramento: la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari, è aumentata più della media nazionale; i giovani tra i 18 e i 24 anni che abbandonano prematuramente gli studi sono circa la metà rispetto alla media nazionale; ed anche la quota di giovani che non studiano e non lavorano è inferiore alla media nazionale ed ha continuato a ridursi nel triennio considerato.

Da un punto di vista occupazionale, in Trentino si registra un tasso di occupazione superiore alla media nazionale.

Da un punto di vista economico è nota la solidità della Provincia che presenta un PIL pro-capite decisamente superiore alla media nazionale ed in continua crescita; anche il reddito medio disponibile delle famiglie è in crescita e risulta essere maggiore rispetto a quello medio italiano.

Il sistema trentino sembra garantire un livello di equità superiore alla media nazionale, in generale e in ambito sanitario: la disuguaglianza dei redditi è inferiore alla media italiana e delle realtà del Nord, così come anche la quota di famiglie povere che è decisamente inferiore alla media nazionale. Focalizzandosi

sull'ambito sanitario, il Trentino Alto Adige registra la più bassa quota di famiglie che si sono impoverite a causa delle spese sanitarie *out of pocket*, così come la più bassa quota di famiglie con disagio economico per spese sanitarie *out of pocket*.

2. Esiti di salute della popolazione

Come detto nel capitolo precedente, è evidente la relazione fra sviluppo demografico e socio-economico e salute: relazione peraltro molto complessa, specialmente nei suoi nessi causali, sui quali il dibattito scientifico non è ancora arrivato a posizioni completamente condivise.

Senza pretesa di entrare nella complessa questione cennata, di seguito si tenta di fornire una prima indicazione dei risultati aggregati in termini di esiti di salute, confrontando il sistema Trentino con il resto del Paese.

In sintesi, il quadro generale appare decisamente positivo. Per quanto riguarda la mortalità, nel 2016, in Trentino, si registra un tasso standardizzato inferiore al dato nazionale; analogo risultato vale per il tasso di mortalità infantile, che risulta anche in continua diminuzione. Mentre si riducono le cause di morte su tutto il territorio nazionale per le malattie del sistema respiratorio e per tumore, in Trentino si riducono anche per le malattie cardiovascolari (che in Italia continuano ad aumentare). Inoltre, il Trentino risulta primo tra le Regioni italiane per l'indicatore giorni perduti per mortalità evitabile, prevenibile e trattabile. La P.A. di Trento registra anche un basso livello di cronicità: le persone di oltre 15 anni che dichiarano di essere affette da almeno una malattia cronica grave sono inferiori rispetto alla media nazionale e alla ripartizione geografica di afferenza (Nord-Est). Nel 2016, l'aspettativa di vita nella P.A. di Trento è maggiore rispetto a quella media nazionale. Stesso *trend* per la speranza di vita a 65 anni, maggiore del dato Italia di quasi un anno e in miglioramento rispetto al 2013. Approfondendo l'analisi sulla qualità della sopravvivenza, l'indicatore Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore nella P.A. di Trento superiore sia a quello della P.A. di Bolzano che a quello nazionale.

2.1 Stato di salute

Entrando nel particolare, nel 2016, la speranza di vita alla nascita a Trento è pari a 83,9 anni (83,3 nel 2013), superiore al dato Italia (82,8), alla P.A. di Bolzano (83,5), alla media del Nord-Ovest (83,1), del Nord-Est (83,3), del Centro (83,1) e del Mezzogiorno (82,1). L'analisi della dinamica della sopravvivenza osservata negli ultimi anni conferma le differenze di genere anche per il 2016: in Trentino le donne risultano più longeve (86,3 donne vs. 81,4 uomini) con una differenza di quasi cinque anni (4,9), dato in linea con quello nazionale (85,0 anni per le donne vs. 80,6 anni per gli uomini) e di tutte le ripartizioni geografiche (Tabella 2.1.). Occorre però osservare come tale *gap* si sia ridotto rispetto al 2013. Sul territorio nazionale si conferma il divario Centro-Nord e Sud e Isole, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno.

Tabella 2.1 – Speranza di vita alla nascita

	2013			2016		
	Uomini	Donne	Differenza Donne-Uomini (anni)	Uomini	Donne	Differenza Donne-Uomini (anni)
Italia	79,8	84,6	4,8	80,6	85,0	4,4
Nord-Ovest	80,0	84,9	4,9	80,8	85,3	4,5
Nord-Est	80,4	85,2	4,8	81,0	85,6	4,6
Centro	80,0	84,8	4,8	80,9	85,3	4,4
Sud e Isole	79,2	83,9	4,7	79,9	84,3	4,4
P.A. di Trento	80,8	85,8	5,0	81,4	86,3	4,9
P.A. di Bolzano	80,8	85,6	4,8	81,1	85,9	4,8

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Anche in termini di speranza di vita a 65 anni il dato è favorevole al sesso femminile (Tabella 2.2.): nella P.A. di Trento

sono 23,2 gli anni per le donne contro 19,8 per gli uomini, con una differenza di 3,4 anni. La speranza di vita a 65 anni si attesta a 21,5 anni per i trentini, superiore alla media nazionale (20,7) di quasi un anno (0,8) ed in aumento rispetto al 2013 di 0,5 anni (21,0).

Tabella 2.2 – Speranza di vita a 65 anni

	2013			2016		
	Uomini	Donne	Differenza Donne - Uomini (anni)	Uomini	Donne	Differenza Donne - Uomini (anni)
Italia	18,6	22,0	20,3	19,1	22,3	20,7
Nord-Ovest	18,6	22,2	20,4	19,1	22,5	20,8
Nord-Est	18,8	22,5	20,7	19,4	22,7	21,1
Centro	18,7	22,1	20,4	19,3	22,5	20,9
Sud e Isole	18,2	21,5	19,9	18,7	21,8	20,3
P.A. di Trento	19,0	23,0	21,0	19,8	23,2	21,5
P.A. di Bolzano	19,3	22,9	21,1	19,7	23,3	21,5

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Altro indicatore utile per valutare lo stato di salute della popolazione è la speranza di vita in buona salute alla nascita. Dall'indagine "Il benessere equo e sostenibile in Italia" dell'Istat risulta che nel 2016 un trentino può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 65,5, ben 6,7 anni in più rispetto alla media degli italiani, con un incremento di 3,1 anni negli ultimi quattro anni. Il valore dell'indicatore è decisamente più basso nel Mezzogiorno, 56,6 anni nel 2016 (+1,2 rispetto al 2013); segue il Centro registra invece un decremento della speranza di vita in assenza di malattie invalidanti di quasi mezzo anno (0,4 anni), raggiungendo nel 2016 i 58,3 anni (Tabella 2.3.).

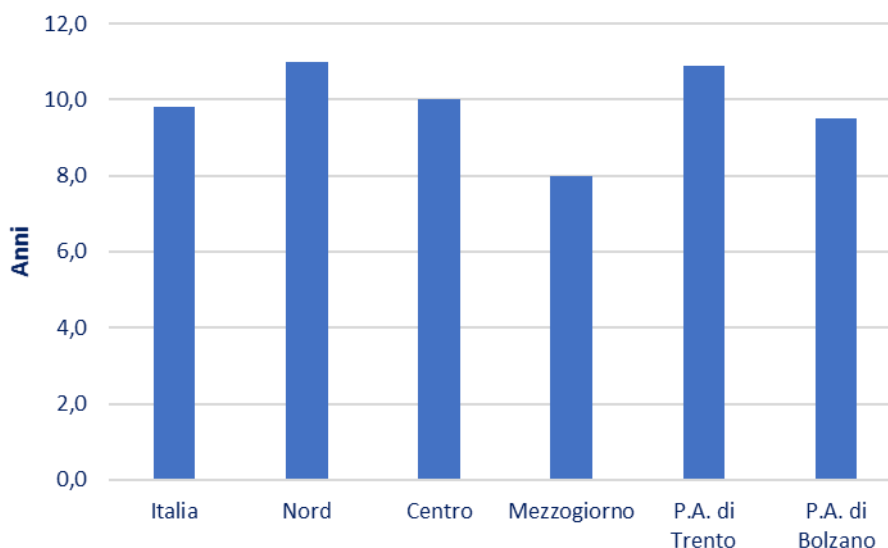
Tabella 2.3 – Speranza di vita in buona salute alla nascita

Regione	2013	2016
Italia	58,3	58,8
Nord-Ovest	60,1	60,5
Nord-Est	58,7	58,3
Centro	55,5	56,6
Sud e Isole	62,4	65,5
P.A. di Trento	62,4	65,5
P.A. di Bolzano	69,1	69,3

Fonte: Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2017)

In termini di qualità della sopravvivenza è stato preso in analisi l'indicatore Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, (Figura 2.1.) che assume nella P.A. di Trento un valore pari a 10,9 anni, superiore sia a quello della P.A. di Bolzano (9,5) che a quello nazionale (9,8).

Figura 2.1 - Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane, anno 2016

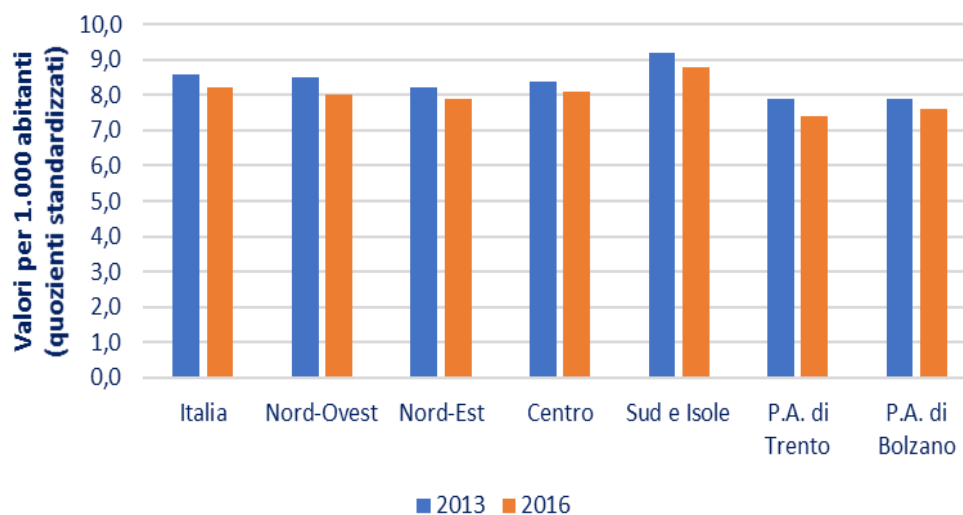


Fonte: Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2017)

In Trentino si registra un tasso standardizzato di mortalità pari a 7,4 (per 1.000 abitanti), inferiore alla media nazionale ed in miglioramento rispetto al 2013 (7,9); il tasso è inferiore anche a quello della P.A. di Bolzano (7,6) e a quello della ripartizione di afferenza (7,9). Confrontando le ripartizioni geografiche, è il Mezzogiorno a registrare un tasso di mortalità più alto (8,8 per 1.000 abitanti), sebbene in riduzione rispetto al 2013 del -4,3% (9,2) (Figura 2.2.).

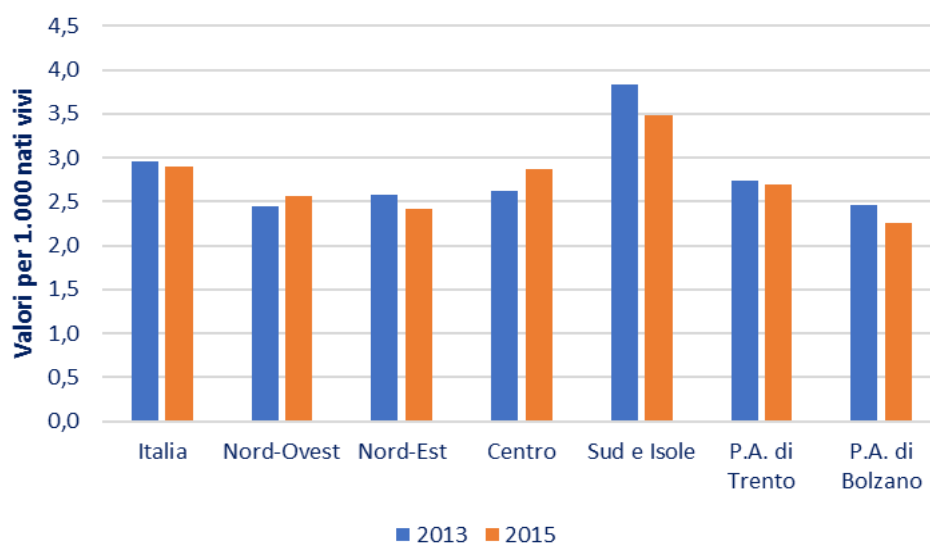
Nel 2015, ultimo anno disponibile, risulta essere inferiore alla media nazionale anche il tasso di mortalità infantile con un valore pari a 2,7 decessi ogni 1.000 nati vivi (Italia pari a 2,9), di poco superiore a quello della P.A. di Bolzano (2,3). Da sottolineare che per la prima volta in assoluto il tasso di mortalità infantile, in Italia, è sceso al di sotto dei 3 decessi ogni 1.000 nati vivi.

Figura 2.2 - Tasso standardizzato di mortalità, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.3 - Tasso di mortalità infantile, anno 2016



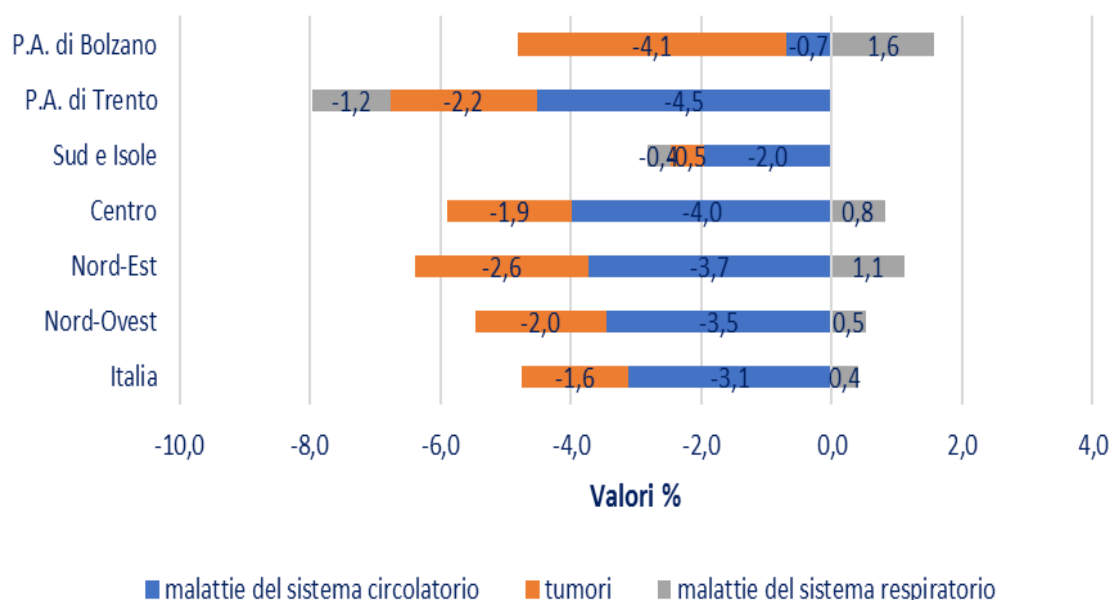
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

A livello di ripartizione geografica si registra il minore tasso di mortalità inferiore nel Nord-Est (2,4 decessi ogni 1.000 nati vivi), il Mezzogiorno il più alto (3,5 ogni 1.000 nati vivi); 2,9 decessi ogni 1.000 nati vivi nel Centro (Figura 2.3.).

Nella P.A. di Trento è confermato il *trend* nazionale delle cause di morte: al primo posto ci sono le malattie del sistema circolatorio con il 36,0% (1.805 decessi), seguite dai tumori maligni con il 29,6% (1.485 decessi), e dalle malattie del sistema respiratorio con il 6,3% (316 decessi).

A livello nazionale queste tre cause di morte spiegano circa il 70% del totale dei decessi (Figura 2.4.): in Italia si sono registrati 642.459 decessi di cui il 37,1% per malattie del sistema circolatorio (238.262) ed in particolare malattie ischemiche del cuore, il 27,7% per tumori maligni (178.232) e il 7,5% (48.350) per malattie del sistema respiratorio (polmonite, influenza, asma, altre malattie del sistema respiratorio). In Trentino, rispetto al 2005, si è registrata una riduzione dei decessi per tutte le tre principali cause di morte: per le malattie del sistema circolatorio si passa dal 40,5% del totale dei decessi del 2005 al 36,0% del 2015 (-4,5 punti percentuali), per i tumori dal 31,9% al 29,6% (-2,2 punti percentuali) e per le malattie del sistema respiratorio dal 7,5% al 6,3% (-1,2 punti percentuali). Si registra una riduzione di mortalità per le malattie del sistema circolatorio in tutte le ripartizioni geografiche analizzate, soprattutto in Centro (-4,0 punti percentuali) e per i tumori, in particolare al Nord-Est (-2,6 punti); aumentano i decessi per le malattie del sistema respiratorio ad eccezione del Trentino e del Sud: +0,4 in Italia, +0,5 nel Nord-Ovest, +1,1 nel Nord-Est e +0,8 al Centro, +1,6 punti a Bolzano.

**Figura 2.4 - Le principali cause di morte
(Variazione 2015/2005)**



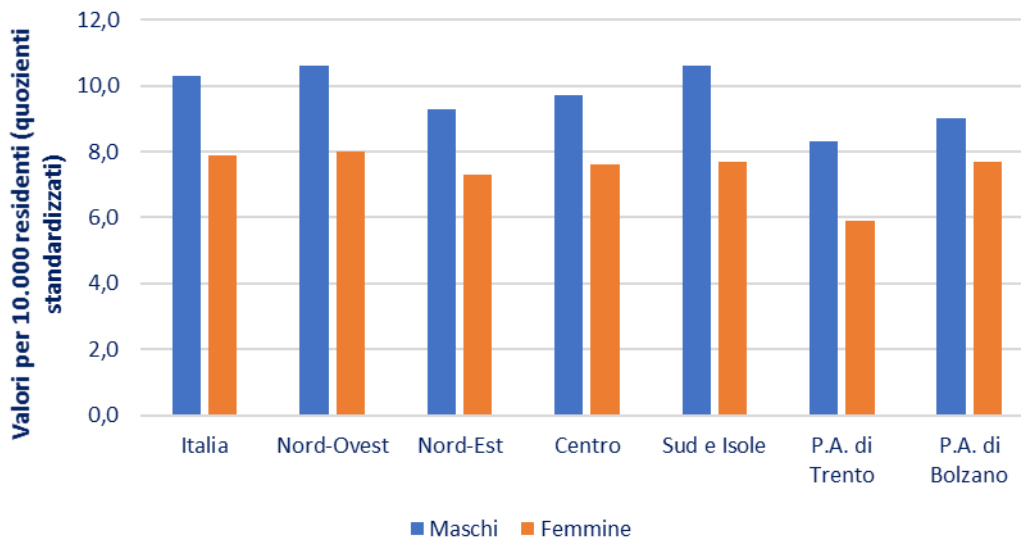
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Dal rapporto AIOM-AIRTUM¹² risulta che, nel 2014, il tasso standardizzato di mortalità per tumore, per le persone di 20-64 anni, in Italia si attesta a 9,0 ogni 10.000 residenti. Trento e Bolzano presentano dei tassi di mortalità inferiori alla media nazionale: 7,1 e 8,3 rispettivamente. In Trentino si registrano 8,3 morti per tumore ogni 1.000 uomini e 5,9 ogni 1.000 donne, in linea il gap di genere nazionale (10,3 vs. 7,0). Il Mezzogiorno risulta essere la ripartizione con il maggior tasso di mortalità per tumore, con 10,6 decessi ogni 1.000 uomini e 7,7 ogni 1.000 donne.

È interessante osservare come rispetto all'anno precedente ci sia stata una riduzione del tasso femminile del -14,6% e di quello maschile del -1,0%.

¹² Aiom – Associazione Italiana di oncologia medica
Airtum – Associazione Italiana registri tumori

Figura 2.5 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore persone di 20-64 anni, anno 2014



Fonte: elaborazione su dati Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2017) - © C.R.E.A. Sanità

Approfondendo l'analisi sulla mortalità è utile porre l'attenzione sull'indicatore giorni perduti per mortalità evitabile¹³. L'Eurostat definisce una morte evitabile se, alla luce delle conoscenze mediche e tecnologiche oppure della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (trattabili) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (prevenibili). A livello regionale, il Trentino Alto Adige (non è disponibile il dato separatamente per le due PP.AA. di Trento e Bolzano) ha scalato posizioni negli anni nella classifica

¹³ L'indicatore giorni perduti per mortalità evitabile pro-capite è calcolato tenendo conto della distanza fra l'età alla morte e la speranza di vita alla medesima età (stimata al netto dei decessi evitabili): ciò consente di confrontare territori e cause attribuendo agli eventi un peso maggiore al diminuire dell'età alla morte.

regionale (Tabella 2.4.), fino a raggiungere, nel 2015, la prima posizione, ovvero registrando il minor livello di giorni perduti standardizzati pro-capite per mortalità evitabile, per i decessi avvenuti prima dei 75 anni e per entrambi i generi: per i maschi i giorni perduti per mortalità evitabile sono 20,79, dato inferiore rispetto a quello registrato dalle Regioni del Nord-Est (circa 20,99 giorni), per le donne 11,44, seguito dal Veneto (11,75).

Rispetto all'anno precedente si è registrato in Trentino un ulteriore miglioramento: i giorni perduti per mortalità evitabile passano, per i maschi, da 21,60 giorni del 2013 a 20,79 del 2015, e per le femmine, da 12,32 giorni del 2013 a 11,44 del 2015, con una riduzione pari quasi ad un giorno in entrambi i generi.

Inoltre, il Trentino Alto Adige conferma la sua prima posizione in classifica anche per i giorni perduti rispetto alle sole cause trattabili, ovvero evitabili attraverso cure sanitarie di buona qualità: per i maschi sono 8,41 giorni, e confrontando il dato con le Regioni del Nord-Est, segue il Veneto con 9,65 giorni e l'Emilia Romagna con 9,95; per le donne sono 7,04 i giorni perduti per cause trattabili, seguono il Veneto con 7,56 e l'Emilia Romagna con 7,93.

**Tabella 2.4 – Classifica mortalità evitabile per regione e genere
Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni, anno 2015**

Regioni	Maschi	Femmine
Trentino Alto Adige	20,79	11,44
Marche	20,87	11,75
Emilia Romagna	21,06	11,95
Veneto	21,13	12,12
Toscana	21,21	12,46
Lombardia	21,73	12,62
Umbria	21,79	12,77
Liguria	22,07	13,03

**Tabella 2.4 – Classifica mortalità evitabile per regione e genere
Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni, anno 2015**

Regioni	Maschi	Femmine
Friuli Venezia Giulia	22,75	13,17
Puglia	23,02	13,20
Italia	23,36	13,20
Piemonte	23,77	13,42
Molise	24,06	13,46
Abruzzo	24,35	13,48
Lazio	24,69	13,48
Basilicata	25,00	13,61
Sicilia	25,46	13,68
Calabria	25,53	13,73
Valle d'Aosta	25,97	14,07

Fonte: Rapporto MEV(i), 2018

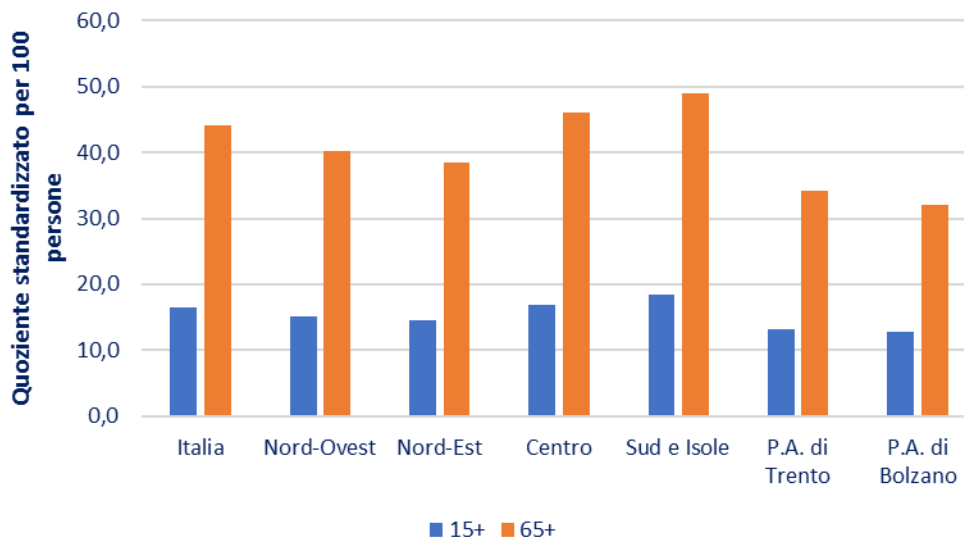
In un contesto di progressivo aumento dell'aspettativa di vita non si può non considerare l'incidenza delle patologie croniche, descritto dall'indicatore tasso standardizzato di persone con almeno una o più malattie croniche.

Nella P.A. di Trento, nel 2015, sono 13,2 (ogni 100 con le stesse caratteristiche) le persone di oltre 15 anni che dichiarano di essere affette da almeno una malattia cronica grave¹⁴ (Figura 2.6.), oltre tre in meno rispetto alla media nazionale (16,5) e più di uno in meno rispetto alla ripartizione geografica di afferenza (14,5).

¹⁴ Diabete, infarto, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cirrosi epatica, tumore maligno, alzheimer, demenze senili, parkinsonismo, insufficienza renale.

Anche per le persone over 65 con almeno una malattia cronica grave la P.A. di Trento registra un tasso inferiore a quello nazionale (34,2 contro 44,2) e della sua ripartizione geografica (34,2 contro 38,4). Dal confronto territoriale emerge che sono soprattutto al Sud le persone che dichiarano di essere affette da una malattia cronica (18,5 per gli over 15 e 49,0 per gli over 65) mentre al Nord la media è di 14,9 per gli over 15 e di 39,3 per gli over 65.

Figura 2.6 - Tasso standardizzato di persone con almeno una malattia cronica grave, anno 2015

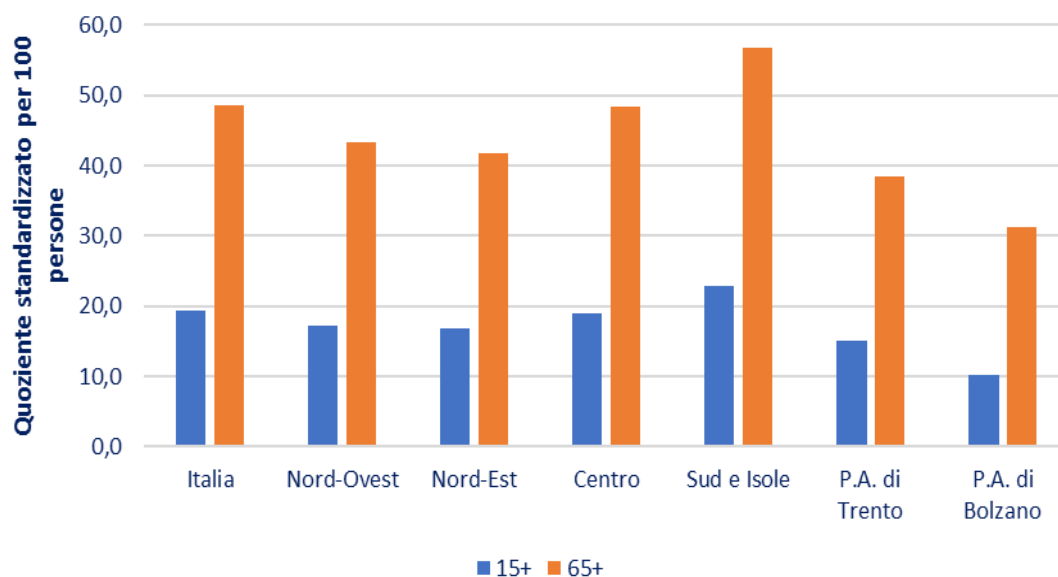


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Lo stesso trend si osserva per le persone che dichiarano di essere affette da tre o più malattie croniche gravi (calcolato su una lista di 21 malattie croniche): nel 2015, nella P.A. di Trento, ci sono 15 persone over 15 ogni 100 con le stesse caratteristiche, con almeno tre malattie croniche: dato inferiore alla media nazionale di 4,3 punti percentuali (19,3) e a quella del Nord-Est (16,9) (Figura 2.7.). Circa 10 persone over 65 in meno rispetto alla media nazionale, dichiarano di essere affette da tre o più malattie croniche (38,4 nella P.A. di Trento e 48,6 in Italia), e 2,4 in meno

rispetto al Nord-Est (41,8). L'incidenza della cronicità è superiore al Sud rispetto al Nord: nel Mezzogiorno sono quasi 57 persone over 65, ogni 100 con le stesse caratteristiche, che dichiarano di avere almeno tre o più malattie croniche gravi, contro una media di 42,6 del Nord (+8,2).

Figura 2.7 - Tasso standardizzato di persone con almeno tre malattie croniche gravi, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

2.2 Conclusioni

Anche in termini di esiti di salute il quadro generale della popolazione trentina risulta essere decisamente positivo. Per quanto riguarda i decessi, si registra un tasso standardizzato di mortalità inferiore a quello medio nazionale, anche per quella infantile, che risulta anche in continua diminuzione. A livello nazionale si riducono i decessi per le malattie del sistema respiratorio e per il tumore (seconda e terza causa di morte del Paese), ma in Trentino si riducono anche quelli per le malattie

cardiovascolari (prima causa di morte). Il Trentino Alto Adige rappresenta anche la Regione col minor numero in assoluto di giorni perduti per mortalità evitabile, prevenibile e trattabile.

La speranza di vita alla nascita e a 65 anni, dei trentini, è superiore alla media nazionale ed in progressivo miglioramento negli ultimi anni. Si delinea un quadro migliore di quello nazionale anche in termini di disabilità: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore nella P.A. di Trento superiore sia a quello della P.A. di Bolzano che a quello nazionale, che assume nella P.A. di Trento un valore pari a 10,9 anni, nella P.A. di Bolzano pari a 9,5 e quello nazionale pari a 9,8. Nel 2016 un trentino può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 65,5, ben 6,7 anni in più rispetto alla media degli italiani, con un incremento di 3,1 anni negli ultimi quattro anni. Anche il fenomeno della cronicità risulta essere decisamente contenuto rispetto a quello medio nazionale.

In conclusione, se si delinea un contesto socio-demografico per la P.A. di Trento decisamente positivo, dovuto sicuramente ad una congerie di aspetti quali il benessere economico e sociale, nonché gli stili di vita adottati dalla popolazione, è indubbio che gli esiti di salute sembrano indicare l'assoluta efficacia delle politiche sanitarie in atto, con molti indicatori su cui il Trentino è in prima posizione a livello nazionale.

3. Offerta socio-sanitaria

La P.A. di Trento, nell'esercizio delle competenze che le sono attribuite ai sensi dello Statuto speciale, e in conformità ai principi della normativa statale e comunitaria, garantisce la tutela e la promozione della salute come diritto fondamentale del cittadino e interesse della comunità, assicurando, mediante il Servizio Sanitario Provinciale (SSP), i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quelli aggiuntivi definiti in ambito provinciale (com. 1, art. 1, L.P. n. 16 del 23.7.2010).

Tabella 3.1 - Legislazione socio-sanitaria - P.A. di Trento

Normativa	Fonte	Descrizione
L.P. n. 13 del 27.7.2007	B.U. n. 32 del 7.8.2007	Legge provinciale sulle politiche sociali
L.P. n. 16 del 23.7.2010	B.U. n. 30 del 27.7.2010, suppl. n. 3	Legge provinciale sulla tutela della salute
D.G.P. n. 2389 del 18.12.2015	Nd	Piano per la salute del trentino 2015-2025
D.G.P. n. 2539 del 29.12.2016	Nd	Definizione della nuova macro organizzazione dell'APSS

Fonte: Bollettino Ufficiale della Regione autonoma Trentino - Alto Adige, sito web APSS Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), istituita con L.P. n. 10 del 1° aprile 1993, è pertanto deputata a gestire le attività sia sanitarie, che socio-sanitarie, e per l'intero territorio provinciale.

L'articolo 9 della Legge Provinciale sulle politiche sociali (L.P. n. 13 del 27 luglio 2007), prevede che "la programmazione sociale è attuata in coerenza con il piano provinciale per la salute e si esplica mediante l'adozione del programma sociale provinciale e

dei piani sociali di comunità previsti dall'articolo 12 in una dinamica d'interazione e aggiornamento reciproco” e che la Provincia approvi e aggiorni il programma sociale provinciale sulla base della rilevazione dei bisogni e delle altre indicazioni emergenti dai piani sociali di comunità. Conseguentemente, l'articolo 12 della medesima Legge prevede che i piani sociali di comunità concorrano alla formazione del programma sociale provinciale.

In sintesi, il piano provinciale per la salute è lo strumento di pianificazione delle politiche sia sociali che sanitarie provinciali, in coerenza con le strategie di riferimento nazionali e internazionali e con gli obiettivi del programma di sviluppo provinciale.

Tabella 3.2 - Piano per la salute del Trentino – obiettivi

Macro-obiettivi tematici	Macro-obiettivi trasversali
<ol style="list-style-type: none">1. Più anni di vita in buona salute.2. Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute.3. Un sistema socio-sanitario con la persona al centro.	<ol style="list-style-type: none">1. Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà.2. Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione.

Fonte: Piano per la salute del Trentino (2015-2025)

L'ultimo Piano per la salute del Trentino (2015-2025), in seguito al parere favorevole del Consiglio delle autonomie locali e l'approvazione della Quarta Commissione, è stato approvato il 18.12.2015 dalla Giunta provinciale. Le finalità strategiche sono state declinate in 3 macro-obiettivi tematici e 2 macro-obiettivi trasversali.

La D.G.P. n. 2539 del 29.12.2016 definisce la nuova macro organizzazione dell'APSS con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio, rafforzare il governo unitario del Servizio

Ospedaliero Provinciale (SOP), e garantire una maggiore omogeneità dei servizi offerti.

In coerenza con la macro organizzazione dell'APSS, è stato approvato il nuovo regolamento di organizzazione dell'Azienda (D.G.P. n. 1183 del 21.7.2017 e comunicato n. 1980 del 24.7.2017), e definita la nuova configurazione delle Strutture del SOP e del neo costituito Servizio Territoriale (ST). La nuova articolazione organizzativa prevede quindi:

- tre articolazioni organizzative fondamentali, al posto delle precedenti sei: il SOP, il nuovo ST e il Dipartimento di Prevenzione (DP)
- Il ST è ripartito in tre aree, cure primarie, riabilitazione, e salute mentale, e subentra nelle funzioni dei singoli distretti sanitari
- la riorganizzazione del SOP prevede 7 Aree trasversali: Area medica, Area medica specialistica, Area chirurgica, Area chirurgica specialistica, Area materno infantile, Area servizi, Area emergenza
- un modello organizzativo secondo un "approccio per processi", finalizzato a favorire una visione globale dell'organizzazione aziendale in cui il paziente/utente è coinvolto e parte attiva.

La riorganizzazione nasce dall'esigenza di adattare l'offerta ospedaliera ai bisogni emergenti della popolazione.

Un'offerta sempre più orientata a potenziare sistemi di *governance* territoriale, in risposta alle previsioni di crescita della popolazione trentina, fatto in controtendenza con l'andamento nazionale, ed anche del suo più veloce processo di invecchiamento.

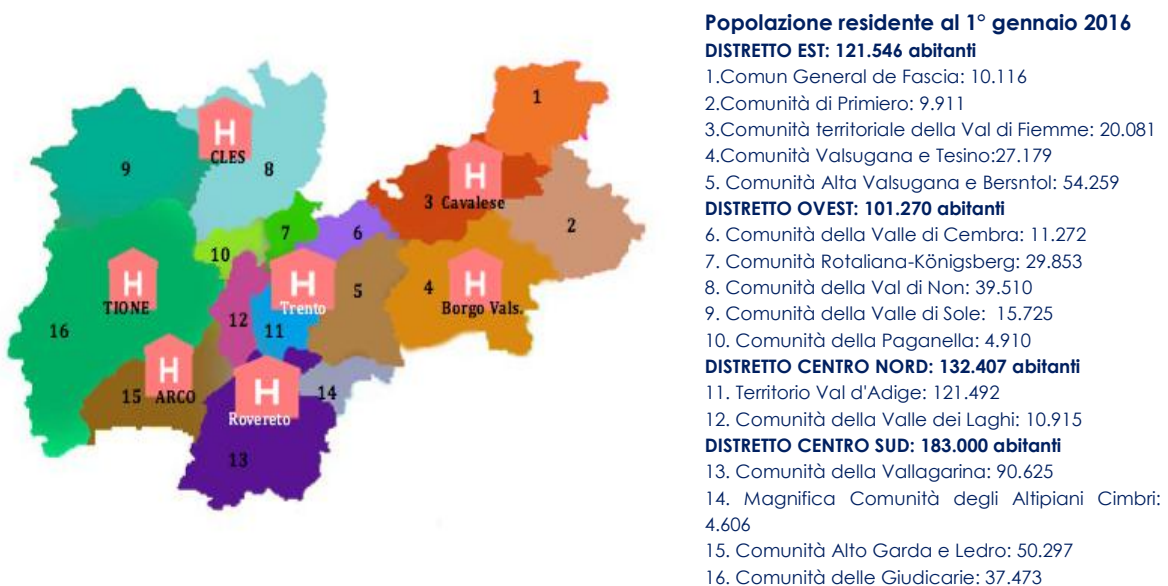
Non essendo ancora a regime l'implementazione della riorganizzazione dell'Azienda, l'analisi dell'offerta provinciale è stata effettuata sui dati relativi al 2016, considerando la dinamica nel periodo 2013-2016: il confronto con le altre ripartizioni geografiche è stato possibile effettuarlo al 2013, ultimo anno per cui sono stati resi disponibili i dati di tutte le Regioni italiane.

3.1 Strutture sanitarie

Il SOP è l'articolazione organizzativa fondamentale, in tema di assistenza ospedaliera, deputata a dare attuazione, organizzativa, gestionale ed operativa ai compiti istituzionali dell'APSS e alle scelte strategiche della Direzione aziendale, attraverso l'erogazione di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero e ambulatoriale¹⁵.

Il Distretto sanitario, in accordo con la programmazione aziendale, garantisce invece i servizi di assistenza sanitaria relativamente alle cure primarie e alla salute mentale nell'ambito territoriale di competenza, anche mediante l'integrazione con il DP e con il SOP.

Figura 3.1 - Rete ospedaliera – P.A. di Trento, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati APSS Trento © C.R.E.A. Sanità

¹⁵ Regolamento di organizzazione APSS.

Il SOP coordina e gestisce l'offerta ospedaliera secondo un modello *Hub & Spoke*, articolando l'assistenza su due livelli:

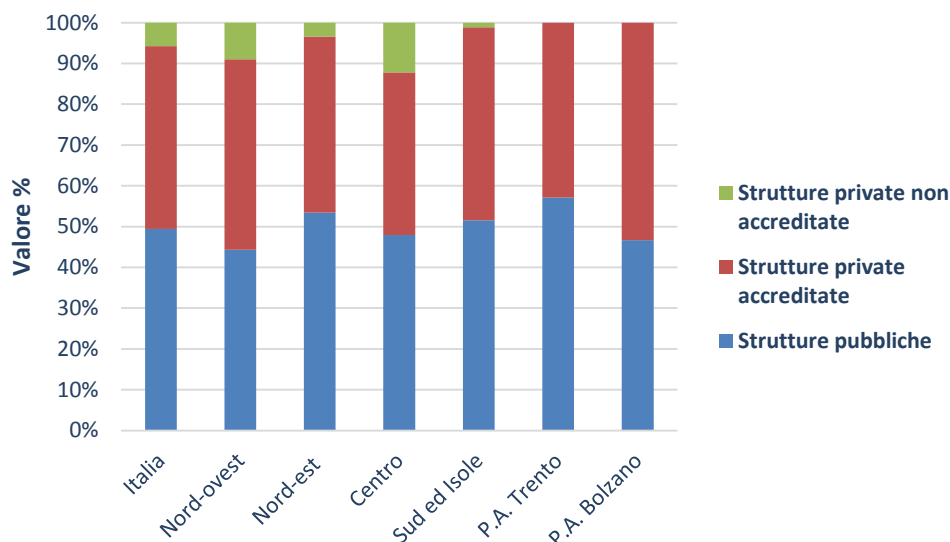
- Il livello (funzioni ospedaliere di base): costituito dagli ospedali di rete di Arco, Borgo Valsugana, Cavalese, Tione, e in parte Cles; questi presidi ospedalieri dispongono delle discipline cliniche e dei servizi di base e garantiscono anche l'assistenza specialistica ambulatoriale per la popolazione del relativo ambito territoriale ed, eventualmente, di altri ambiti limitrofi
- Il livello (funzioni ospedaliere di base e specialistiche): rappresentato dagli ospedali di riferimento: l'Ospedale di Trento (comprensivo dei presidi Villa Igea e Villa Rosa), l'Ospedale di Rovereto, e l'Ospedale di Cles per l'ambito della chirurgia oncologica.

La rete ospedaliera è quindi costituita da 7 presidi ospedalieri, dislocati su 9 strutture pubbliche, e 6 private accreditate.

Con le avvertenze sopra esplicitate, osserviamo che, in termini di presidi ospedalieri, nella P.A. di Trento la quota pubblica, pari al 57,1%, è superiore a quella media nazionale (49,4% nel 2013), e anche a quella della ripartizione geografica (Nord-Est) di afferenza (53,4% nel 2013); nella vicina P.A. di Bolzano prevalgono invece i presidi ospedalieri privati, il 53,3% delle strutture complessive (50,6% il valore Italia di cui il 5,7% rappresentato da strutture private non accreditate).

L'orografia delle aree come il Trentino Alto Adige, e la conseguente distribuzione della popolazione sul territorio, giustifica un maggior numero di presidi ospedalieri in rapporto agli abitanti, rispetto alla media nazionale (1,9 strutture ogni 100.000 abitanti): il numero maggiore di presidi si osserva nella P.A. di Bolzano (2,94 strutture ogni 100.000 abitanti), segue quella di Trento con 2,70 strutture ogni 100.000 abitanti.

Figura 3.2 - Composizione delle strutture ospedaliere, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

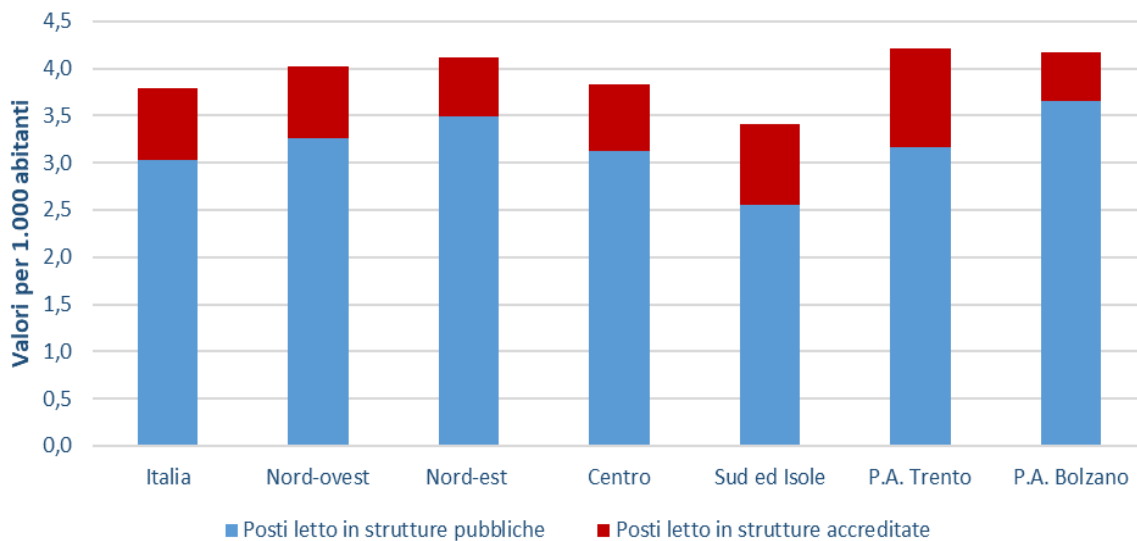
La P.A. di Trento, presenta un numero di posti letto (pubblici e privati accreditati) in rapporto alla popolazione, superiore alla media nazionale (+0,4 PL per 1.000 abitanti); l'indicatore è in linea con quelli della P.A. di Bolzano e della media del Nord-Ovest (rispettivamente +0,4 e +0,2 PL per 1.000 abitanti rispetto al valore Italia).

Analizzando l'offerta di posti letto per tipo di erogatore (pubblico e privato accreditato) si può notare come la P.A. di Trento presenti valori prossimi alla media nazionale in termini di offerta pubblica, con 3,2 posti letto per 1.000 abitanti, ma maggiore di quella nazionale nelle strutture private accreditate, pari a 1,1 posti letto ogni 1.000 abitanti a fronte degli 0,8 per l'Italia e degli 0,5 della P.A. di Bolzano).

Si noti però, che il numero di posti letto in rapporto alla popolazione, in Trentino è allineato al valore medio nazionale (-0,1 PL per 1.000 abitanti) e della P.A. di Bolzano e del Nord-Est (+0,3 ogni 1.000 abitanti rispetto al valore Italia) per gli acuti e superiore alla media nazionale per la lungodegenza e la riabilitazione (+0,6

PL per 1.000 abitanti), seguita da quella delle regioni del Nord-Ovest (+0,2 rispetto alla media Italia), la P.A. di Bolzano e le regioni del Nord-Est presentano valori conformi alla media nazionale (+0,1 posti letto ogni 1.000 abitanti).

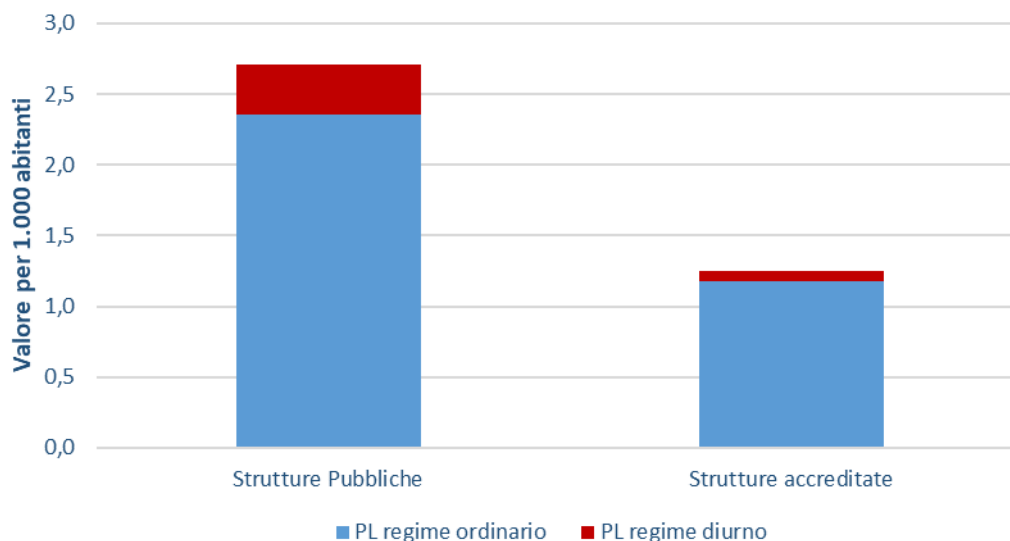
Figura 3.3 - Posti letto in strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al 2012 nella P.A. di Trento si è realizzata una contrazione dei PL totali del -1,6%, con un potenziamento del regime diurno del +8,7% ed una riduzione di quello ordinario del -2,7%.

Figura 3.4 - Posti letto in strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anno 2016

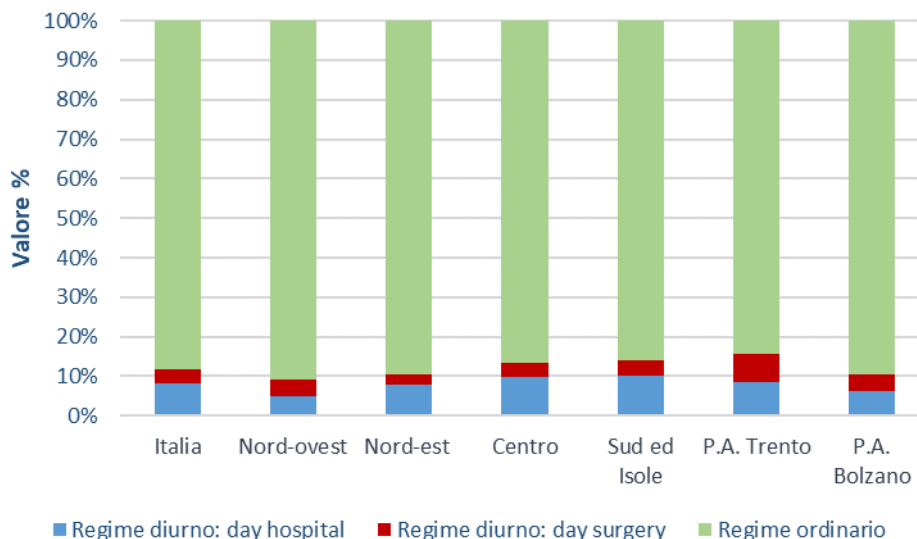


Fonte: elaborazione su dati APSS Trento – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2016, la rete ospedaliera trentina conta 2.098 posti letto (per tutti i tipi di attività) distribuiti tra strutture pubbliche e private accreditate, di cui 2.136 in regime ordinario e 226 in regime diurno, con un rapporto per abitante pari a 3,9 ogni 1.000 (3,5 in regime ordinario e 0,4 in regime diurno). Nelle strutture pubbliche ci sono 2,7 PL ogni 1.000 abitanti (2,4 ordinari, 0,4 diurni), 1,3 in quelle private accreditate (1,2 in regime ordinario, 0,1 nel diurno).

Dal confronto della composizione dei posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche, per tipologia di degenza (regime ordinario, regime diurno in *Day Hospital* e in *Day Surgery*), si evidenzia un'offerta trentina di posti letto riservati al regime diurno superiore alla media nazionale: i *Day Surgery* superano di 3 punti percentuali il valore medio nazionale, i *Day Hospital*, rappresentano il 9% dell'offerta totale di posti letto nelle strutture pubbliche, circa un punto percentuale in più rispetto alla media nazionale.

Figura 3.5 - Composizione posti letto, per tipologia, previsti nelle strutture di ricovero pubbliche, anno 2013

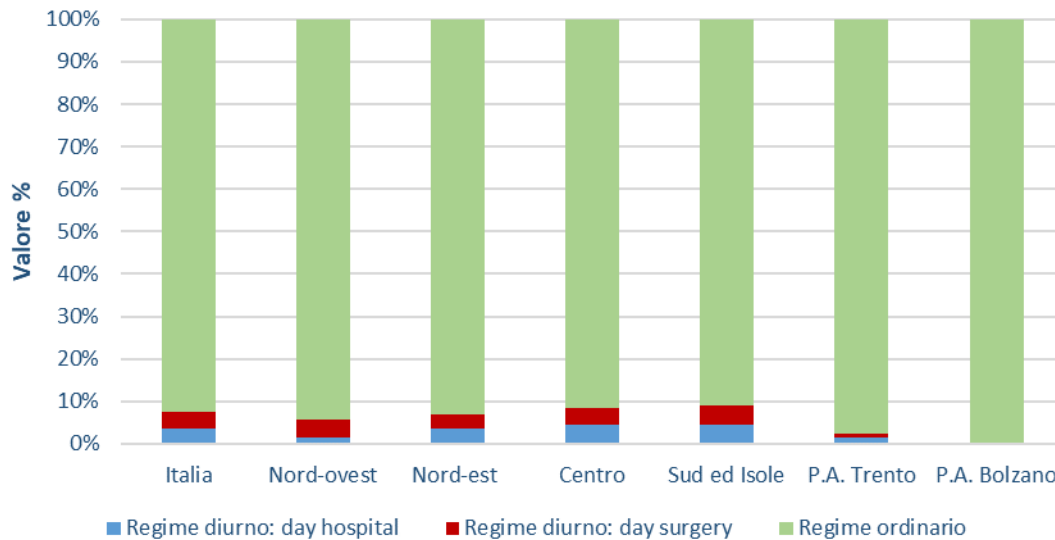


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Spostando la riflessione sull'offerta di posti letto nelle strutture di ricovero private accreditate, nella P.A. di Trento la quota destinata al regime diurno è inferiore a quella media nazionale (7,6%) e pari al 2,5%. La minore presenza del regime diurno evidenzia l'inclinazione delle strutture private verso l'assistenza ai non acuti.

I posti letto presso le strutture private accreditate sono infatti quasi esclusivamente (97,5%) destinati al regime ordinario: l'80% rivolti ai non acuti (riabilitazione e lungodegenza) ed il 20% agli acuti.

**Figura 3.6 - Composizione dei posti letto, per tipologia
Strutture di ricovero private accreditate, anno 2013**



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2016 circa il 66,1% dell'offerta dei posti letto totali si concentra nei Centri di riferimento provinciali (*hub*), i quali svolgono funzioni ospedaliere di I e II livello per il proprio territorio e di II livello in favore dei territori serviti dai presidi ospedalieri territoriali (*spoke*): in particolare nell'Ospedale di Trento (comprensivo dei presidi Villa Igea e Villa Rosa) contiamo 736 PL (il 51,2% dell'offerta pubblica) di cui 678 per acuti e 58 in riabilitazione, nell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto, 298 PL per acuti (il 20,8% dei PL delle strutture pubbliche), nell'Ospedale di Cavalese, 70 posti per acuti (il 4,9% dei PL delle strutture pubbliche) nell'Ospedale Borgo Valsugana, 76 PL per acuti (5,3 dei PL delle strutture pubbliche), nell'Ospedale Cles, 89 PL per acuti (il 6,2% dei PL delle strutture pubbliche), nell'Ospedale Tione, 61 PL per acuti (il 4,2% dei PL delle strutture pubbliche) e nell'Ospedale di Arco, 106 PL (il 7,4% dei PL delle strutture pubbliche) di cui di cui 101 per acuti e 5 in riabilitazione. Il 68,5% dei posti in lungodegenza si registra nella struttura Regina di Arco.

Tabella 3.3 - Posti letto per tipologia di degenza – P.A. di Trento, anno 2016

PL	Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione*
Pubblico	1.337	0	63
Privato accreditato	333	197	132

*Medicina fisica e riabilitazione, riabilitazione alcolologica

Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

Delle 6 strutture di ricovero private accreditate presenti, due sono ubicate nel capoluogo di Provincia (*Villa Bianca* e *S. Camillo*), una a Rovereto (*Solatrix*) e tre ad Arco (*Eremo*, *Regina* e *San Pancrazio*).

Tabella 3.4 - Posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate

Struttura di ricovero	2016			Var. % 2016/2013		
	PL	% Ord.	% DH	PL	Ord.	DH
Pubbliche	1.436	87,0	13,0	-0,9	-1,3	1,6
Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	650	88,8	11,2	5,2	2,5	32,7
Struttura ospedaliera Villa Igea - Trento	8	0,0	100,0	-63,6	0,0	-63,6
Struttura ospedaliera Villa Rosa - Pergine	78	69,2	30,8	34,5	0,0	500,0
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	298	93,0	7,1	-0,3	-1,1	10,5
Struttura ospedaliera di Fiemme – Cavalese	70	87,1	12,9	-1,4	-1,6	0,0

Tabella 3.4 - Posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate

Struttura di ricovero	2016			Var. % 2016/2013		
	PL	% Ord.	% DH	PL	Ord.	DH
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	76	89,5	10,5	2,7	3,0	0,0
Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	89	82,0	18,0	-12,8	-16,1	6,7
Struttura Ospedaliera di Arco	106	81,1	18,9	-8,6	-14,9	33,3
Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione	61	86,9	13,1	3,4	1,9	14,3
Private accreditate	662	94,1	5,9	-3,1	-5,5	62,5
Eremo – Arco	153	94,8	5,2	0,0	0,0	0,0
Regina – Arco	135	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
S. Camillo – Trento	125	84,0	16,0	0,0	-8,7	100,0
S. Pancrazio – Arco	83	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Solatrix – Rovereto	110	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Villa Bianca - Trento	56	80,4	19,6	-1,8	-11,8	83,3
Totale	2.098	89,2	10,8	-1,6	-2,7	8,7

Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

Passando ad analizzare l'offerta di ricovero ospedaliera per disciplina, si osserva che afferiscono alla medicina interna il 25,5% dei posti letto in regime ordinario delle strutture pubbliche (318 dei

1.249 PL totali in regime ordinario delle strutture pubbliche) ed il 23,0% di quelli diurni (43 dei 187 PL totali diurni delle strutture pubbliche).

Nelle strutture private accreditate si concentra soprattutto l'offerta dei PL ordinari in lungodegenza, che rappresentano il 31,6% dei posti letto privati accreditati (197 dei 623 PL totali in regime ordinario delle strutture private); segue la cardiologia con il 23,9% dei PL accreditati in regime ordinario (149 PL) ed il 7,7% dei diurni (3 dei 39 posti letto in *Day Hospital* delle strutture private accreditate).

Nel periodo 2013-2016 si è osservato un potenziamento dei PL in regime ordinario della neonatologia (da 18 a 25 PL), ed una riduzione per la Dermatologia (da 6 a 4 PL).

Tabella 3.5 - Composizione posti letto nelle strutture pubbliche e private accreditate per branca

Tipologia strutture	2016							VAR 2016/2013						
	STRUTTURE PUBBLICHE		Tot.	STRUTTURE ACCREDITATE		Tot.		STRUTTURE PUBBLICHE		Tot.	STRUTTURE ACCREDITATE		Tot.	
	Ord.	DH	PUB.	Ord.	DH	PRIV.	TOT.	Ord.	DH	PUB.	Ord.	DH	PRIV.	TOT.
Cdr														
Anestesia e rianimazione	1,8%	0,5%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%
Anestesia e rianimazione 2	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
Cardiochirurgia	0,8%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cardiologia	3,8%	12,3%	4,9%	23,9%	7,7%	23,0%	10,6%	0,0%	-17,9%	-6,6%	1,4%	0,0%	1,3%	-1,3%
Chirurgia generale	5,0%	6,4%	5,2%	9,5%	64,1%	12,7%	7,5%	-8,8%	9,1%	-6,3%	40,5%	150,0%	61,5%	20,6%
Chirurgia generale I ^a	2,6%	1,1%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgia Generale II ^a	1,6%	0,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgia maxillo-facciale	0,3%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	-20,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgia pediatrica	0,4%	5,3%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	-16,7%	100,0%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%	36,4%
Chirurgia plastico ricostruttiva	0,6%	0,5%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgia vascolare	1,7%	0,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dermatologia	0,3%	0,5%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	-33,3%	0,0%	-28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	-28,6%
DS multispecialistico	0,0%	4,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gastroenterologia	0,6%	1,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Geriatrica	9,1%	0,0%	7,9%	3,5%	0,0%	3,3%	6,5%	-8,1%	0,0%	-8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-6,8%
Lungodegenza	0,0%	0,0%	0,0%	31,6%	0,0%	29,8%	9,4%	0,0%	0,0%	0,0%	-3,4%	0,0%	-3,4%	-3,4%
Medicina d'urgenza e pronto soccorso	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Medicina fisica e riabilitazione	4,5%	3,7%	4,4%	19,9%	12,8%	19,5%	9,2%	-6,7%	-73,1%	-26,7%	21,6%	0,0%	20,6%	-0,5%
Medicina interna	25,5%	23,0%	25,1%	10,6%	12,8%	10,7%	20,6%	1,3%	7,5%	2,0%	-7,0%	400,0%	-1,4%	1,4%
Nefrologia	1,6%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Neonatologia	2,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	38,9%	0,0%	38,9%	0,0%	0,0%	0,0%	38,9%
Neurochirurgia	1,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Neurologia	5,0%	1,1%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	100,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Neuropsichiatria infantile	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Oculistica	0,5%	2,7%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	-14,3%	-16,7%	-15,4%	0,0%	0,0%	0,0%	-15,4%
Odontostomatologia	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabella 3.5 - Composizione posti letto nelle strutture pubbliche e private accreditate per branca

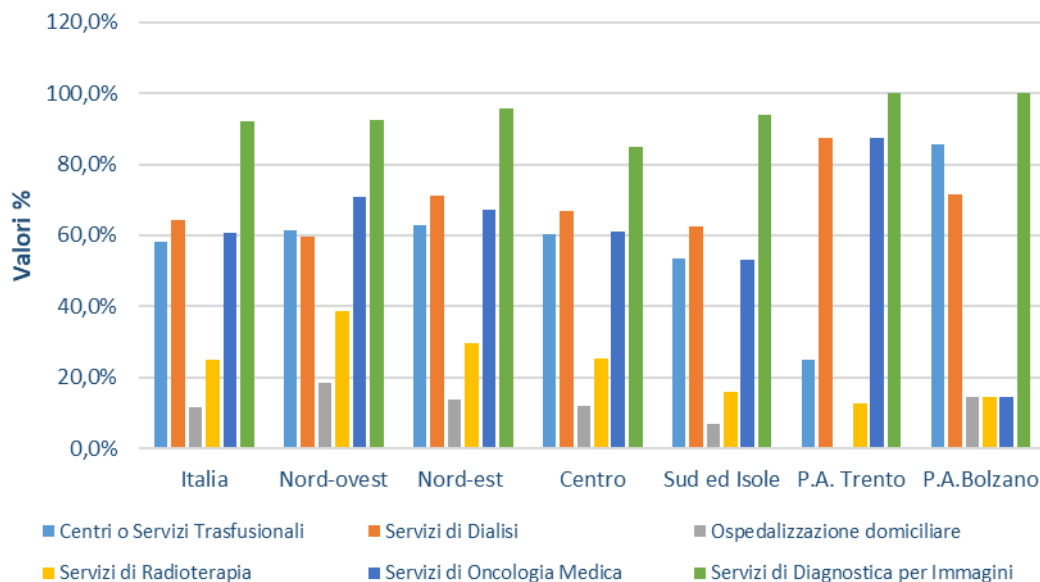
Tipologia strutture	2016							VAR 2016/2013						
	STRUTTURE PUBBLICHE		Tot.	STRUTTURE ACCREDITATE		Tot.		STRUTTURE PUBBLICHE		Tot.	STRUTTURE ACCREDITATE		Tot.	
	Ord.	DH	PUB.	Ord.	DH	PRIV.	TOT.	Ord.	DH	PUB.	Ord.	DH	PRIV.	TOT.
Oncologia medica	1,3%	5,3%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ortopedia e traumatologia	8,2%	9,1%	8,4%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	-4,6%	21,4%	-1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,6%
Ostetricia e ginecologia	6,8%	7,5%	6,9%	0,0%	2,6%	0,2%	4,8%	-12,4%	100,0%	-4,8%	-100,0%	-80,0%	-97,4%	-29,6%
Otorinolaringoiatria	1,1%	2,7%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	25,0%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%
Pediatria	2,2%	3,2%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	50,0%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%
Pneumologia	2,6%	1,6%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	-100,0%	0,0%	-100,0%	-18,2%
Psichiatria	3,8%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Radioterapia oncologica	1,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	-14,3%	0,0%	-14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	-14,3%
Reumatologia	1,0%	2,1%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	20,0%	-20,0%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%
Riabilitazione alcolologica	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-70,0%	0,0%	-70,0%	-70,0%
Urologia	1,8%	2,7%	1,9%	0,5%	0,0%	0,5%	1,4%	10,0%	400,0%	28,6%	-85,0%	0,0%	-85,0%	-26,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-1,3%	1,6%	-0,9%	-5,5%	62,5%	-3,1%	-1,6%

Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

L'analisi dei servizi presenti nelle strutture di ricovero permette di rilevare come, ad esempio, la P.A. di Trento presenti, rispetto alle altre ripartizioni geografiche, una copertura territoriale superiore alla media nazionale (ed anche a quella riscontrata nella P.A. di Bolzano). Per quanto riguarda alcuni servizi rilevanti, come la dialisi e l'oncologia medica, questi risultano presenti nell'88,0% delle strutture di ricovero pubbliche. Di contro una diffusione inferiore alla media nazionale si osserva, in Trentino, per i servizi trasfusionali (25%) ed i servizi di radioterapia (presenti nel 13% delle strutture di ricovero). Con riferimento ai servizi trasfusionali, il dato rispecchia l'esistenza di un unico Servizio

Immunoematologia e Trasfusione a livello provinciale, con 10 unità di raccolta dislocate in maniera capillare su tutto il territorio. D'altra parte, la P.A. di Trento, presenta un servizio innovativo per la cura dei tumori: il centro di protonterapia oncologica (In Italia risultano attualmente attivi due centri di protonterapia oncologica: il CNAO di Pavia istituito nel 2001 ed il centro di protonterapia oncologica di Trento, operativo dal 2015).

Figura 3.7 – Presenza di specifici servizi nelle strutture di ricovero pubbliche, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

3.2 Offerta extra-ospedaliera

In ossequio al rapido invecchiamento della popolazione trentina, e alla crescita della popolazione prevista nei prossimi anni, le politiche sanitarie provinciali sono state tese a consolidare l'integrazione ospedale-territorio, sviluppando una offerta extra-ospedaliera.

Le strutture extra-ospedaliere comprendono ambulatori e laboratori (strutture che erogano attività specialistiche), strutture semi-residenziali (centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale), strutture residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali – RSA, case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale, ivi inclusi gli *Hospice*) ed altri tipi di strutture territoriali (centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale).

Nell'offerta extra-ospedaliera di ambulatori e laboratori, strutture residenziali e semiresidenziali è prevalente la presenza del privato accreditato: il 59% degli ambulatori e laboratori, il 66% delle strutture semiresidenziali, il 77% delle strutture residenziali.

Rapportando il numero di strutture alla popolazione standardizzata, si passa da 8,7 ambulatori e laboratori ogni 100.000 abitanti nella P.A. di Trento, che sono 10,8 nella P.A. di Bolzano, fino ad un valore massimo di 22,4 nelle Regioni del Sud e Isole (differenza legata alla dimensione degli ambulatori; numero elevato e frammentazione dell'offerta nelle regioni del Sud), 10,2 le strutture semiresidenziali per 100.000 abitanti nelle regioni del Nord-Est, 6,6 nella P.A. di Trento, 1,4 nella P.A. di Bolzano e nelle Regioni del Sud e Isole; 16,9 strutture residenziali ogni 100.000 abitanti nella P.A. di Trento, 17,5 in quella di Bolzano e 4,4 nelle Regioni del Sud e Isole. Per gli altri tipi di struttura, 3,1 per 100.000, il valore più elevato, nella P.A. di Bolzano, 1,3 nella P.A. di Trento e 0,8, il valore minimo, nelle regioni del Centro e del Nord-Ovest.

Nel periodo 2013-2016 si è registrato un aumento delle strutture extra-ospedaliere complessive: da 211 (nel 2013, fonte: Ministero della Salute) a 254 (nel 2016, fonte: P.A. di Trento). Fra il 2013 e il 2016, si passa da 39,8 strutture ogni 100.000 abitanti a 47,2: 14,7 sono ambulatori e laboratori, 7,2 strutture semiresidenziali, 17,7 strutture residenziali e 7,6 altri tipi di strutture (consultori, centri di salute mentale etc.).

Nella P.A. di Trento i centri di salute mentale: sono 9 centri sia nel 2013 che nel 2016 (oltre 3 servizi territoriali per le

dipendenze, e 10 per alcologia), ovvero 1,7 ogni 100.000 abitanti. Rapportando il numero di strutture alla popolazione standardizzata per distretto, risultano essere 2,5 per 100.000 abitanti i centri nel Distretto Est, 2,3 nel Distretto Centro-Nord e 1,6 il valore per 100.000 abitanti nel Distretto Centro-Sud.

Anche l'assistenza idrotermale, con 6 strutture (0,1 per 100.000 abitanti) ed i consultori materno infantili, con 12 strutture, (2,2 per 100.000 abitanti), rimangono stabili nel triennio.

Nell'ambito della prevenzione si distinguono 65 strutture (2016), afferenti a 4 dipartimenti: Dipartimento di prevenzione (5 strutture), Dipartimento promozione e sicurezza negli ambienti di lavoro (6 strutture), igiene e Sanità pubblica (21 strutture) e servizi veterinari (33 strutture).

La P.A. di Trento (in analogia con quella di Bolzano) con 289,3 (rispettivamente 302,4) posti letto nelle strutture residenziali ogni 1.000 abitanti over 65 con limitazioni funzionali¹⁶ e 92,0 (e 94,6), ogni 1.000 abitanti over 75, presentano un livello di offerta decisamente superiore alla media nazionale (di circa tre volte) e circa il 30% in più rispetto a quella della ripartizione di afferenza.

Il dimensionamento dell'offerta semiresidenziale è invece sostanzialmente in linea con quella media nazionale, ma decisamente inferiore a quella media della ripartizione geografica di afferenza che conta 43,7 posti letto ogni 1.000 abitanti over 65 con limitazioni funzionali e 15,7 posti letto ogni 1.000 abitanti over 75 (26,1 posti letto ogni 1.000 abitanti over 65 con limitazioni funzionali e 8,3 posti letto ogni 1.000 abitanti over 75 nella P.A. di Trento).

Le P.A. di Trento pur mostrando (al 2013) quote di popolazione anziana e di over 65 con limitazioni funzionali inferiori alla media nazionale presenta un'offerta residenziale (rapportando il numero di posti letto a questa popolazione) superiore alla media nazionale (+ 194,9 posti letto ogni 1.000 abitanti over 65 con limitazioni funzionali e + 54,9 posti letto ogni 1.000 abitanti over 75) e a quella media della ripartizione

¹⁶ Confinamento, limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, limitazioni nel movimento, limitazioni vista, udito e parola.

geografica di afferenza (+ 128,3 posti letto ogni 1.000 abitanti over 65 con limitazioni funzionali e + 34,3 posti letto ogni 1.000 abitanti over 75). L'offerta semiresidenziale presenta invece una maggiore eterogeneità sul territorio. Nella P.A. di Trento si riscontra un livello di offerta di poco superiore alla media nazionale (+ 4,7 posti letto ogni 1.000 abitanti over 65 con limitazioni funzionali e – 0,1 posti letto ogni 1.000 abitanti over 75).

Il processo di potenziamento dell'offerta extra-ospedaliera risulta coerentemente legato al processo d'evoluzione demografiche in atto nella popolazione trentina (rapido invecchiamento e crescita prevista nei prossimi cinquant'anni).

Tabella 3.6 - Distribuzione dell'offerta nelle strutture residenziali e semiresidenziali, anno 2013

Regioni	Pop. over 65	Pop. over 75	Indice di vecchiaia *	% limitazioni funzionali* * pop. over 65	Strutture Residenziali				Strutture Semiresidenziali			
					PL per 1.000 ab.	PL per 1.000 ab. over 65	PL per 1.000 ab. over 65 con limitazioni funzionali	PL per 1.000 ab. over 75	PL per 1.000 ab.	PL per 1.000 ab. over 65	PL per 1.000 ab. over 65 con limitazioni funzionali	PL per 1.000 ab. over 75
Italia	21,2%	10,6%	151,4%	19,5%	3,9	18,5	94,9	37,1	0,9	4,2	21,4	8,4
Nord-ovest	22,5%	11,2%	164,4%	15,3%	6,8	30,4	198,4	61,2	1,3	5,7	37,2	11,5
Nord-est	21,9%	11,0%	157,3%	18,0%	6,3	28,9	161,0	57,7	1,7	7,9	43,7	15,7
Centro	22,3%	11,4%	166,4%	18,9%	2,7	12,0	63,3	23,6	0,6	2,9	15,1	5,6
Sud e Isole	19,1%	9,4%	131,1%	24,7%	1,0	5,4	21,9	11,0	0,2	1,3	5,3	2,6
P.A. Trento	20,1%	10,0%	131,8%	15,8%	9,2	45,7	289,3	92,0	0,8	4,1	26,1	8,3
P.A. Bolzano	18,5%	8,8%	113,8%	14,9%	8,3	45,1	302,4	94,6	0,1	0,4	3,0	0,9

* Rapporto percentuale tra il numero degli ultra-sessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

** Confinamento, limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, limitazioni nel movimento, limitazioni vista, udito e parola.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, ISTAT e 5° Rapporto per "l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia" –

© C.R.E.A. Sanità

3.3 Personale dipendente del SSN

La Sanità è un settore di grande importanza per l'occupazione: a riprova di ciò, in Italia il personale dipendente del SSN (Aziende Sanitarie Locali, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, del personale delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale e del personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università¹⁷) rappresenta il 38% di tutto il personale dipendente (nel settore pubblico e privato) nella misura di 10,5 unità ogni 1.000 abitanti (dato 2013, ultimo disponibile per il confronto).

In Trentino gli occupati in Sanità rappresentano il 44% dei dipendenti, in linea con il livello dell'Alto Adige (47%).

La P.A. di Trento, ha un numero rilevante di unità di personale dipendente, 14,9 ogni 1.000 abitanti (per confronto sono 16,7 unità in quella di Bolzano): il dato è superiore a quello medio nazionale (10,5 unità di personale ogni 1.000 abitanti) di circa il 14% superiore a quello del Nord-Est (13,0 unità ogni 1.000 abitanti). Il personale dipendente è composto principalmente da unità afferenti al ruolo sanitario, che in Italia in media rappresenta una quota del 70,9%. Nella P.A. di Trento la quota si ferma al 64,3%, 61,9% in quella di Bolzano. In queste due realtà è superiore alla media nazionale il personale tecnico, con circa il 23,3% contro il 17,6% Italia. Il divario risulta meno consistente per le quote di personale amministrativo (12,4% nella P.A. di Trento, 11,1% il valore Italia) e nel personale professionale (0,2% il valore medio nazionale, 0,2 anche nella P.A. di Trento e 0,3 il valore massimo nella P.A. di Bolzano).

Analizzando nello specifico le strutture di ricovero pubbliche si osserva un valore medio di 2,5 unità di personale per posti letto (pubblici): 4,6 il valore della P.A. di Bolzano, 3,5 nella P.A. di Trento e 2,4 il valore minimo del personale per posti letto nelle regioni del

17 Ministero della Salute – Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

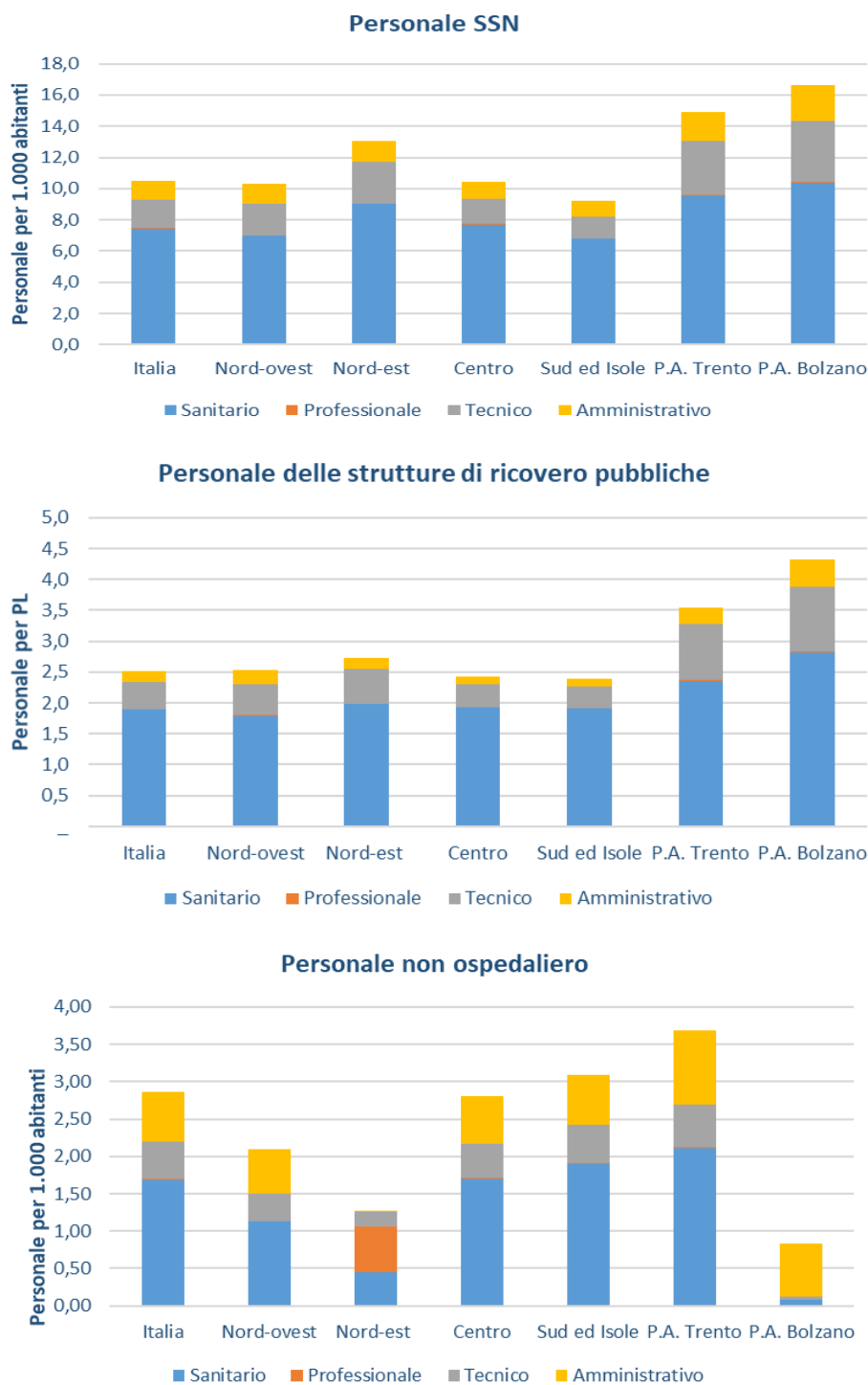
Sud e Isole. Il personale delle strutture di ricovero pubbliche, come è lecito aspettarsi, è costituito per il 75,3% da personale sanitario: 79,7% il valore massimo nelle regioni del Sud e Isole, 66,5% nella P.A. di Trento ed un valore minimo nella P.A. di Bolzano (61,2%). Più consistente la presenza di personale tecnico nella P.A. di Trento e Bolzano (rispettivamente 25,8% e 23,1% contro un valore medio del 17,7%) e del personale amministrativo (7,6% e 9,4% rispetto ad un valore medio del 6,6%)

Il restante personale¹⁸, non afferente alle strutture di ricovero, rapportato alla popolazione residente, mostra un valore medio di 2,9 unità per 1.000 abitanti: 3,7 nella P.A. di Trento e 0,8 nella P.A. di Bolzano; i valori più elevati evidenziano l'attenzione della P.A. di Trento ai servizi sanitari territoriali.

All'interno del personale non ospedaliero (personale ASL esclusi gli istituti a gestione diretta) si può osservare una maggiore difformità tra i ruoli non sanitari: per il personale tecnico il valore minimo nella P.A. di Bolzano con il 4,8%, 19,3% il valore più elevato nelle regioni del Nord-Est (15,4% il valore della P.A. di Bolzano, 17,5% il valore medio Italia). Il Personale amministrativo rappresenta l'85,3% nella P.A. di Bolzano contro il 23,2% del valore medio (27% il valore nella P.A. di Trento).

¹⁸ Non sono comprese le qualifiche atipiche

Figura 3.8 - Personale per ruolo, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Analizzando la composizione del personale del ruolo sanitario, degno di nota è la maggior presenza di personale infermieristico nei dipendenti, pari a 1,9 per 1000 abitanti: dimensionamento superiore sia rispetto alla media nazione (1,7 unità per 1.000 abitanti) che rispetto al Nord-Est (1,8 unità per 1.000 abitanti).

Considerando il personale medico, in Trentino ci sono 2,9 infermieri per medico dipendente del SSN, valore superiore a quello medio nazionale (2,5), ed in linea anche con quello della P.A. di Bolzano (0,5).

Un altro aspetto da sottolineare è la presenta in Trentino di un rapporto tra numero di infermieri per medico, pari a 2,9, superiore alla media nazionale (2,5) ed inferiore alla P.A. di Bolzano (3,4 infermieri ogni medico). Distribuzione simile nelle strutture di ricovero pubbliche: 2,6 il valore medio Italia (2,9 nella P.A. di Trento e 3,5 nella P.A. di Bolzano). Nelle strutture private il rapporto medico/infermieri presenta un valore più elevato nella P.A. di Trento con 5,7 infermieri per medico (la P.A. di Trento con 2,9 risulta superiore al valore medio di 2,4).

Tabella 3.7 - Dotazione organica del ruolo sanitario, anno 2013

Regione	Infermieri/medico	Personale medico	Personale infermieristico
Personale SSN			
Territorio	Infermieri/medico	per 1.000 ab.	per 1.000 ab.
Italia	2,5	1,7	4,4
Nord-ovest	2,7	1,5	4,0
Nord-est	3,0	1,8	5,4
Centro	2,6	1,8	4,6
Sud e Isole	2,1	1,8	3,8
P.A. Trento	2,9	1,9	5,6
P.A. Bolzano	3,4	1,7	6,0

Tabella 3.7 - Dotazione organica del ruolo sanitario, anno 2013

Regione	Infermieri/medico	Personale medico	Personale infermieristico
Personale strutture di ricovero pubbliche			
Territorio	Infermieri/medico	per PL Pub.	per PL Priv.
Italia	2,6	0,5	1,2
Nord-ovest	2,6	0,4	1,1
Nord-est	2,9	0,4	1,3
Centro	2,5	0,5	1,2
Sud e Isole	2,3	0,5	1,2
P.A. Trento	2,9	0,5	1,4
P.A. Bolzano	3,5	0,5	1,7

Personale strutture di ricovero equiparate

Territorio	Infermieri/medico	per PL Priv	per PL Priv
Italia	2,4	0,2	0,6
Nord-ovest	2,4	0,4	1,1
Nord-est	2,8	0,4	1,0
Centro	2,4	0,4	0,9
Sud e Isole	2,5	0,1	0,3
P.A. di Trento	5,7	0,0	0,2
P.A. di Bolzano	nd	nd	nd

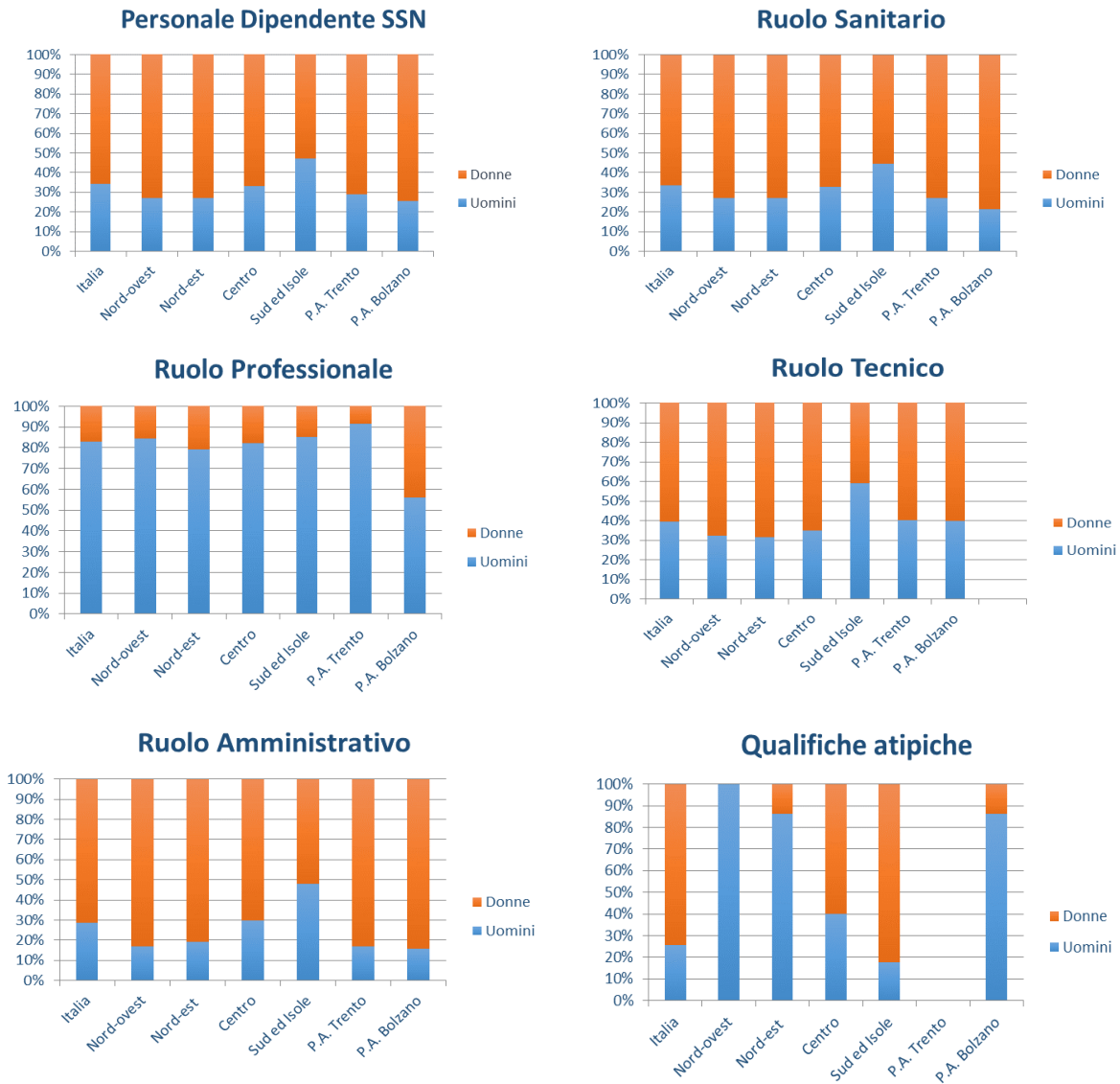
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

L'analisi della composizione per genere del personale dipendente del SSN mostra sensibili differenze territoriali per ruolo. Il personale dipendente, considerato complessivamente, evidenzia una prevalenza del genere femminile (13,4 unità di personale femminile per 1.000 abitanti donne contro un valore di 7,4 per 1.000 abitanti uomini), nel dettaglio, per il personale femminile, il valore massimo è presente nella P.A. di Trento e Bolzano (rispettivamente 20,7 e 24,5 per 1.000 abitanti donne contro 8,4 per entrambe le Province Autonome per gli uomini); una sostanziale parità tra i due sessi si registra invece nelle Regioni del Mezzogiorno (9,5 unità di personale femminile su 1.000 abitanti donne contro 8,9 per 1.000 abitanti uomini).

Nel dettaglio, per il personale del ruolo sanitario, si registrano valori di 9,6 unità di personale femminile per 1.000 abitanti donne contro un valore di 5,2 per 1.000 abitanti uomini, valore massimo nella P.A. di Trento e Bolzano (rispettivamente 13,7 e 16,0 per 1.000 abitanti donne contro 5,0 e 4,4 per gli uomini), valore minimo nelle

regioni del Sud e Isole (7,3 unità di personale femminile su 1.000 abitanti donne contro 6,2 per 1.000 abitanti uomini).

Figura 3.9 - Composizione personale dipendente del SSN per ruolo e per genere, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Come accennato nell'introduzione, la D.G.P n. 2539 del 29.12.2016 definisce la nuova macro organizzazione dell'APSS: da una gestione basata su 6 articolazioni organizzative fondamentali (AOF) e 21 strutture complesse tecnico/amministrative, ad una gestione più snella con 3 AOF (DP, ST e SOP), 6 dipartimenti tecnico amministrativi e 5 nuove figure di coordinatori dell'integrazione fra ospedale e territorio per presidiare i processi a livello locale; soprattutto il SOP passerà da un'organizzazione articolata in 7 strutture ospedaliere a una basata su 7 aree trasversali.

L'analisi del personale si riferisce al modello organizzativo precedente a quello introdotto nell'anno 2017, e prevedeva le seguenti AOF: DP, SOP, e 4 distretti socio-sanitari: Centro-Nord, Centro-Sud, Est, e Direzione Distretto Ovest.

Tabella 3.8 - Modello organizzativo APSS

Attuali strutture di direzione strategica (macro organizzazione)	Nuovo modello organizzativo aziendale
<p>I Livello</p> <p><u>Consiglio di direzione:</u> Direzione generale Direzione sanitaria Direzione amministrativa Direzione per l'integrazione socio sanitaria</p>	<p>I Livello</p> <p><u>Consiglio di direzione:</u> Direzione generale Direzione sanitaria Direzione amministrativa Direzione per l'integrazione socio sanitaria</p>
<p>II Livello</p> <p>Articolazioni Organizzative Fondamentali (AOF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento della prevenzione • Servizio Ospedaliero Provinciale • Distretto Centro Nord • Distretto Centro Sud • Distretto Est • Direzione Distretto Ovest 	<p>II Livello</p> <p>Articolazioni Organizzative Fondamentali (AOF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento della Prevenzione • Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) • Servizio territoriale
<p>III Livello</p> <p>Direzioni mediche, di presidio e di Dipartimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. 5 Direzioni mediche di presidio. • n. 17 Direzioni di Dipartimento Sanitario funzionale 	<p>III Livello</p> <p>Direzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direzione medica di SOP • n. 3 Direzioni di Area del Servizio territoriale • n. 7 Direzioni di Area del SOP

Fonte: Dati APSS Trento – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2016, il Sistema Sanitario della P.A. di Trento dispone, complessivamente, di 8.239 unità di personale dipendente (5.739

del SOP, 1.621 per il ST, 632 per il Consiglio di direzione della APSS, 237 per il personale del Dipartimento di prevenzione e 10 unità per P.A. di Trento e costi comuni¹⁹), che rappresentano l'1,4% del personale SSN nazionale ed il 4,8% di quello operante nel Nord-Est, dato in linea con la popolazione che rappresenta (la popolazione trentina rappresenta il 4,6% di quella del Nord-Est) e leggermente superiore se raffrontato con l'incidenza della popolazione complessiva (pari allo 0,9% di quella italiana).

In particolare, nel periodo 2013-2016 si è assistito ad una leggera flessione del personale del ST: 3,0 unità ogni 1.000 abitanti nel 2016 (-1,5% rispetto al 2013). Il personale del SOP con 4,0 unità di personale per posti letto registra un aumento del 2,7% rispetto al 2013, una riduzione più consistente per il personale afferente al DP (-8,1%), che conta 0,4 unità ogni 1.000 abitanti.

Il 19,7% (1.621 unità) del personale dipendente del Servizio Sanitario Provinciale trentino opera nei distretti socio-sanitari: risultano in media 3 unità ogni 1.000 abitanti, con un valore minimo di 0,4 nel Distretto Ovest ed uno massimo, pari a 1,0 in quello Est. Comparando il personale con la popolazione afferente ai singoli distretti si evidenzia nel 2016 una concentrazione di personale superiore alla media nel Distretto Centro-Nord (3,4 per 1.000 abitanti), inferiore invece nel Distretto Ovest (2,1 per 1.000 abitanti).

Tabella 3.9 - Personale dei Distretti socio-sanitari della P.A. Trento

Area	2016 (per 1.000 abitanti)	Var. 2013/2016
Distretto Centro-Nord	0,8	-1,7%
Distretto Centro-Sud	0,8	-2,2%
Distretto Est	1,0	-2,2%
Distretto Ovest	0,4	2,4%

Fonte: elaborazione su dati APSS Trento – © C.R.E.A. Sanità

¹⁹ P.A. di Trento: personale della Azienda Sanitaria che opera presso APPA (Azienda Provinciale Protezione Ambiente). Costi comuni: personale in aspettativa.

Il Servizio Ospedaliero Provinciale, nello specifico, con 5.739 unità di personale è aumentato nel periodo 2013-2016 del +1,8% (5.640 le unità nel 2013).

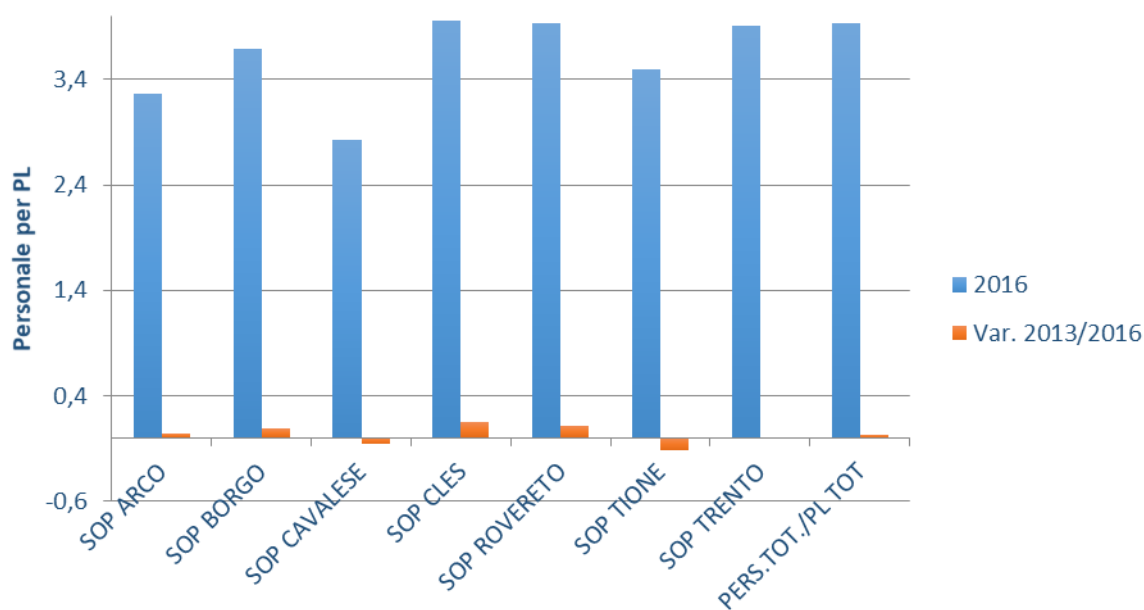
Tabella 3.10 - Personale dell'APSS Trento per struttura

Struttura	SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE	
	2016	Var. %
		2013/2016
Struttura Ospedaliera di Arco	344	-0,04
Padiglione Palme	2	-0,67
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	246	0,00
Ambito Territoriale Alta Valsugana	5	-0,17
Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	198	-0,07
Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione	352	0,01
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	1.165	0,01
Struttura Ospedaliera di Ala	8	-0,58
Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione	213	-0,08
Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	2.573	0,05
Struttura ospedaliera Villa Igea - Trento	87	-0,11
Struttura ospedaliera Villa Rosa - Pergine	143	0,10
Centro per i Servizi Sanitari	30	0,11
Nuovo Polo Ospedaliero Trentino	35	1,69
Struttura ospedaliera S. Giovanni - Mezzolombardo	8	-0,60
SOP Generale	330	0,03
TOT. PERSONALE SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE	5.739	0,02

Fonte: elaborazione su dati APSS Trento – © C.R.E.A. Sanità

Il personale del SOP registra una sostanziale stabilità nel periodo 2013/2016 rispetto ai PL. I presidi ospedalieri di Trento, Rovereto e di Cles presentano valori intorno a 3,9 unità di personale per PL, il valore minimo si riscontra in quello di Cavalese (2,8 unità di personale per PL), valore comunque superiore alla media nazionale.

Figura 3.10 - Personale servizio ospedaliero provinciale per posto letto



* Posti strutture pubbliche

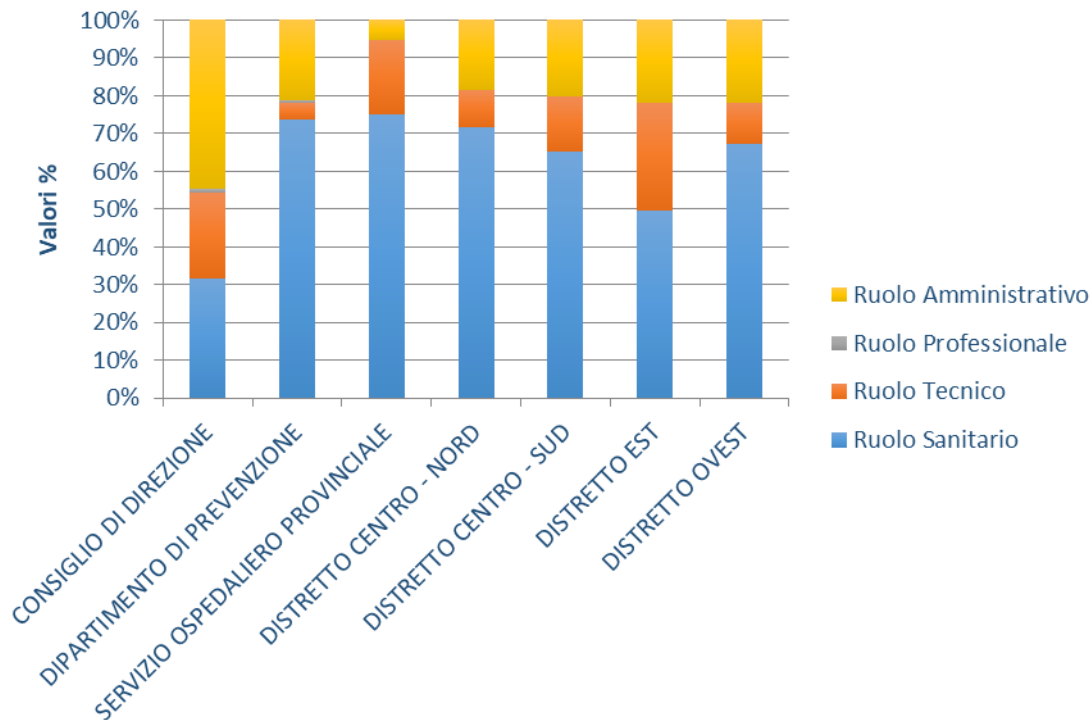
Fonte: elaborazione su dati APSS Trento – © C.R.E.A. Sanità

La disaggregazione dei dati per ruolo mostra che il personale del Sistema Sanitario della P.A. di Trento è costituito per il 69,2% da personale sanitario, per il 18,9% da personale tecnico, l'11,8% da personale amministrativo e per lo 0,1% da personale professionale.

Rispetto al 2013, c'è stato un potenziamento del personale del ruolo sanitario e tecnico, ed una riduzione di quello professionale ed amministrativo. Nello specifico un aumento del +1,5% del personale del ruolo sanitario (da 5.613 unità a 5.698), del +1,6% del ruolo tecnico (da 1.533 unità a 1.577), una riduzione del -25,0% del ruolo professionale (da 12 unità a 9) e una riduzione del -3,1% di quello amministrativo (da 1.006 unità a 975).

Degno di nota è la maggiore quota, rispetto agli altri distretti, di personale del ruolo tecnico nel Distretto Est.

Figura 3.11 - Composizione del personale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, per area e qualifica, anno 2016



* Esclusi P.A. di Trento e Costi Comuni

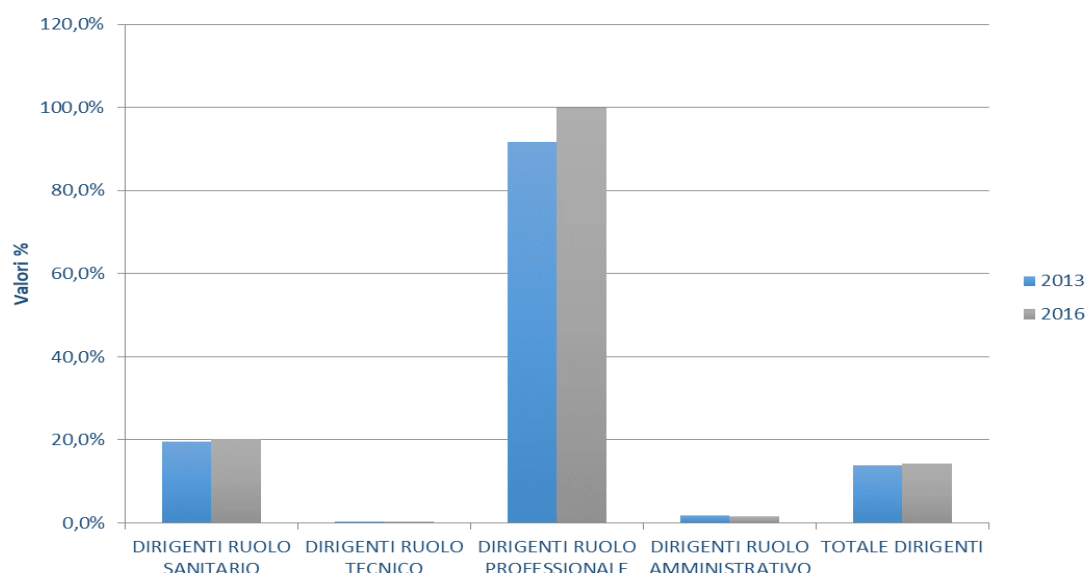
Fonte: elaborazione su dati APSS Trento – © C.R.E.A. Sanità

Analizzando nel dettaglio le qualifiche professionali del ruolo sanitario, nel SOP il 58,4% è personale infermieristico e il 20,9% personale dirigente. Nel Dipartimento di prevenzione il 56,6% del personale sanitario è deputato ad attività di ispezione e vigilanza ed il 20,9% ricopre un ruolo di dirigenza. Nel Distretto Centro-Nord, oltre la rilevante incidenza del personale infermieristico e

dirigenziale (43,0% e 28,5%), il 24,5% è qualificato nella riabilitazione.

L'incidenza del personale dirigente sul ruolo professionale ha registrato un sensibile incremento nel periodo in analisi; la dirigenza nel ruolo sanitario, pari al 19,6% del personale nel 2013, raggiunge il 20,2% nel 2016: in termini assoluti, un aumento totale del personale di 85 unità nel ruolo professione, di cui 54 unità nella classe dirigente.

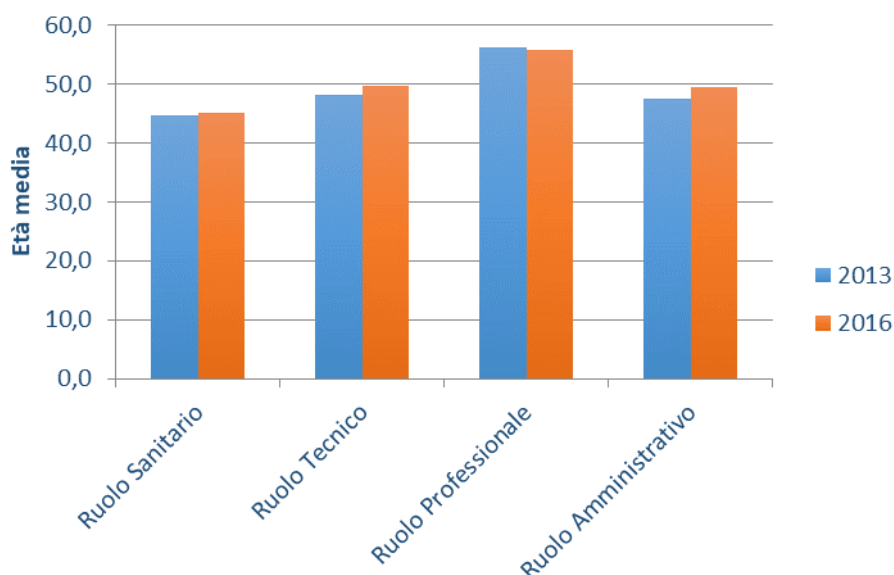
Figura 3.12 - Composizione dirigenti delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, per ruolo



Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

In Trentino l'età media del personale dipendente del SSN ha registrato un leggero aumento nel periodo considerato: da 44,7 anni nel 2013 a 45,1 anni nel 2016 per il personale sanitario, da 48,1 a 49,7 anni per il personale tecnico, da un'età media di 47,5 a 49,4 anni per il personale amministrativo, solo per il personale professionale si evidenzia una leggera riduzione (da 56,2 a 55,8 anni).

Figura 3.13 - Età media per ruolo

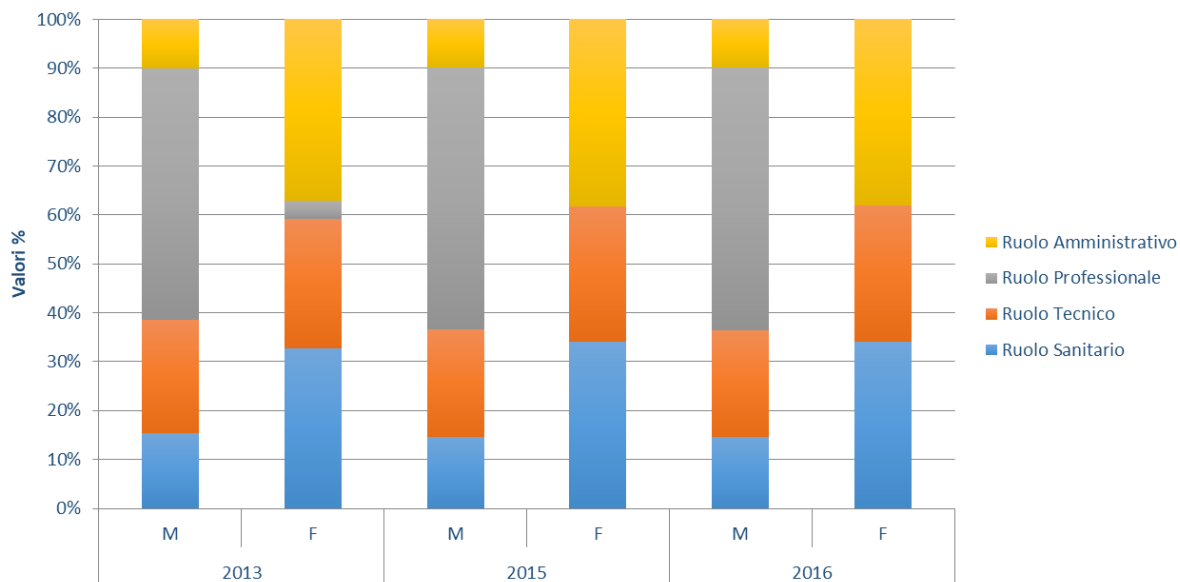


Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

L'età media del personale dirigente è pari a 47,5 anni nel 2016 (con un aumento del +0,12% rispetto al 2013), valori inferiori si registrano per la dirigenza del ruolo sanitario (47,2 anni) e più elevati per quella del ruolo tecnico (56,8 anni).

La distribuzione per genere vede una netta prevalenza del personale femminile: 81% nel ruolo amministrativo, 73% nel ruolo sanitario, 59% nel ruolo tecnico, risultano assenti unità di personale nel ruolo professionale. L'incidenza del personale femminile non risulta proporzionale alle posizioni dirigenziali: 52% del personale dirigente sanitario, 17% nella dirigenza tecnica e 40% nel ruolo amministrativo; un'incidenza totale del 52% sul personale dirigente contro un'incidenza totale del 71% sul personale totale, seppur si registra un aumento tra il 2013 ed il 2016 (+4,18%).

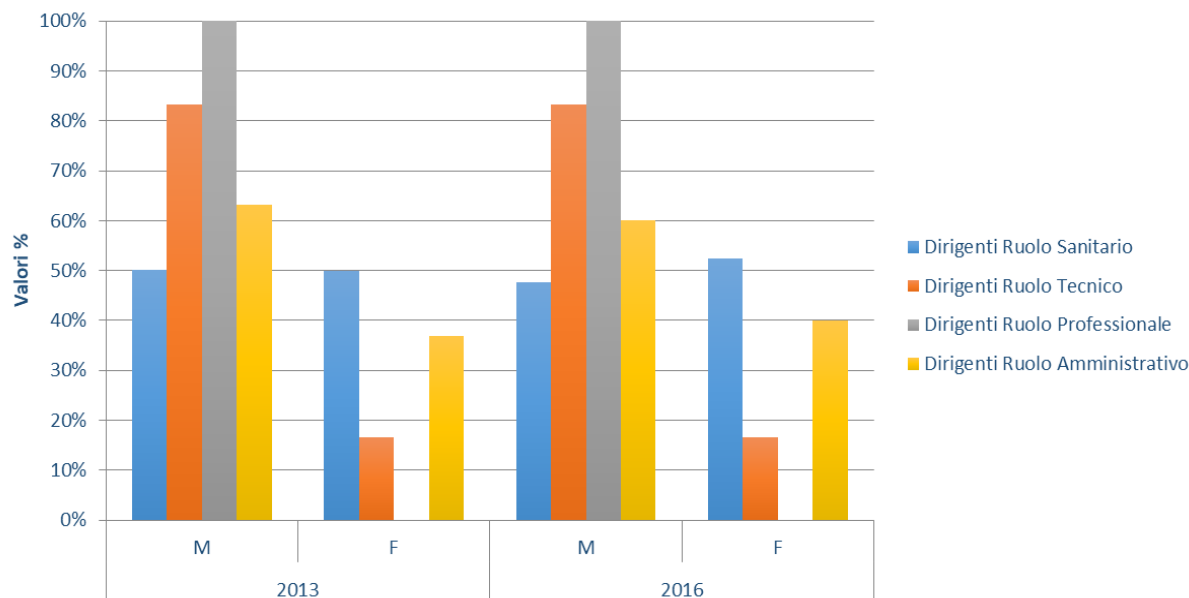
Figura 3.14 - Composizione personale APSS Trento per sesso e ruolo



Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

Riepilogando l'APSS di Trento, con 14,9 unità ogni 1.000 abitanti, presenta un numero di unità di personale dipendente del servizio sanitario, in rapporto alla popolazione, circa il 40% superiore a quello medio nazionale (10,5), ma inferiore a quello riscontrato nel servizio sanitario della provincia di Bolzano (16,7), ed il 14% superiore a quello del Nord-Est (13,0 unità ogni 1.000 abitanti).

Figura 3.15 - Composizione personale dirigente APSS Trento per sesso e ruolo



Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

Rapportandolo all'offerta dei posti letto per le strutture di ricovero pubbliche la P.A. di Trento presenta un valore di 3,5 unità di personale superiore al valore medio (2,5 unità) e alla ripartizione di afferenza (2,7 unità) e inferiore alla P.A. di Bolzano (4,60 le unità di personale per posto letto).

Si delinea un modello assistenziale con una forte prevalenza della gestione dei pazienti in fase non acuta e di conseguenza ad elevata intensità infermieristica. Si riscontra una media di 1,4 unità di personale infermieristico per posto letto nelle strutture di ricovero pubbliche, a fronte delle 1,2 della media nazionale, le unità di personale medico risultano in linea con il valore medio (0,5 medici per posto letto).

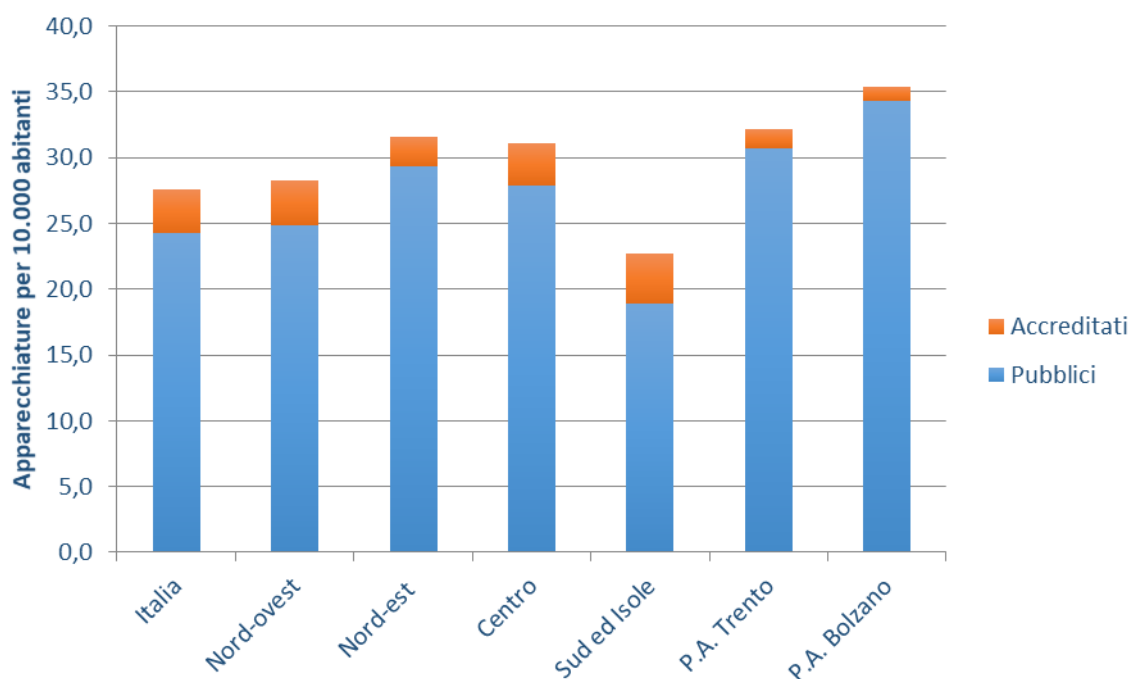
Dall'analisi del personale per ruolo appare evidente come nell'APSS di Trento ci sia una quota di personale del ruolo tecnico superiore alla media nazionale ed una prevalenza di personale

femminile nel ruolo sanitario (13,7 unità di personale femminile per 1.000 abitanti donna contro una media nazionale 9,6).

3.4 Tecnologie biomedicali

La distribuzione sul territorio trentino di grandi apparecchiature risulta essere superiore alla media nazionale: 27,6 il valore medio per 10.000 abitanti, 35,4 nella P.A. di Bolzano, 32,2 nella P.A. di Trento e 22,7 il valore minimo per le regioni del Centro.

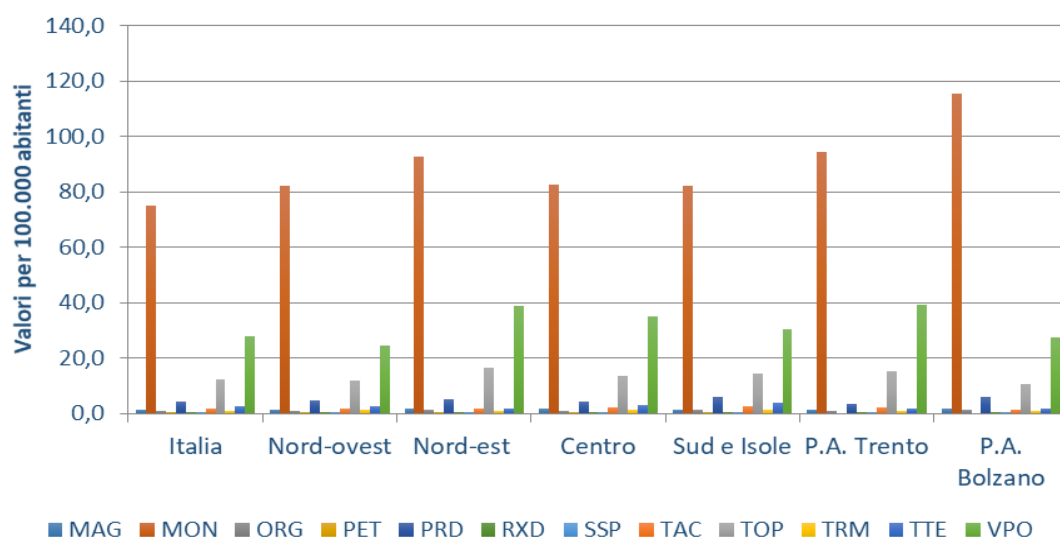
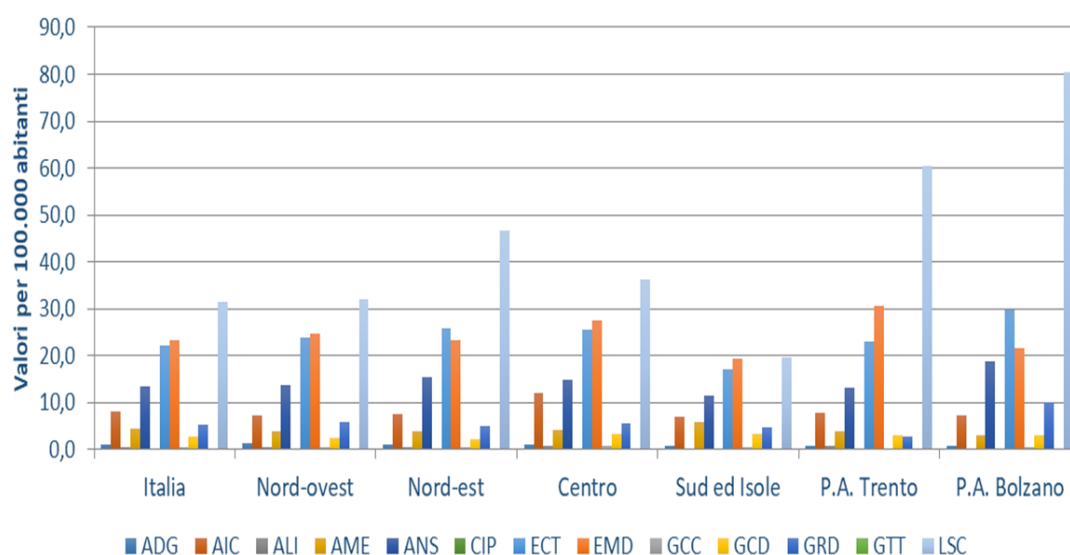
Figura 3.16 - Apparecchiature tecnico biomedicali di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento, il 95%, delle 1.708 apparecchiature complessive, è nelle strutture pubbliche: per 10.000 si hanno 30,7 apparecchiature nelle strutture pubbliche e 1,5 in quelle private.

Figura 3.17 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura nelle strutture di ricovero pubbliche, anno 2013



ADG: Angiografia digitale, sistema per; AIC: Analizzatore automatico per immunochimica; ALI: Acceleratore lineare; AME: Analizzatore multiparametrico selettivo; ANS: Anestesia, apparecchio per; CIP: Camera iperbarica; ECT: Ecotomografo; EMD: Emodialisi, apparecchio per; GCC: Gamma camera computerizzata; GCD: Contaglobuli automatico differenziale; GRD: Gruppo radiologico; GTT: Sistema TAC gamma camera integrato; LSC: Lampada scialitica; MAG: Mammografo; MON: Monitor; ORG: Ortopantomografo; PET: Tomografo ad emissione di positroni; PRD: Apparecchio portatile per radioscopia; RXD: Radiologia dentale panoramica, apparecchio per; SSP: Sistema CT/PET integrato; TAC: Tomografo assiale computerizzato; TOP: Tavolo operatorio; TRM: Tomografo a risonanza magnetica; TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico; VPO: Ventilatore polmonare.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

La P.A. di Trento si distingue per il numero di dispositivi per l'emodialisi e la ventilazione polmonare.

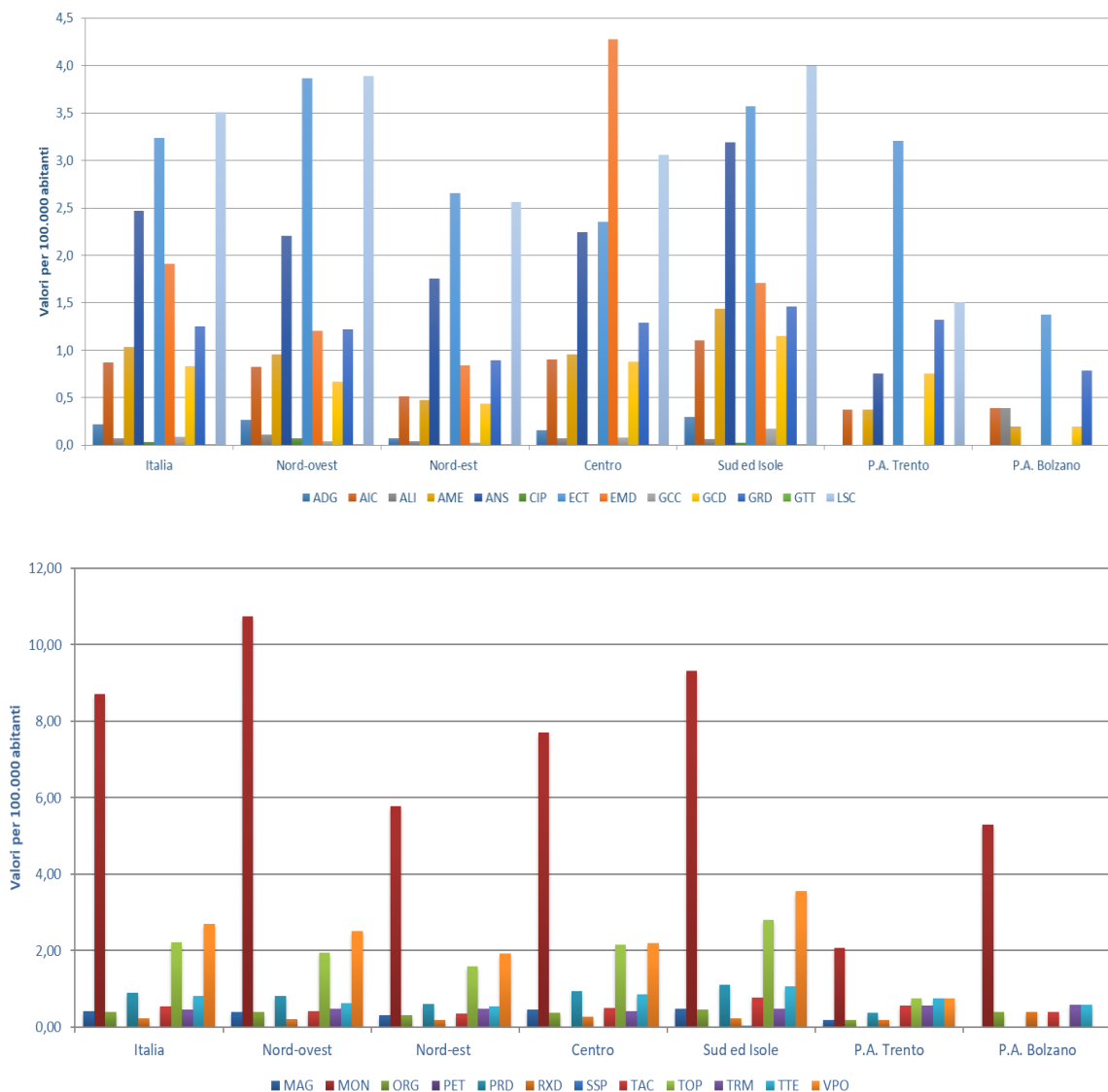
Nel 2013, nelle strutture pubbliche, risultano 162 apparecchiature per l'emodialisi, 30,5 per 100.000 abitanti (rispetto ad una media di circa 23 per 100.000 abitanti nelle altre Regioni).

Le apparecchiature per la ventilazione polmonare meccanica, al 2013, sono 209, nella misura di 39,4 per 100.000 abitanti (rispetto ad un valore Italia di 27,9 per 100.000 abitanti).

Dall'ottobre 2014 è inoltre attivo il Centro di Protonterapia (uno dei due ad oggi attivi su tutto il territorio nazionale) presso il capoluogo di Provincia, peraltro riconosciuto ed inclusa nei LEA nel loro ultimo aggiornamento, contenuto nel DPCM del 12 gennaio 2017.

L'inclusione nei LEA fa presagire un incremento della mobilità attiva verso il trentino.

Figura 3.18 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture private accreditate, anno 2013



ADG: Angiografia digitale, sistema per; AIC: Analizzatore automatico per immunochimica; ALI: Acceleratore lineare; AME: Analizzatore multiparametrico selettivo; ANS: Anestesia, apparecchio per; CIP: Camera iperbarica; ECT: Ecotomografo; EMD: Emodialisi, apparecchio per; GCC: Gamma camera computerizzata; GCD: Contaglobuli automatico differenziale; GRD: Gruppo radiologico; GTT: Sistema TAC gamma camera integrato; LSC: Lampada scialitica; MAG: Mammografo; MON: Monitor; ORG: Ortopantografo; PET: Tomografo ad emissione di positroni; PRD: Apparecchio portatile per radioscopia; RXD: Radiologia dentale panoramica, apparecchio per; SSP: Sistema CT/PET integrato; TAC: Tomografo assiale computerizzato; TOP: Tavolo operatorio; TRM: Tomografo a risonanza magnetica; TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico; VPO: Ventilatore polmonare.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

3.5 Box di approfondimento: Tecnologie ICT

L'utilizzo di strumenti di ICT (*Information and Communications Technology*) in Sanità rappresenta un fattore strategico che permette di perseguire al contempo la razionalizzazione delle risorse utilizzate, l'appropriatezza delle prestazioni ed il miglioramento degli *outcome* sanitari. Tali applicazioni riguardano numerosi ambiti; dal governo della domanda, alla gestione dell'assistenza, all'amministrazione e controllo nelle strutture sanitarie.

Le dinamiche di crescita del mercato ICT nella Sanità (2014–2018), mostrano, dopo un periodo di riduzione degli investimenti, una stima in aumento del +14%. L'aumento più consistente si rileva nella spesa della Sanità territoriale, a sostegno delle politiche di continuità assistenziale e della digitalizzazione dei processi clinici (Osservatorio Assinform sull'ICT nella Pubblica Amministrazione 2016).

L'assenza di flussi informativi dedicati non consente di fare un *benchmarking* tra le diverse ripartizioni e quindi di rilevare la "posizione" del SSP trentino in tema di ICT; ci si limita in questo paragrafo ad elencare le soluzioni di ICT ivi adottate.

Le due soluzioni evidentemente innovative sono rappresentate da:

- Piattaforma tecnologica "TreC" di sanità elettronica denominata Cartella Clinica del Cittadino; un progetto inter-disciplinare e inter-istituzionale nato, in fase sperimentale, nel 2008, divenuto nel 2012 un servizio del sistema sanitario provinciale offerto dall'APSS che consente a tutti i cittadini (residenti o domiciliati), che abbiano attivato la propria Tessera Sanitaria, di:
 - consultare in ogni momento i referti *on-line* senza alcun limite temporale
 - tenere un diario della propria salute
 - consultare le ricette farmaceutiche e/o specialistiche

- pagare *on-line* le prestazioni
- gestire la cartella dei propri figli²⁰.
- Sistema @home, un progetto che, grazie ad una app *mobile*, e all'utilizzo di piattaforme di ultima generazione, permette il collegamento tra il paziente a domicilio ed i professionisti in tempo reale.

Di recentissima introduzione (Giugno 2018) è l'App 'Trentino Salute +', che promuove la salute e gli stili di vita sani, attraverso un sistema di incentivi, sociali e personali. Ogni cittadino trentino, dopo essersi autenticato con la tessera sanitaria, compila un questionario sulle abitudini alimentari, l'attività fisica praticata, la propensione ai cosiddetti comportamenti a rischio (alcol e fumo) e il proprio grado di inclusione sociale (volontariato e associazionismo). Una volta definito quanto è sano il proprio stile di vita (punti salute da 0 a 1.000), vengono suggeriti gli ambiti in cui è possibile migliorare e proposte alcune sfide personalizzate per tenersi in salute (mangiare tot porzioni di frutta e verdura, fare tot minuti di attività fisica ecc.). Il cittadino viene quindi guidato da un coach virtuale e "incentivato", sia da un punto di vista sociale sia personale, maturando dei "punti social" che potranno essere destinati ad un'iniziativa di promozione della salute promossa da un'associazione. Si può donare, ma anche contemporaneamente ottenere sconti e omaggi per l'acquisto di prodotti/servizi attinenti la Salute e i sani stili di vita offerti.

In generale, ai *software* gestionali amministrativi "comuni", e presumibilmente presenti nella quasi totalità dei servizi sanitari regionali (anagrafica assistiti e assistibili, CUP, gestione del personale e delle prestazioni, gestionale di farmacia, gestionale delle prestazioni ospedaliere), in Trentino si affiancano altri più specifici quali quelli per la gestione di: Nucleo Prevenzione e Protezione, Medicina Legale, terapia informatizzata in reparto (Sistema Tecum), Sistema Informativo Territoriale (Psichiatria, disturbi del comportamento alimentare, Continuità assistenziale),

20

<https://trec.trentinosalute.net>

registrazione refertazioni della Medicina Nucleare, sistema per l'acquisizione da sorgenti HD di immagini e filmati a supporto della UO di Gastroenterologia, Sistema di gestione della medicina fisica e riabilitativa, Sistema di gestione clinica Dermatologia, Sistema informativo di gestione del 118, della medicina trasfusionale, della Terapia Intensiva e Neonatologia, Sistema di tracciatura dei dispositivi medici in sala operatoria, supporto al coordinamento del Centro Riferimento Trapianti P.A. DI TRENTO e RTT, Sistema Informativo di Laboratorio, Sistema informativo dei servizi dietetica e nutrizione clinica, gestione del registro tumori a supporto del servizio epidemiologia clinica e valutativa, Sistema informativo dell'UO di Psicologia, a supporto dell'Unità di Procreazione Medicalmente Assistita, dell'Anatomia patologica, di Nefrologia e Emodialisi, della Unità di Senologia, Sistema informativo di radiodiagnostica RIS – PACS.

L'importante livello d'informatizzazione del SSP trentino, oltre a rappresentare un valore in termini di sicurezza delle informazioni e tracciabilità dei flussi, e anche di risparmio temporale nell'esecuzione delle prestazioni, oltre che di qualità nel servizio fornito al cittadino, rappresenta uno strumento di supporto fondamentale per la programmazione delle politiche sanitarie, consentendo una rilevazione tempestiva delle attività erogate e del relativo utilizzo delle risorse.

Tabella 3.11 - Soluzioni ICT del SSP di Trento, anno 2016

Elenco soluzioni ICT in uso	Ambito di utilizzo
Sistema di Anagrafe Centralizzata	Anagrafe degli assistiti e degli assistibili
Sistema Antivirus TrendMicro	<i>TrendMicro antivirus antispamming</i>
CNS	Sistema di firma digitale
Farmaceutica e Statistiche	Servizi di gestione del Contratto Farmaceutica e Statistiche Convenzione.
Servizi Ampere	Connettore per interoperabilità con la medicina primaria

Tabella 3.11 - Soluzioni ICT del SSP di Trento, anno 2016

Elenco soluzioni ICT in uso	Ambito di utilizzo
Sistemi Eusis e Ippocrate	Sistemi di gestione dei processi amministrativi
Servizio di Noleggio Postazioni di lavoro	Contratto di Fleet Management PdL
Sistema Gestione del Personale - Peoplesoft	Sistema informativo per la gestione del personale e delle prestazioni
Sistema Gestione paghe - SigmaHR	Sistema di gestione delle timbrature, dei cedolini e delle buste paga dei dipendenti
Portale aziendale	Hosting del portale www.apsss.tn.it , Liferay ecc.
RDBMS - Oracle	Sistemi di gestione delle basi dati aziendali
Networking (varie tecnologie e apparati)	Sistemi di gestione dell'infrastruttura HW e SW di rete
DataCenter	Sistemi di gestione del data center aziendale
Sistema Informativo ATLANTE	Sistema informativo a supporto dei processi di integrazione socio-sanitaria
Sistema informativo direzionale	Sistema a supporto dei processi di controllo di gestione
MS Office	SW di produttività individuale <i>word processing</i> , fogli di calcolo, client di posta elettronica ecc.
TALETE	Sistema di gestione documentale del Nucleo Prevenzione e Protezione
Sistema AML	Sistema informativo della Medicina Legale
Sistema ECM	Sistema Informativo per la gestione dei crediti formativi ECM
Sistema Informativo Terapia e Somministrazione	Sistema Tecum per la terapia informatizzata in reparto
Sistema informativo di assistenza domiciliare	Sistema <i>cloud @Home</i> per l'assistenza domiciliare nei piani ADI, ADINF, ADCP ecc.
SIT	Sistema Informativo Territoriale

Tabella 3.11 - Soluzioni ICT del SSP di Trento, anno 2016

Elenco soluzioni ICT in uso	Ambito di utilizzo
	(Psichiatria, disturbi del comportamento alimentare, Continuità assistenziale)
Sistema Informativo Ospedaliero	Sistema di gestione dei ricoveri, delle prestazioni ambulatoriali e del PS
<i>Repository Referti</i>	<i>Repository</i> centralizzato di gestione e archiviazione dei documenti prodotti da tutti i sistemi clinici
<i>Speech Magic</i>	Sistema per la registrazione delle refertazioni della Medicina Nucleare
Sistema Endox e ISOLAB	Sistema per l'acquisizione da sorgenti HD di immagini e filmati a supporto della UO di Gastroenterologia
<i>Arkimede</i>	Sistema di gestione della medicina fisica e riabilitativa
<i>Dermasys Oncosys e Trentino Biobank</i>	Sistema di gestione clinica Dermatologia
Emma	Sistema informativo di gestione del 118
<i>Emonet e FullTrace</i>	Sistema informativo della medicina trasfusionale
<i>Digistat</i>	Sistema informativo della UO Terapia Intensiva e Neonatologia
<i>Dcare</i>	Sistema di tracciatura dei dispositivi medici in sala operatoria
Servizi coordinamento Centro Trapianti	Servizi di supporto al coordinamento del Centro Riferimento Trapianti P.A. di Trento e RTT
Sistema Laboratorio Sanità Pubblica	Sistema a supporto del Laboratorio Sanità Pubblica
LIS	Sistema Informativo di Laboratorio
FlexLab	Sistema per la gestione della catena pneumatica di laboratorio ad alta automazione
GEDIP	Sistema informativo dei servizi dietetica e nutrizione clinica

Tabella 3.11 - Soluzioni ICT del SSP di Trento, anno 2016

Elenco soluzioni ICT in uso	Ambito di utilizzo
CRT TOOL	Software per la gestione del registro tumori a supporto del servizio epidemiologia clinica e valutativa
<i>Moniser</i>	Sistema informativo dell'UO di Psicologia
<i>MedStation-Radflow, ClinicalSphere</i>	Sistemi informativi a supporto dell'Unità di Procreazione Medicalmente Assistita
Armonia	Sistema informativo dell'UO di Anatomia patologica
SI Nefrologia	Sistema informativo dell'UO di Nefrologia e Emodialisi
Screening Mammografico	Sistema informativo a supporto della Unità di Senologia
Telefonia	Servizi di telefonia fissa e mobile
TreC	Cartella Clinica del Cittadino
CUP	Centro Unico Prenotazioni
Sistema FUJI	Sistema informativo di radiodiagnostica RIS - PACS
<i>Qlik</i>	Sistema analitico per la BI
<i>Middleware</i> di integrazione	Piattaforma per l'integrazione dei sottosistemi clinici e amministrativi (Mulesoft)

Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

3.6 Conclusioni

Le recenti evoluzioni demografiche che hanno interessato la popolazione trentina (rapido invecchiamento e crescita prevista nei prossimi cinquant'anni) hanno portato alla necessità di orientare le politiche sanitarie provinciali verso il rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio ed il potenziamento dell'offerta extra-ospedaliera, al fine di soddisfare i bisogni emergenti e multidimensionali della popolazione e garantire quindi un buon livello di salute alla popolazione.

Fra queste si cita la riorganizzazione dell'APSS, introdotta nel 2017 (fase implementativa ancora in corso), che prevede il superamento del modello basato sui distretti socio-sanitari, approdando verso un modello per processi che permetta di migliorare la qualità delle prestazioni attraverso la vicinanza al cittadino.

La P.A. di Trento presenta un numero di presidi per abitante superiore alla media nazionale e della ripartizione di afferenza, ma il livello è omogeneo a quello delle altre aree caratterizzate da analoga orografia. Si tratta di un'offerta prevalentemente pubblica (il suo contributo sulla totale supera quello nazionale e della ripartizione di afferenza).

Anche il numero di posti letto totali (pubblici e privati accreditati) in rapporto alla popolazione, (4,2 ogni 1.000 abitanti), è superiore alla media nazionale (3,8) ma in linea con quelli della P.A. di Bolzano (4,2) e della media del Nord-Ovest (4,0), realtà con caratteristiche geografiche abbastanza simili.

Rispetto al 2013, si è realizzata una contrazione dei PL totali del -1,6%, con un potenziamento del regime diurno del +8,7% ed una riduzione di quello ordinario del 2,7%.

Scomponendo l'offerta di posti letto per tipo di attività si riscontra come quella per acuti sia pari a quella media nazionale, quella in lungodegenza e riabilitazione è invece superiore alla media nazionale ma anche a quella alto-atesina (sebbene in minor misura). In particolare, si riscontra un'offerta di posti letto

nelle residenze in rapporto alla popolazione over 75 (92 ogni 100.000 abitanti) che è circa tre volte superiore a quella media nazionale e circa un terzo superiore a quella media della ripartizione geografica di afferenza.

In Trentino si rileva anche un'offerta di posti letto diurni superiore alla media nazionale: i *Day Surgery* superano di 3 punti percentuali il valore medio nazionale, i *Day Hospital*, rappresentano il 9% dell'offerta totale di posti letto nelle strutture pubbliche, circa un punto percentuale in più rispetto alla media nazionale; rispetto al 2013 sono aumentati del +8,7%.

Rispetto al 2013, alla riduzione dei posti letto nei presidi ospedalieri (-1,6% totali di cui -2,7% in regime ordinario), si è affiancato un potenziamento delle strutture extra ospedaliere, da 39,8 e 47,2 ogni 100.000 abitanti, 14,7 gli ambulatori e laboratori, 7,2 le strutture semiresidenziali, 17,7 le residenziali e 7,6 il dato per 100.000 abitanti per gli altri tipi di struttura.

Si delinea quindi un quadro di politica sanitaria che ha istituzionalizzato il ricorso alle strutture di ricovero non in acuzie (residenziali, semiresidenziali, riabilitazione): la scelta appare coerente con l'elevata quota di famiglie unipersonali (superiore alla media nazionale ed in crescita, con 2 famiglie in più ogni 100 rispetto al 2013) rispetto alla media nazionale; la politica adottata in termini di offerta, tende a renderla anche coerente con il rapido invecchiamento della popolazione trentina, e in particolare con la prevista crescita della popolazione over 75 (cfr. Capitolo 1)

La sanità trentina rappresenta anche un importante indotto per la provincia: il 44% dei dipendenti (pubblico e privato) operano nel servizio sanitario provinciale, a fronte di un 38% riscontrano a livello nazionale.

Rapportando il personale all'offerta dei posti letto per le strutture di ricovero pubbliche la P.A. di Trento presenta un valore di 3,5 unità di personale superiore al valore medio (2,5 unità) e alla ripartizione di afferenza (2,7 unità) e inferiore alla P.A. di Bolzano (4,6 le unità di personale per posto letto).

La distribuzione del personale non afferente alle strutture di ricovero evidenzia l'attenzione della P.A. di Trento verso i servizi sanitari territoriali: 2,9 le unità per 1.000 abitanti, 3,7 nella P.A. di Trento e 0,8 nella P.A. di Bolzano.

Si delinea un modello assistenziale ad elevata intensità infermieristica. Si riscontra una media di 1,4 unità di personale infermieristico per posto letto nelle strutture di ricovero pubbliche, a fronte delle 1,2 della media nazionale, le unità di personale medico risultano in linea con il valore medio (0,5 medici per posto letto).

Dall'analisi del personale per ruolo appare evidente come nell'APSS di Trento ci sia una quota di personale del ruolo tecnico superiore alla media nazionale ed una prevalenza di personale femminile nel ruolo sanitario (13,7 unità di personale femminile per 1.000 abitanti donna contro una media nazionale 9,6).

In Trentino si riscontra un ricorso alle soluzioni ICT di avanguardia, non solo di natura gestionale-amministrativa, ma anche quali servizi di supporto al cittadino (quali la cartella clinica del cittadino "TreC").

4. Finanziamento e spesa per la Sanità

4.1 Il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale

L'analisi del finanziamento può essere condotta tanto analizzando le fonti delle risorse messe a disposizione, quanto approfondendo i criteri di allocazione.

Per quanto concerne il primo aspetto, la Provincia autonoma di Trento (P.A. di Trento), a differenza delle Regioni a Statuto Ordinario, provvede con risorse proprie, secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 3 della L. 724/1994, al completo finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale (SSP), senza oneri a carico del bilancio dello Stato.

Nel caso delle Regioni a Statuto Speciale assume, quindi, maggiore rilevanza l'effettiva disponibilità di risorse, essendo cogente il legame fra sostenibilità del finanziamento e risorse prodotte, dove per le Regioni a Statuto Ordinario il "vincolo" è, invece, rappresentato dalla corrispondenza fra spesa finanziata e bisogno, quest'ultimo per lo più stimato in base all'età della popolazione residente.

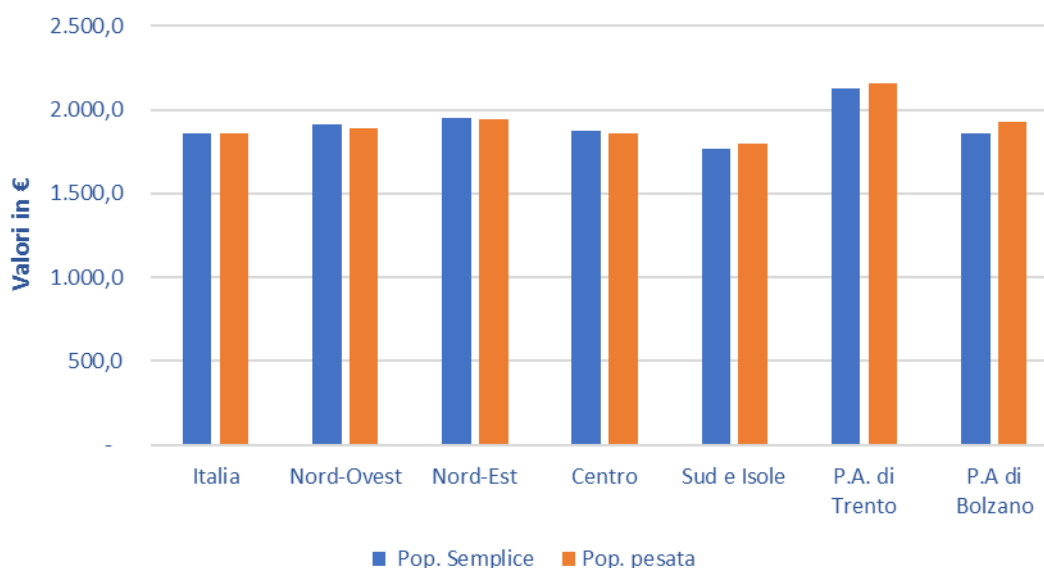
Nella P.A. di Trento, di fatto, la determinazione del livello di risorse per la Sanità è basata su un *mix* di estrapolazione del *trend* storico di spesa, e di programmazione per obiettivi specifici, che porta ad aggiungere ulteriori risorse per la realizzazione di specifici progetti di salute.

Per quanto premesso, e in considerazione del fatto che lo sviluppo economico della Provincia (cfr. Capitolo 1) è significativamente maggiore della media nazionale, non stupisce, quindi, che le risorse destinate alla Sanità siano anch'esse mediamente più elevate.

Il dato è evidente nei confronti, anche tenendo conto delle diverse strutture demografiche mediante standardizzazione della popolazione: il finanziamento della Sanità nella P.A. di Trento ammonta a € 2.157,3 pro-capite, contro un valore medio nazionale di € 1.861,6 pro-capite (€ 1.924,3 nella P.A. di Bolzano,

€ 1.940,4 nel Nord-Est, € 1.889,7 nel Nord Ovest; € 1.860,0 nelle Regioni centrali; € 1.794,8 Sud e Isole²¹).

Figura 4.1 - Finanziamento pro-capite, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato – © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2013 ed il 2016 il finanziamento pro-capite della P.A. di Trento è aumentato di € 406,4 in termini nominali, che in termini reali equivale ad un incremento di € 377,4 per cittadino.

La crescita è stata molto più sostenuta di quella delle altre aree, che è stata di +€ 55,0 pro-capite nella media nazionale, +€ 26,9 nella vicina Provincia autonoma di Bolzano, +€ 42,0 pro-capite nel Nord-Ovest, +€ 52,8 nel Nord-Est, +€ 45,9 nel Centro, e, infine, +€ 71,1 nel Sud e Isole.

Va, però, sottolineato che tale incremento del finanziamento può essere largamente ascritto all'istituzione del

²¹ Tutti i valori si riferiscono alla popolazione standardizzata.

Fondo per l'Assistenza Integrata (FAI)²² a partire dal 2015: quindi ad una precisa scelta di politica sanitaria deputata a sviluppare il settore dell'integrazione socio-sanitaria.

La Legge Provinciale 16/2010 ha espressamente previsto che “Le prestazioni relative ai livelli aggiuntivi di assistenza sanitaria e quelle relative all'area dell'integrazione socio-sanitaria disciplinata dall'articolo 21 sono finanziate dal Fondo Provinciale per l'Assistenza Integrata (FAI), appositamente istituito nella sezione corrente del bilancio della Provincia...”; per quanto concerne la destinazione dei fondi, il richiamato art. 21, specifica che “La Provincia, assieme ai Comuni e alle Comunità istituite....promuove l'integrazione socio-sanitaria dei servizi finalizzati a soddisfare i bisogni di salute della persona che necessitano dell'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale, allo scopo di garantire la continuità curativa e assistenziale nelle aree materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze”.

Tabella 4.1 – Variazione del finanziamento pro-capite

	Var % 2015/2013		Var % 2016/2013	
	Nominale	Reale	Nominale	Reale
Italia	39,9	34,0	60,6	55,0
Nord-Ovest	33,4	27,9	46,7	42,0
Nord-Est	38,8	32,9	58,3	52,8
Centro	26,4	21,4	50,9	45,9
Sud e Isole	53,0	46,4	77,7	71,1
P.A. di Trento	402,9	372,2	406,4	377,4
P.A. di Bolzano	32,0	26,6	30,5	26,9

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato- © C.R.E.A. Sanità

²² Maggiori dettagli sul FAI e sul suo funzionamento, saranno dati nelle pagine che seguono.

Le tendenze sopra descritte si confermano per il 2017: dall'esame della struttura del finanziamento corrente del SSP, riportato nella Missione 13 "Tutela della salute" delle Leggi di Bilancio provinciali, emerge come il finanziamento complessivo abbia superato € 1,1 mld., con un incremento del 2,6% rispetto al 2016.

Le assegnazioni da garantire all'APSS per garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo le stime CIPE, sono aumentate di circa il 2,7%; quelle assegnate al Fondo per l'Assistenza Integrata (FAI), deputate a finanziare tanto prestazioni extra LEA, che una rivalutazione dei LEA nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, hanno riportato un aumento del 2,3%, a cui si aggiungono le risorse per prestazioni non previste nei LEA, che sono cresciute dello 0,5%.

In definitiva il finanziamento della spesa sanitaria avviene attraverso il Fondo Sanitario Provinciale (FSP), il FAI e i trasferimenti all'APSS per l'erogazione di servizi non compresi nei LEA, struttura che evidenzia come caratteristica peculiare del finanziamento del SSP è che non si limita alla copertura delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA (e alcuni extra-LEA), garantendo piuttosto anche le prestazioni sociali integrate con quelle sanitarie, per le quali si avvale poi del supporto delle Comunità di valle.

Al fine di effettuare un corretto confronto dell'entità del finanziamento con quello delle altre Regioni, e quindi anche della spesa, diviene allora essenziale attribuire ai servizi finanziati la loro corretta natura, di LEA o extra-LEA, o anche di "super-LEA", intendendo con ciò il finanziamento di livelli di servizio che superano i valori di riferimento utilizzati ai fini del monitoraggio degli adempimenti LEA.

Di fatto, l'attribuzione esatta delle risorse stanziare annualmente con il FAI all'una o l'altra "categoria" risulta ad oggi impossibile, in carenza tanto di un sistema sviluppato di contabilità analitica, capace di rendere evidente il fenomeno, quanto di esplicite indicazioni nazionali sui contenuti quali-quantitativi dei LEA.

Si noti che, fino al 2016, il FAI e alcune risorse destinate a specifiche prestazioni extra-LEA (capitolo 441040) erano contabilizzate come risorse aggiuntive della Provincia, quindi extra fondo, a titolo di copertura extra-LEA; dal 2017 le risorse stanziare per il FAI sono invece state contabilizzate come risorse aggiuntive della Provincia, sempre extra fondo, ma in larga misura a titolo di copertura LEA.

Questo cambiamento sembra contabilmente giustificato dalla destinazione del FAI che, in larga misura, è riconducibile all'erogazione di assistenza di tipo residenziale e domiciliare, che sono in effetti voci ricomprese nei LEA: va, però, osservato che, nella misura in cui va a finanziare livelli di prestazioni decisamente superiori a quelli medi nazionali, assunti a base dei valori di riferimento adottati nella Griglia LEA (cfr. Capitolo 6), potrebbe quanto definirsi una sorta di finanziamento di "super-LEA".

Tabella 4.2 – Finanziamento corrente APSS riportato nella Missione 13 "Tutela della Salute"

Capitolo	Denominazione	2016 (€ mln)	2017 (€ mln)	Comp. % Anno 2017	Var. % 2017/2016
41000-001	Assegnazioni APSS per LEA	919,362	944,308	83,45	2,71
441040	Assegnazioni APSS per extra LEA	18,670	18,770	1,66	0,54
442000	Fondo per l'assistenza integrata (FAI)	164,700	168,520	14,89	2,32
	Totale	1.102,732	1.131,598	100,00	2,62

Fonte: DGP 2400 del 2015; DGP 2413 e DGP 2534 del 2016; DGP 696, 1775 e 2346 del 2017 - Missione 13 "Tutela della salute"

Dall'analisi delle Delibera della Giunta Provinciale, si ricava che per il 2017 per il FAI sono stati previsti oltre € 170,00 mln. di cui quasi il 75,0% destinato alle convenzioni con le RSA, il 22,1% all'integrazione socio-sanitaria ed il residuale 3,3% per ulteriori oneri a carico delle RSA.

Tabella 4.3 - Capitolo di spesa 442000 "Fondo per l'Assistenza Integrata"

Descrizione	2015 (€)	Comp. % Anno 2015	2016 (€)	Comp. % Anno 2016	2017 (€)	Comp. % Anno 2017
	Integrazione socio-sanit.-ISS art. 21 L.P. 16/2010 - FAI	35.258.609,25	21,34	34.628.109,25	21,01	37.523.000,00
Ass. riabilitativa	n.d.	-	350.000,00	0,21	350.000,00	0,21
Ass. psichiatrica res. e semires.	n.d.	-	5.543.109,25	3,36	5.500.000,00	3,23
Ass. spec. amb. e domocil. dis. in istituti privati	n.d.	-	255.500,00	0,16	145.000,00	0,09
Ass. socio-sanit. ril. sanit. - Hospice	n.d.	-	906.500,00	0,55	2.052.000,00	1,21
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. tossicodipendenti	n.d.	-	2.000.000,00	1,21	2.400.000,00	1,41
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. AIDS	n.d.	-	505.000,00	0,31	n.d.	-
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. SAD in ADI e ADI CP ADPD (lordo ticket)	n.d.	-	3.160.000,00	1,92	3.500.000,00	2,06
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Centri diurni per anziani/Alzheimer (lordo ticket)	n.d.	-	6.160.000,00	3,74	6.320.000,00	3,72
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Centri res. per dis.	n.d.	-	11.650.000,00	7,07	12.810.000,00	7,53
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Centri diurni socio-riab. per dis.	n.d.	-	1.668.000,00	1,01	1.535.000,00	0,90
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid.	n.d.	-	600.000,00	0,36	768.000,00	0,45

Tabella 4.3 - Capitolo di spesa 442000 “Fondo per l’Assistenza Integrata”

Descrizione	Comp.		Comp.		Comp.	
	2015 (€)	% Anno 2015	2016 (€)	% Anno 2016	2017 (€)	% Anno 2017
Comunità socio-sanit. per minori						
Ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Comunità socio-sanit. per adulti	n.d.	-	1.830.000,00	1,11	2.143.000,00	1,26
Ass. socio-sanit. a ril. Sanit. - Convenzioni con RSA per assistenza ai non autosufficienti - FAI	124.564.000,00	75,39	124.600.000,00	75,59	127.000.000,00	74,67
Altri accantonamenti - oneri RSA - FAI	5.400.000,00	3,27	5.600.000,00	3,40	5.550.000,00	3,26
Totale	165.222.609,25	100,00	164.828.109,25	100,00	170.073.000,00	100,00

Fonte: Deliberazione di Giunta Provinciale 2400 del 2015 e Deliberazione di Giunta Provinciale 2413 del 2016 e Deliberazione di Giunta Provinciale 696 del 2017

Appare anche opportuno sottolineare come, nel 2017, oltre il 7,5% delle risorse destinate all’area dell’integrazione socio-sanitaria sia stato imputato ai centri residenziali per disabili.

In termini pro-capite il FAI garantisce € 315,8, con un incremento di oltre tre punti percentuali rispetto al 2016. La quota maggiore, € 235,8 pro-capite, è destinata all’assistenza prestata nelle RSA - ed anche in questo caso è stato preventivato un incremento di circa il 2,0% in confronto all’anno precedente – mentre € 69,8 pro-capite sono stati previsti per l’area dell’integrazione socio-sanitaria.

Tabella 4.4 - Capitolo di spesa 442000 “Fondo per l’Assistenza Integrata”

Descrizione	2017 (€)	Var. % 2016/2015	Var. % 2017/2016
Integrazione socio-sanit.-ISS art. 21 L.P. 16/2010 – FAI	69,67	-1,94	8,28
ass. riabilitativa	0,65	n.d.	-0,07
ass. psichiatrica res. e semires.	10,21	n.d.	-0,85
ass. spec. amb. e domocil. dis. in istituti privati	0,27	n.d.	-43,29
ass. socio-sanit. ril. sanit. - Hospice	3,81	n.d.	126,21
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Tossicodipendenti	4,46	n.d.	19,92
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. AIDS	-	n.d.	-100,00
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. SAD in ADI e ADI CP ADPD (lordo ticket)	6,50	n.d.	10,68
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Centri diurni per anziani/Alzheimer (lordo ticket)	11,73	n.d.	2,52
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Centri res. per dis.	23,78	n.d.	9,88
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Centri diurni socio-riab. per dis.	2,85	n.d.	-8,04
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Comunità socio-sanit. per minori	1,43	n.d.	27,91
ass. socio-sanit. ril. sanit. resid. e semiresid. Comunità socio-sanit. per adulti	3,98	n.d.	17,02
Ass. socio-sanit. a ril. Sanit. - Convenzioni con RSA per assistenza ai non autosufficienti – FAI	235,79	-0,12	1,85
Altri accantonamenti - oneri RSA - FAI	10,30	3,55	-0,96
Totale	315,77	-0,39	3,11

Fonte: Deliberazione di Giunta Provinciale 2400 del 2015 e Deliberazione di Giunta Provinciale 2413 del 2016 e Deliberazione di Giunta Provinciale 696 del 2017

Con questo approccio, l'83,4% delle assegnazioni va alla copertura dei LEA, di cui il 15,0% derivante dal FAI, e solo il

residuale 1,7% alle assegnazioni per la copertura degli extra-LEA del citato capitolo 441040.

Si noti che il maggior finanziamento della P.A. di Trento (+15,9%) approssimativamente coincide con la quota del FAI.

Si pone, quindi, un problema di confrontabilità con le altre realtà regionali, fatto confermato dal fatto che il FAI finanzia tanto prestazioni prettamente sanitarie, quanto sociali integrate con il settore sanitario, e quest'ultime, in molte altre Regioni, sono direttamente finanziate dai Comuni, trovando contabilizzazione nei rispettivi Bilanci.

Da un punto di vista economico, l'aggiunta del FAI al livello di risorse ritenuto congruo ad assicurare l'erogazione dei LEA secondo i "parametri" CIPE apre, in via di principio, la questione di quanta parte sia da ascrivere alla copertura di inefficienze nell'erogazione dei LEA e quanta al finanziamento di livelli aggiuntivi (super-LEA).

Considerando, però, che il FSP nella sua parte indistinta, e le entrate proprie dalle partecipazioni, già superano il teorico fabbisogno provinciale, così come stabilito nella Delibera CIPE, sembra ragionevole ritenere che si possa propendere per la larga prevalenza della seconda opzione (finanziamento di livelli aggiuntivi); quand'anche, ai sensi della destinazione del FAI anche a prestazioni sociali, che in altre Regioni sono in carico ai Comuni, un extra-LEA.

4.2 La spesa del Servizio Sanitario Provinciale

La P.A. di Trento, nel 2016, secondo "Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia"²³ elaborato dall'Istat, ha speso per la Sanità € 1.162,0 mln., in crescita dell'1,5% rispetto all'anno precedente. L'incremento tra il 2015 ed il 2016, della spesa sanitaria pubblica è generalizzato: l'incremento più marcato è quello della Provincia autonoma di Bolzano (+3,4%), mentre quello

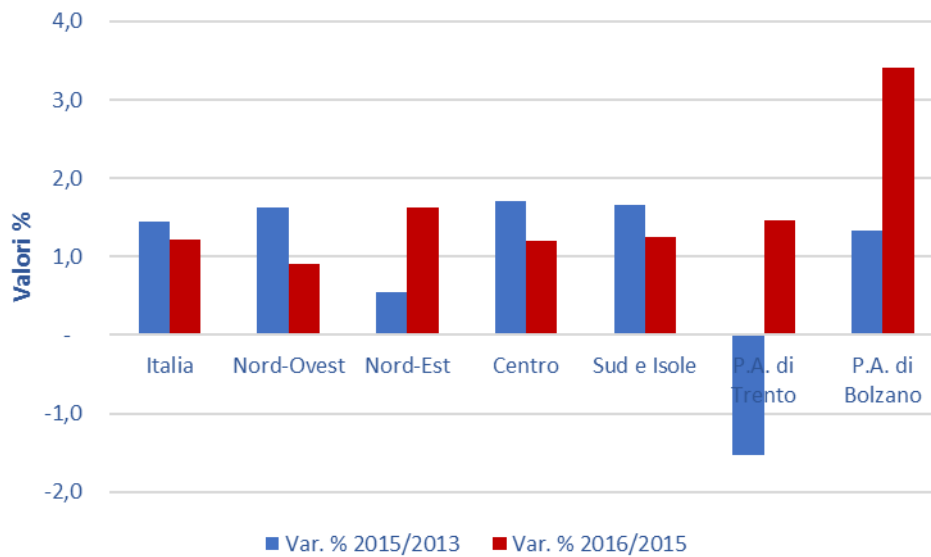
23

Si osserva che il nuovo sistema dei conti della sanità pubblicato dall'Istat è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) ed in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010).

più ridotto si registra, in media, nella ripartizione nord-occidentale (inferiore all'1,0%).

L'incremento nella P.A. di Trento ha in realtà compensato la contrazione, della medesima entità, registratosi tra il 2013 ed il 2015.

Figura 4.2 - Spesa sanitaria corrente pubblica



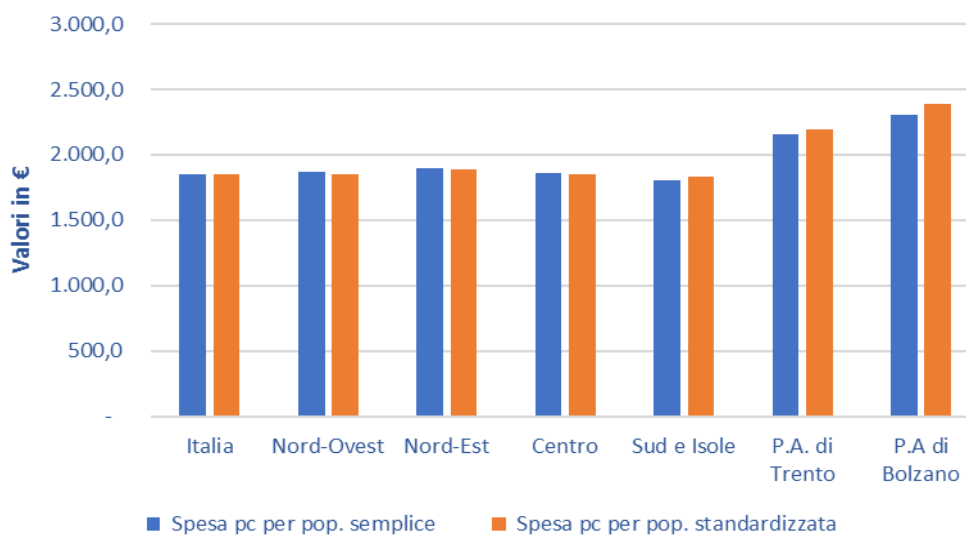
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, le due Province Autonome di Trento e Bolzano registrano la spesa pubblica pro-capite più elevata: maggiore (€ 2.309,2) in quella di Bolzano e a seguire (€ 2.160,2) in quella di Trento; per confronto, la media italiana è di € 1.849,2; nel Nord-Est di € 1.896,8; nel Nord-Ovest di € 1.867,6; nel Centro di € 1.859,8 e nel Sud e Isole di € 1.802,2.

Il confronto non cambia standardizzando²⁴ la popolazione in base ai bisogni.

24

La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative Delibere CIPE.

Figura 4.3 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite, anno 2016


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

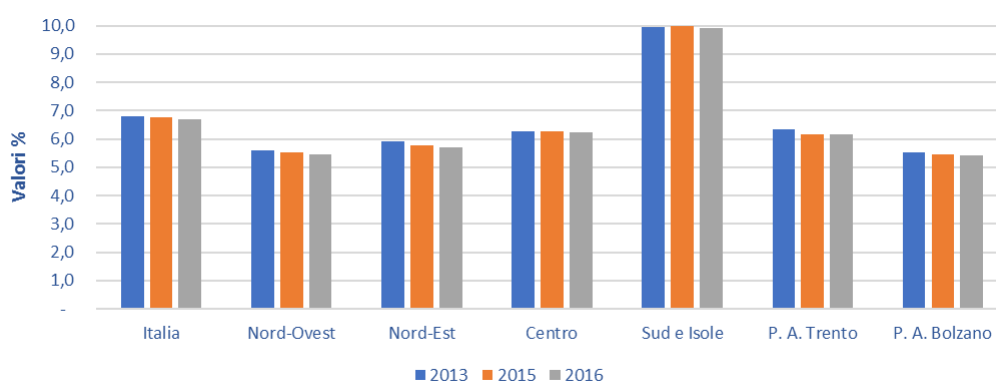
Tabella 4.5 - Variazione della spesa sanitaria pubblica pro-capite

Regioni	Popolazione effettiva		Popolazione standardizzata	
	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015
Italia	1,16	1,44	-0,41	1,44
Nord-Ovest	1,46	1,08	-0,22	1,19
Nord-Est	0,90	1,78	-0,75	1,80
Centro	-0,18	1,39	-1,28	1,40
Sud e Isole	1,87	1,55	0,16	1,45
P.A. di Trento	-1,30	1,31	-3,63	1,74
P.A. di Bolzano	1,17	2,93	-1,28	3,56

Fonte: elaborazioni su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Ri-leggendo i livelli di spesa in rapporto al PIL della Provincia, essi risultano sostanzialmente “sostenibili” e allineati alle Regioni del Centro Italia: la spesa sanitaria pubblica assorbe, nel 2016, il 6,2% del PIL regionale, valore superiore a quello della Provincia autonoma di Bolzano (5,4%) e della media delle Regioni settentrionali (Nord-Ovest 5,5%; Nord-Est 5,7%), in linea, invece, con quello delle Regioni centrali (6,2%) e largamente inferiore a quello delle Regioni meridionali (9,9%).

Figura 4.4 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento la quota di PIL assorbita dalla Sanità pubblica si è ridotta dello 0,2% tra il 2013 ed il 2016.

Nell'analisi della spesa pubblica, si consideri che la P.A. di Trento, così come le altre Regioni di piccole dimensioni, mostra un saldo di mobilità negativo, in larga misura legato alla mobilità di confine.

Tabella 4.6 - Saldi mobilità sanitaria interregionale

Regioni	2013 (€ mln.)	2015 (€ mln.)	2016 (€ mln.)
Nord-Ovest	476,56	478,40	457,04

Tabella 4.6 - Saldi mobilità sanitaria interregionale

Regioni	2013 (€ mln.)	2015 (€ mln.)	2016 (€ mln.)
Nord-Est	434,66	423,55	433,96
Centro	83,76	60,28	89,53
Sud e Isole	-994,97	-962,22	-980,54
P.A. di Trento	-15,44	-20,68	-18,06
P.A. di Bolzano	10,57	8,27	7,78

Fonte: elaborazione su dati Delibere CIPE - © C.R.E.A. Sanità

L'area assistenziale con la più elevata mobilità passiva, nei tre anni analizzati, è quella ospedaliera; mobilità in crescita del 13,7% tra il 2013 ed il 2015 e del 7,5% tra il 2015 ed il 2016.

Una mobilità passiva significativa si registra anche nella specialistica ambulatoriale e nella farmaceutica. Risultano, invece, attivi i flussi di mobilità legati all'assistenza termale ed al trasporto con elicottero ed ambulanza.

Tabella 4.7 - Saldo mobilità sanitaria interregionale per LEA

Mobilità interregionale per livello di assistenza	2013 (€ mln.)	2015 (€ mln.)	2016 (€ mln.)
Ass. collettiva	-	-	-
Ass. di base	-0,00	-0,03	-0,02
Ass. farmaceutica	-3,43	-3,97	-3,86
Ass. specialistica	-3,41	-3,89	-3,81
Ass. termale	1,09	1,15	1,12
Ass. ospedaliera	-12,86	-13,60	-14,63
Ambulanze, elisoccorso	1,54	2,59	1,83
Ass. amb. e dom.	-	-	-
Ass. semiresidenziale	-	-	-

Tabella 4.7 - Saldo mobilità sanitaria interregionale per LEA

Mobilità interregionale per livello di assistenza	2013 (€ mln.)	2015 (€ mln.)	2016 (€ mln.)
Ass. residenziale	-	-	-
Ass. protesica	-	-	-
Totale	-17,06	-17,76	-19,36

Fonte: Modelli LA APSS Trento

Per quanto riguarda la spesa privata pro-capite, nel 2016, essa è risultata pari a € 789,1. Standardizzando la popolazione, la P.A. di Trento presenta una spesa pari a € 801,1 pro-capite, inferiore di € 9,1 a quella della Provincia autonoma di Bolzano, ma superiore a quella di tutte le altre aree con cui viene effettuato il confronto (scarto € 62,2 pro-capite vs. Nord-Ovest; € 100,3 pro-capite vs. Nord-Est; € 193,4 pro-capite vs. Centro; € 204,4 pro-capite vs. Italia e € 382,7 pro-capite vs. Sud e Isole).

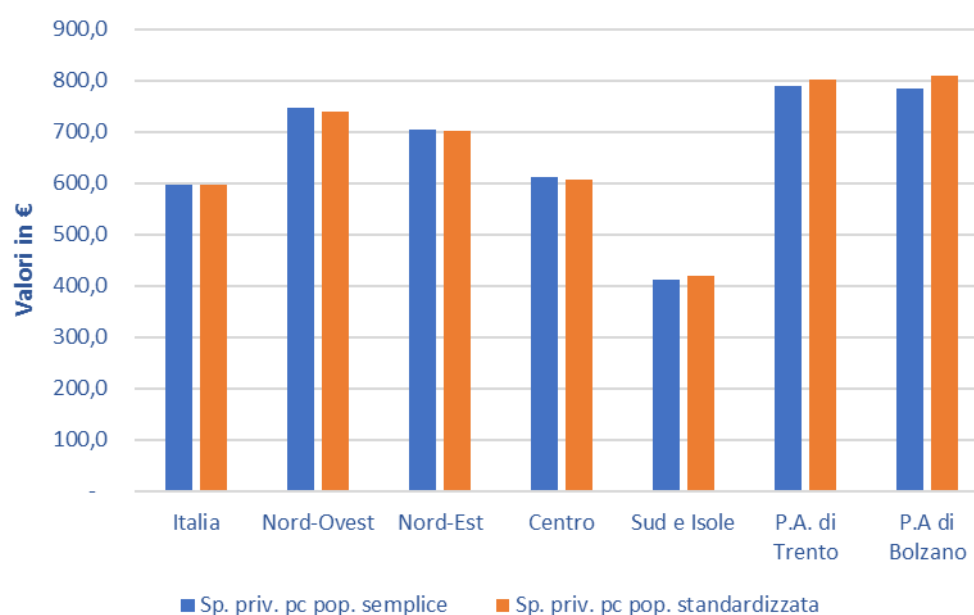
Figura 4.5 - Spesa privata pro-capite, anno 2016


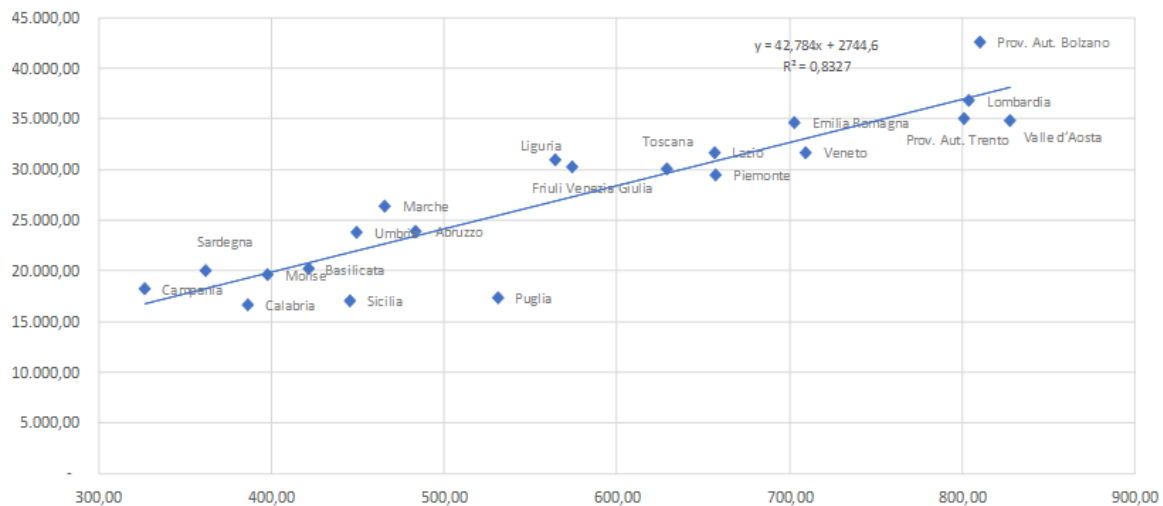
Figura 4.5 - Spesa privata pro-capite, anno 2016

Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Peraltro, la evidente correlazione esistente tra spesa privata e PIL pro-capite, evidenzia come i residenti della P.A. di Trento sostengano una spesa privata pro-capite inferiore a quella attesa rispetto alle loro capacità reddituali medie.

La Figura seguente indica come i residenti della P.A. di Bolzano abbiano la spesa in "eccesso" maggiore, e quelli della Valle d'Aosta e della P.A. di Trento la spesa "in difetto" maggiore, a significare come il livello di copertura pubblico sia mediamente maggiore che nelle altre aree.

Figura 4.6 - Correlazione tra spesa privata standardizzata e PIL (Valori in €), anno 2016

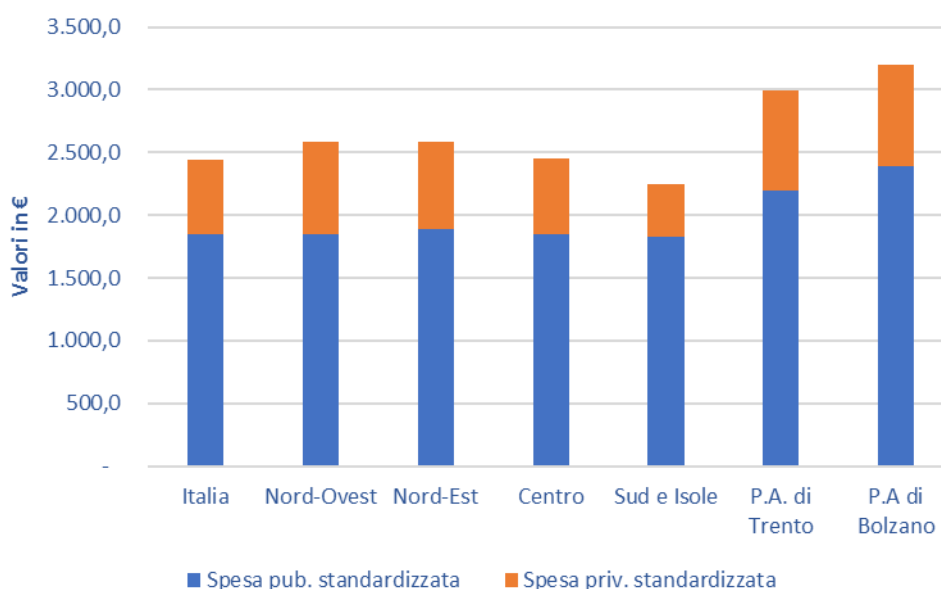


Fonte: elaborazioni su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

A indiretta riprova di ciò, la quota famiglie impoverite e quella di famiglie con disagi economici per spese sanitarie, risulta la più bassa in Italia (il dato si riferisce al Trentino Alto Adige; Cfr. Capitolo 1).

Complessivamente, nella P.A. di Trento la spesa totale standardizzata per cittadino si stima sia di circa a € 2.994,0 nel 2016²⁵: valore inferiore di circa il 6,4% (ovvero € 204,4 pro-capite) rispetto a quello risultante per la Provincia autonoma di Bolzano, e superiore del 22,4% alla media italiana (del 15,7% delle Regioni settentrionali, 22,0% delle Regioni centrali, 33,2% delle Regioni del Sud).

Figura 4.7 - Spesa sanitaria pro-capite per popolazione standardizzata, anno 2016



Fonte: elaborazioni su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Come anticipato nel paragrafo sul finanziamento, nell'analisi della spesa si consideri che i servizi/prestazioni acquistati a valere sul FAI, nel 2016, sono pari a € 161,6 mln., di cui circa il 95,0% per l'Acquisto di prestazioni Socio-Sanitarie a

25

Il valore è frutto di una nostra stima della spesa privata al 2016, che considera i livelli registrati dall'Istat nel 2016 congiuntamente per le due Province Autonome, rideterminati per la P.A. di Trento sulla base delle evidenze fornite sempre dall'Istat nell'ambito della rilevazione *Health for All* per il 2014, da cui risulta una spesa minore di quella di Bolzano del 6,4%, differenza ipotizzata costante nel triennio.

rilevanza sanitaria"²⁶, il 3,0% per “Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale”, l’1,9% per “Acquisto servizi sanitari per assistenza integrativa” ed il residuale 0,2% per “Acquisto servizi sanitari per assistenza riabilitativa”.

Le voci suddette hanno contribuito per € 300,3 pro-capite, di cui € 285,0 destinate all’acquisto di prestazioni erogate in ambito residenziale e negli hospice.

Tabella 4.8 - Destinazione FAI

Servizi sanitari	Anno 2016 (€ migliaia)	Anno 2016 Comp. %	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015
Acquisto servizi ass. riabilitativa	329,00	0,2	-0,58	-3,52
Acquisto servizi ass. integrativa	3.100,00	1,9	7,67	-2,75
Acquisto prestaz. di psichiatria res.e e semires.	4.813,00	3,0	-19,35	1,30
Acquisto prestaz. a rilevanza socio-sanitaria	153.411,00	94,9	-1,36	1,08
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	-	-	-7,82	-100,00
Totale	161.653,00	100,0	-1,93	-0,37

Fonte: elaborazione su Conti Economici APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Si noti in aggiunta che, sia tra il 2013 ed il 2015, che tra il 2015 ed il 2016, l’acquisto di servizi/prestazioni con le risorse stanziato dal FAI, si è ridotto: dell’1,9% nel primo periodo e dello 0,4% nel secondo.

²⁶ Questa voce comprende l’acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI). Accoglie gli interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo, rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualche causa, prodotti da strutture direttamente gestite da Aziende sanitarie pubbliche (esempio RSA, hospice, etc..). Sono compresi anche gli acquisti di prestazioni da consultori privati e dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti rese anche da strutture ubicate in altre Regioni (non in compensazione).

Tabella 4.9 – Destinazione pro-capite FAI, anno 2016

Servizi sanitari	Valore pro-capite (€)
Acquisto servizi ass. riabilitativa	0,61
Acquisto servizi ass. integrativa	5,76
Acquisto prestaz. di psichiatria res.e e semires.	8,94
Acquisto prestaz. a rilevanza socio-sanitaria	285,03
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	-
Totale	300,3

Fonte: elaborazione su dati Conto Economico APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

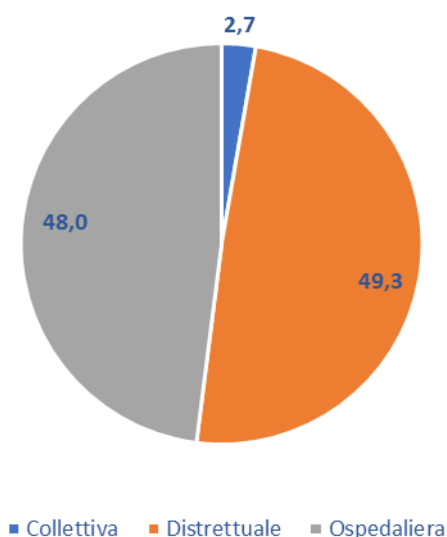
Come prevedibile, la maggiore spesa della P.A. di Trento, in larga misura, coincide con le prestazioni finanziate dal FAI, sulla cui natura abbiamo argomentato nel paragrafo precedente. Ad ogni buon conto, qualora dalla spesa pubblica pro-capite della P.A. di Trento sottraessimo la quota destinata all'assistenza prestata in ambito residenziale e negli *hospice* (ricordiamo pari a € 285,0 pro-capite), otterremo una spesa pro-capite pari a € 1.875,2, valore leggermente superiore a quello delle Regioni nord-occidentali ma inferiore a quello della ripartizione di appartenenza.

Complessivamente si conferma che il confronto con i valori registrati nelle altre Regioni è foriero di distorsioni, derivanti dai diversi e presumibilmente maggiori livelli di prestazioni assicurato dal SSP della P.A. di Trento.

4.3 Analisi della spesa sanitaria per funzione

Il modello LA dell'APSS relativo al 2016 evidenzia che la spesa per la Sanità è destinata per il 49,3% all'assistenza distrettuale, per il 48,0% all'assistenza ospedaliera e per il residuale 2,7% all'assistenza collettiva.

Figura 4.8 - Composizione spesa per livello di assistenza, anno 2016



Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

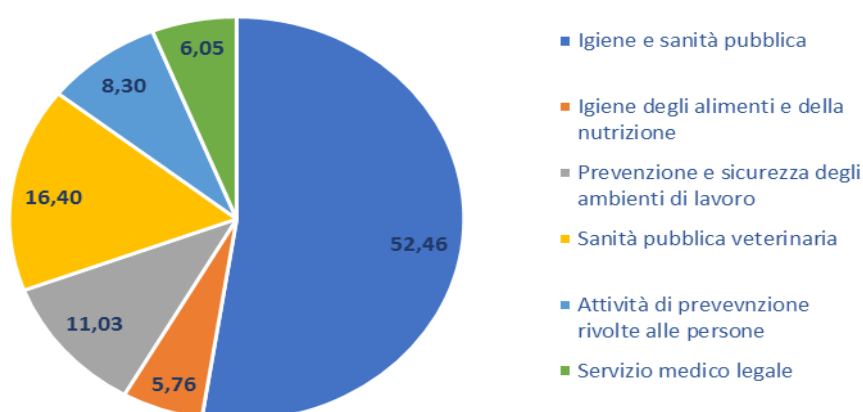
La spesa per l'assistenza collettiva, dopo una crescita del 5,0% tra il 2013 ed il 2015 è diminuita dell'1,7% tra il 2015 ed il 2016; medesimo *trend* ha caratterizzato l'ospedaliera che dopo un incremento di oltre tre punti percentuali tra il 2013 ed il 2015, nel periodo successivo ha sperimentato una flessione dello 0,3%. Andamento opposto alle due precedenti voci di spesa ha contraddistinto la spesa distrettuale: dopo una riduzione del 2,3% tra il 2013 ed il 2015, ha avuto un'espansione del 2,4% nel periodo successivo.

Tabella 4.10 - Spesa per livelli di assistenza

Livello di assistenza	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015
Collettiva	4,97	-1,69
Distrettuale	-2,26	2,44
Ospedaliera	3,20	-0,25
Totale	0,52	1,01

Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Nello specifico, per l'Assistenza Collettiva oltre il 52,0% della spesa è da imputare al settore "Igiene e sanità pubblica", il 16,4% è stato, invece, assorbito dalla "Sanità pubblica veterinaria" e l'11,0% dalla "Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro". All'"Attività di prevenzione rivolta alle persone" è stato dedicato l'8,3%, mentre al "Servizio medico legale" il 6,0% ed, infine, all'"Igiene degli alimenti e della nutrizione" il 5,8%.

Figura 4.9 - Composizione spesa per assistenza collettiva, anno 2016


Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Con l'unica eccezione della voce relativa all'"Igiene e sanità pubblica", tutte le altre componenti di spesa dell'assistenza collettiva tra il 2015 ed il 2016 sono diminuite in maniera più o meno consistente: -6,5% "Igiene degli alimenti e della nutrizione"; -8,3% "Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro"; -11,8% "Sanità pubblica veterinaria"; -8,3% "Attività di prevenzione rivolte alle persone" e -1,3% "Servizio medico legale".

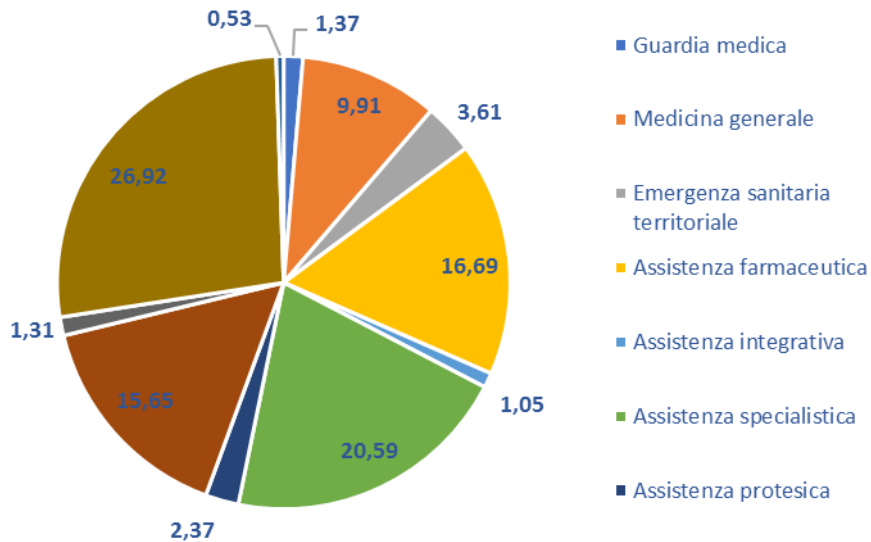
Tabella 4.11 - Spesa assistenza collettiva

Assistenza collettiva	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015
Igiene e sanità pubblica	11,40	7,01
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1,03	-6,50
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-0,34	-8,26
Sanità pubblica veterinaria	1,10	-11,78
Attività di prevenzione rivolte alle persone	-2,34	-8,32
Servizio medico legale	0,09	-1,31
Totale	5,21	-1,69

Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Nell'assistenza distrettuale, le quote maggiori sono state destinate all'assistenza territoriale residenziale (circa il 27,0%), alla specialistica ambulatoriale (il 20,6%), all'assistenza farmaceutica (il 16,7%) e all'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (il 15,6%).

Figura 4.10 - Composizione spesa per assistenza distrettuale, anno 2016



Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2013-2016 ci sono state alcune componenti della spesa per assistenza distrettuale che sono diminuite in modo consistente: è il caso, ad esempio, della spesa relativa alla guardia medica che dopo aver riportato una variazione di segno negativo pari a -44,0% tra il 2013 ed il 2015 ha continuato a diminuire nel periodo successivo (-5,0%), oppure della medicina di base che tra il 2013 ed il 2015 ha avuto una flessione del 44,2% e tra il 2015 ed il 2016 una dello 0,2%. Medesimo trend, sebbene, con percentuali assai più contenute ha riguardato sia l'assistenza integrativa che l'assistenza territoriale semiresidenziale.

La spesa per l'assistenza farmaceutica, quella per l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare e quella per l'assistenza residenziale, di contro, sono cresciute in entrambi i periodi.

Infine, le rimanenti voci di spesa, come ad esempio la specialistica ambulatoriale, la protesica e l'idrotermale, dopo aver

sperimentato una crescita dal 2013 al 2015, nel periodo successivo sono state caratterizzate da un calo.

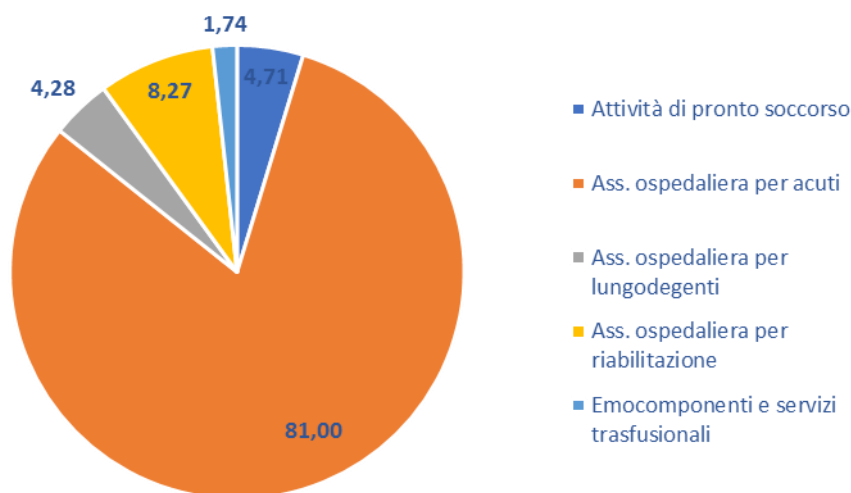
Tabella 4.12 - Spesa assistenza distrettuale

Assistenza distrettuale	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015
Guardia medica	-43,92	-4,95
Medicina generale	-44,26	-0,18
Emergenza sanitaria territoriale	-6,21	2,40
Assistenza farmaceutica	5,13	14,32
Assistenza integrativa	-33,17	-2,68
Assistenza specialistica	2,29	-5,42
Assistenza protesica	6,56	-1,10
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	66,42	10,49
Assistenza territoriale semiresidenziale	-6,98	-0,41
Assistenza territoriale residenziale	2,31	0,24
Assistenza idrotermale	3,23	-3,45
Totale	-2,26	2,44

Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, l'81,0% è stata destinata all'assistenza per acuti, l'8,0% alla riabilitazione, il 4,7% alle attività di pronto soccorso, il 4,3% alla lungodegenza ed, infine, l'1,7% agli emocomponenti e i servizi trasfusionali.

Figura 4.11 - Composizione spesa per assistenza ospedaliera, anno 2016



Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

La spesa per l'attività di pronto soccorso, che nel 2016 ammontava a € 28,7 mln., è aumentata per tutto il periodo analizzato (+1,1% tra il 2013 ed il 2015 e +2,5% tra il 2015 ed il 2016) così come la spesa per gli emocomponenti e servizi trasfusionali (+4,7% tra il 2013 ed il 2015 e +6,5% tra il 2015 ed il 2016); la spesa per l'assistenza ospedaliera per acuti, invece, dopo essere aumentata del 2,8% dal 2013 al 2015, nel periodo successivo ha riportato una contrazione sebbene di modesta entità; la spesa per la lungodegenza, di contro, nell'arco temporale analizzato ha sempre conseguito variazioni di segno negativo (-0,2% tra il 2013 ed il 2015 e -2,8% tra il 2015 ed il 2016).

Tabella 4.13 - Spesa per assistenza ospedaliera

Assistenza ospedaliera	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015
Attività di pronto soccorso	1,06	2,49
Ass. ospedaliera per acuti	2,85	-0,28
Interventi ospedalieri a domicilio	27,42	
Ass. ospedaliera per lungodegenti	-0,22	-2,77
Ass. ospedaliera per riabilitazione		-1,45
Emocomponenti e servizi trasfusionali	4,69	6,55
Trapianto organi e tessuti	6,91	
Totale	4,39	-0,25

Fonte: elaborazione su modello LA APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

La modesta crescita della spesa sanitaria pubblica corrente negli anni 2013-2016, è per buona parte legata alla contrazione della spesa convenzionata²⁷, che nella P.A. di Trento è diminuita, nel periodo 2013-2015, dell'1,3%, passando da € 141,9 mln. a € 140,0 mln., per poi risalire a € 140,6 mln. tra il 2015 ed il 2016, ovvero una crescita dello 0,4%. Il fenomeno è in linea con le tendenze nazionali: con l'eccezione delle Regioni nord-occidentali nelle quali la spesa convenzionata ha continuato a scendere anche nel periodo 2015-2016 (-0,7%), nelle rimanenti ripartizioni si è assistito alla ripresa di un trend crescente (media italiana +0,6%; Nord-Est +0,5%; Centro +3,6%; Sud +0,1% e Provincia autonoma di Bolzano +7,8%).

L'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa totale, nel 2016, è minima nelle due Province Autonome: 11,3% in quella di Trento (+0,06% rispetto al 2015) e 7,3% in quella di Bolzano (+0,5% rispetto al 2015). All'estremo opposto le Regioni meridionali dove "storicamente" si registra una maggior quota di strutture private accreditate, il predetto indicatore ha raggiunto il 18,2%.

²⁷

Si fa riferimento all'acquisto di servizi sanitari per medicina di base da convenzione, all'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato e all'acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato.

Il contenimento della spesa convenzionata che si è verificato tra il 2013 ed il 2015 è da ascrivere per buona parte al contenimento dei costi sul fronte dell'ospedaliera convenzionata e, in misura minore, alla contrazione dei costi della specialistica ambulatoriale: entrambi questi capitoli di spesa e con riferimento ad alcune ripartizioni, sono stati però responsabili della "ripresa" che ha contraddistinto il periodo successivo.

In particolare, nel periodo 2015-2016, nella P.A. di Trento la flessione della specialistica convenzionata è stata del 3,0%, a fronte di una diminuzione media della ripartizione di appartenenza pari allo 0,2%. Una variazione di segno negativo è stata registrata anche nelle Regioni meridionali, mentre nelle rimanenti aree messe a confronto, la richiamata spesa ha mostrato una crescita che ha raggiunto il suo valore più elevato nella Provincia autonoma di Bolzano (+14,7%).

Sul fronte dell'ospedaliera convenzionata, la flessione che ha investito tutte le ripartizioni tra il 2013 ed il 2015 ha lasciato il posto ad un trend espansivo più o meno sostenuto a cui ha fatto eccezione per le Regioni nord-occidentali.

Tabella 4.14 - Spesa convenzionata

Regioni	Medicina di base		Specialistica convenzionata		Ospedaliera convenzionata	
	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %
	2015/2013	2016/2015	2015/2013	2016/2015	2015/2013	2016/2015
Italia	0,20	0,20	-2,09	2,01	-11,71	0,08
Nord-Ovest	0,24	-0,20	-8,36	5,81	-15,23	-4,32
Nord-Est	0,12	0,95	2,66	-0,17	-17,84	0,28
Centro	0,07	0,19	-1,38	3,44	-13,69	6,71
Sud e Isole	0,28	0,06	0,54	-0,21	-4,35	0,34
P.A. di Trento	-0,36	0,69	-5,28	-3,04	-0,40	1,83
P.A. di Bolzano	0,40	0,18	36,17	14,71	-10,52	25,81

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

La “ripresa” della spesa convenzionata nel periodo 2015-2016 è stata peraltro compensata da una flessione dell’acquisto diretto di servizi da parte delle Aziende Sanitarie: le Regioni del Nord-Ovest e del Sud hanno rappresentato l’unica eccezione a questa tendenza generalizzata. La contrazione della spesa diretta nella P.A. di Trento è stata peraltro superiore a quella delle altre Regioni settentrionali, ma più contenuta di quella che ha interessato la Provincia autonoma di Bolzano.

Tabella 4.15 - Spesa sanitaria diretta e convenzionata per l’acquisto di servizi sanitari

Regioni	Spesa diretta servizi sanitari			Spesa convenzionata servizi sanitari		
	2016 (€ mln.)	Var. % 2013/2015	Var. % 2015/2016	2016 (€ mln.)	Var. % 2013/2015	Var. % 2015/2016
Italia	30.264,64	4,51	-0,38	18.331,47	-5,44	0,58
Nord-Ovest	8.869,79	6,64	0,96	4.987,71	-9,38	-0,68
Nord-Est	5.915,82	5,30	-2,01	2.898,95	-6,41	0,49
Centro	6.221,89	5,54	-1,84	3.445,71	-6,46	3,56
Sud e Isole	9.257,14	1,39	0,41	6.999,11	-1,44	0,10
P.A. di Trento	341,75	1,05	-3,98	140,56	-1,35	0,42
P.A. di Bolzano	239,20	3,70	-4,86	89,52	-0,27	7,81

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

In definitiva, solo la P.A. di Bolzano ha una incidenza minore della P.A. di Trento per quanto riguarda il convenzionato, mentre per quanto riguarda la gli altri servizi sanitari l’incidenza nella P.A. di Trento è minore solamente a quella evidenziata nelle Regioni nord-occidentali.

Tabella 4.16 - Spesa convenzionata e spesa per servizi al netto della convenzionata. Incidenza su spesa totale pubblica

Regioni	Incidenza convenzionata su spesa totale (%)			Incidenza spesa serv. san. netto convenzionata su spesa totale (%)		
	2016	Diff. %	Diff. %	2016	Diff. %	Diff. %
		2015-2013	2016-2015		2015-2013	2016-2015
Italia	15,56	-1,23	0,06	25,69	0,61	-0,15
Nord-Ovest	15,60	-2,08	-0,06	27,74	1,03	0,34
Nord-Est	12,23	-0,99	-0,01	24,95	1,01	-0,65
Centro	14,58	-1,18	0,54	26,32	1,06	-0,43
Sud e Isole	18,18	-0,75	-0,11	24,05	-0,28	-0,08
P.A. di Trento	11,30	-0,25	0,06	27,47	0,05	-1,12
P.A. di Bolzano	7,37	-0,08	0,48	19,69	0,58	-1,17

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

La spesa per l'acquisto di servizi, di natura sia sanitaria che non, tra il 2015 ed il 2016 ha presentato *trend* disomogenei tra le varie ripartizioni: è diminuita nella P.A. di Trento, nella Provincia autonoma di Bolzano e nelle Regioni nord-orientali e centrali, mentre è aumentata nelle Regioni nord-occidentali e in quelle meridionali. Ad ogni buon conto, nel 2016, la spesa pro-capite ha raggiunto il suo valore massimo nella P.A. di Trento dove ha superato € 1.067,0 pro-capite, sebbene in calo del 3,0% in confronto all'anno precedente. Significativamente inferiore è stata la spesa pro-capite nelle rimanenti ripartizioni: Italia € 925,4; Nord-Ovest € 983,0; Nord-Est € 898,7; Centro € 934,8; Sud € 890,4 e Provincia autonoma di Bolzano € 744,8.

Tabella 4.17 - Acquisto servizi

Regioni	Valori assoluti			Valori pro-capite			Incidenza % su totale costi produz.
	2016 (€ mln.)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	2016 (€)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	
Italia	56.140,30	0,37	-0,22	925,41	0,09	-0,00	47,65
Nord-Ovest	15.836,09	-0,17	0,16	982,94	-0,34	0,33	49,53
Nord-Est	10.463,80	-0,51	-1,51	898,67	-0,16	-1,37	44,13
Centro	11.281,25	0,91	-0,52	934,82	-0,97	-0,33	47,72
Sud e Isole	18.559,17	1,03	0,39	890,42	1,23	0,69	48,22
P.A. di Trento	574,82	1,51	-2,89	1.067,99	1,75	-3,03	46,20
P.A. di Bolzano	387,94	2,10	-0,48	744,76	1,93	-0,93	31,93

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 4.18 - Acquisto servizi non sanitari

Regioni	Valori assoluti			Valori pro-capite			Incidenza % su totale costi produz.
	2016 (€ mln.)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	2016 (€)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	
Italia	7.544,19	-0,68	-1,43	124,36	-0,96	-1,22	6,40
Nord-Ovest	1.978,59	-2,66	-1,21	122,81	-2,82	-1,04	6,19
Nord-Est	1.649,03	-8,65	-3,15	141,63	-8,33	-3,01	6,95
Centro	1.613,65	-0,07	-3,61	133,72	-1,93	-3,43	6,83
Sud e Isole	2.302,92	7,81	1,26	110,49	8,02	1,56	5,98
P.A. di Trento	92,52	7,88	-3,65	171,89	8,13	-3,79	7,44
P.A. di Bolzano	59,22	-1,29	7,01	113,70	-1,46	6,53	4,87

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

La spesa per l'acquisto di beni (sia sanitari che non)²⁸ tra il 2015 ed il 2016 è diminuita sia nella P.A. di Trento (-1,6%) che nelle Regioni nord-occidentali (-1,7%); nelle rimanenti ripartizioni, nel medesimo periodo di tempo, è stato possibile apprezzare un incremento di detta spesa: Nord-Est +1,9%; Centro +1,1%; Sud +1,0% e Provincia autonoma di Bolzano +1,5%.

Tabella 4.19 - Acquisto beni

Regioni	Valori assoluti			Valori pro-capite			Incidenza % su totale costi produz.
	2016 (€ mln.)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	2016 (€)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	
Italia	7.123,58	-0,17	0,53	117,42	-1,99	0,74	6,05
Nord-Ovest	1.799,56	-2,31	-1,72	111,70	-3,99	-1,55	5,63
Nord-Est	1.557,00	-0,98	1,92	133,72	-2,17	2,07	6,57
Centro	1.492,36	0,16	1,13	123,66	-3,23	1,32	6,31
Sud e Isole	2.274,66	2,00	1,01	109,13	0,61	1,31	5,91
P.A. di Trento	93,18	0,91	-1,60	173,12	-0,43	-1,75	7,49
P.A. di Bolzano	89,09	-1,64	1,51	171,03	-3,33	1,04	7,33

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

La spesa per le consulenze e collaborazioni tra il 2015 ed il 2016 ha presentato variazioni di segno positivo solo nella P.A. di Trento e nelle Regioni meridionali; nelle rimanenti ripartizioni, nel medesimo arco temporale, la variazione è stata di segno negativo. In ogni caso, sia nella P.A. di Trento che, ancor più, in quella di Bolzano, il ricorso a consulenze e collaborazioni è particolarmente contenuto: per confronto nelle Regioni nord-occidentali la spesa pro-capite è superiore a quella della P.A. di

²⁸ Si fa riferimento all'acquisto di beni sanitari al netto della spesa sostenuta per l'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati.

Trento di circa il 28,0%, in quelle nord-orientali del 28,7%, in quelle centrali del 39,2% e in quelle meridionali del 35,6%.

Tabella 4.20 - Consulenze e collaborazioni

Regioni	Valori assoluti			Valori pro-capite			Incidenza % su totale costi produz.
	2016 (€ mln.)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	2016 (€)	Var. % 2015/2013	Var. % 2016/2015	
Italia	1.110,99	0,36	-1,15	18,31	-1,48	-0,94	0,94
Nord-Ovest	272,96	2,15	-2,22	16,94	0,40	-2,06	0,85
Nord-Est	199,44	-1,28	-1,96	17,13	-2,47	-1,81	0,84
Centro	242,85	-3,14	-2,73	20,12	-6,42	-2,55	1,03
Sud e Isole	395,74	2,31	1,05	18,99	0,92	1,35	1,03
P.A. di Trento	6,58	-4,91	18,66	12,22	-6,17	18,48	0,53
P.A. di Bolzano	1,64	1,52	-23,29	3,16	-0,23	-23,63	0,14

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Infine, per quanto concerne il personale dipendente, osserviamo che nella P.A. di Trento i costi superano € 423,0 mln. (€ 419,3 mln. nel 2015, ovvero il 33,7% del costo totale della produzione). Inoltre, l'incidenza del costo del personale sul finanziamento nella P.A. di Trento è seconda unicamente a quella della Provincia autonoma di Bolzano, in drastico calo tra il 2013 ed il 2015 (-8,7%), ma in flebile ripresa tra il 2015 ed il 2016 (+0,27%).

Tabella 4.21 - Spesa per il personale. Quota su finanziamento effettivo

Regioni	Anno 2016 (%)	Diff. % 2015-2013	Diff. % 2016-2015
Italia	30,01	-1,20	-0,51
Nord-Ovest	28,86	-0,89	-0,34
Nord-Est	33,29	-0,91	-0,30
Centro	29,49	-1,38	-0,63
Sud e Isole	29,26	-1,52	-0,71
P.A. di Trento	37,05	-8,66	0,27
P.A. di Bolzano	59,78	-1,84	-0,83

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Ragioneria Generale dello Stato - © C.R.E.A. Sanità

L'analisi dei dati ha anche evidenziato come la spesa per il personale dipendente sia in calo in tutte le Regioni ed in entrambi i periodi analizzati, con l'unica eccezione della P.A. di Trento nella quale tra il 2015 ed il 2016 si assiste ad una ripresa della spesa pari a + 1,0%. Per confronto si noti che a livello nazionale la spesa, tra il 2015 ed il 2016, è scesa dai € 34,1 mld. del 2015 ai € 33,9 mld. del 2016 (una contrazione dello 0,8%), nelle Regioni settentrionali la flessione è stata dello 0,4%, in quelle centrali dell'1,0%, in quelle meridionali dell'1,3% e nella Provincia autonoma di Bolzano dell'1,0%.

Tabella 4.22 - Spesa personale

Regioni	Personale totale (€ migliaia)	Personale del ruolo sanitario (€ migliaia)	Di cui medici (€ migliaia)	Di cui infermieri (€ migliaia)	Ruolo profess.le (€ migliaia)	Ruolo tecnico (€ migliaia)	Ruolo ammin.vo (€ migliaia)
Valori assoluti, anno 2016							
Italia	33.883.736,00	27.456.860,00	12.476.765,00	13.749.700,00	123.542,00	3.779.878,00	2.523.456,00
Nord-Ovest	8.874.104,00	6.948.496,00	3.080.525,00	3.560.549,00	34.095,00	1.123.833,00	767.680,00
Nord-Est	7.560.069,00	5.989.756,00	2.523.762,00	3.197.240,00	31.274,00	984.998,00	554.041,00
Centro	6.664.344,00	5.525.929,00	2.418.259,00	2.860.486,00	23.945,00	674.157,00	440.313,00
Sud e Isole	10.785.219,00	8.992.679,00	4.454.219,00	4.131.425,00	34.228,00	996.890,00	761.422,00
P.A. di Trento	423.758,00	325.404,00	146.449,00	164.825,00	1.140,00	62.548,00	34.666,00
P.A. di Bolzano	579.434,00	449.015,00	197.248,00	224.940,00	2.469,00	79.431,00	48.519,00
Variazione % 2015/2013							
Italia	-1,38	-1,04	-1,19	-0,89	-5,71	-1,95	-3,78
Nord-Ovest	-1,06	-0,79	-0,58	-0,85	-4,35	-1,23	-2,99
Nord-Est	-0,99	-0,78	-0,93	-0,76	-3,78	-0,97	-3,04
Centro	-1,17	-0,99	-1,15	-0,83	-6,56	-0,39	-4,06
Sud e Isole	-2,03	-1,44	-1,77	-1,05	-8,21	-4,64	-4,92
P.A. di Trento	-0,32	0,00	-0,25	0,15	-8,67	-1,23	-1,28
P.A. di Bolzano	-1,09	-1,53	-3,96	0,58	2,09	0,72	-0,06
Variazione % 2016/2015							
Italia	-0,77	-0,58	-0,71	-0,43	-1,33	-1,08	-2,36
Nord-Ovest	-0,64	-0,48	-0,64	-0,32	-1,54	-0,77	-1,85
Nord-Est	-0,04	0,17	-0,10	0,30	-2,42	-0,11	-1,95
Centro	-0,97	-0,76	-0,70	-0,79	-5,81	-1,16	-2,99
Sud e Isole	-1,27	-1,03	-1,09	-0,85	3,40	-2,32	-2,81
P.A. di Trento	1,06	1,22	1,67	0,75	-20,45	1,09	0,47
P.A. di Bolzano	-1,00	-0,67	-1,11	-0,53	0,90	-2,40	-1,81

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento, il 76,8% del costo totale è assorbito dal personale del ruolo sanitario²⁹, lo 0,3% dal personale del ruolo professionale, il 14,8% dal personale del ruolo tecnico e l'8,2% dal personale del ruolo amministrativo. Della spesa per il personale del ruolo sanitario, il 45,0% è attribuibile ai medici, mentre circa il 51,0% agli infermieri.

L'incidenza del costo del personale sulla spesa complessiva, nella P.A. di Trento, rappresenta il valore minimo nazionale per il ruolo sanitario (-7,9 punti percentuali rispetto al Meridione), e massimo per quello tecnico. Il peso del costo del ruolo amministrativo nella P.A. di Trento è, invece, in una posizione intermedia: minore di quello registrato nella Provincia autonoma di Bolzano e nelle Regioni nord-occidentali, ma superiore a quello della ripartizione di appartenenza e delle Regioni centro-meridionali.

Tabella 4.23 - Composizione spesa per il personale, anno 2016

Regioni	Personale del ruolo sanitario (%)	Medici (fatto 100 pers. sanit.)	Infermieri (fatto 100 pers. sanit.)	Personale del ruolo profes. (%)	Personale del ruolo tecnico (%)	Personale del ruolo ammin. (%)
Italia	81,03	45,44	50,08	0,36	11,16	7,45
Nord-Ovest	78,30	44,33	51,24	0,38	12,66	8,65
Nord-Est	79,23	42,13	53,38	0,41	13,03	7,33
Centro	82,92	43,76	51,76	0,36	10,12	6,61
Sud e Isole	83,38	49,53	45,94	0,32	9,24	7,06
P.A. di Trento	76,79	45,01	50,65	0,27	14,76	8,18
P.A. di Bolzano	77,49	43,93	50,10	0,43	13,71	8,37

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Il costo medio per unità di personale³⁰ nella P.A. di Trento è di € 53.633,5: il valore è superiore a quello della ripartizione di

²⁹ Questo valore si riferisce al costo complessivo del personale del ruolo sanitario e, dunque, non solamente al costo per i dirigenti medici e per gli infermieri.

³⁰ Si tenga presente che l'ultimo dato disponibile relativo al personale dipendente del SSN risale al 2013, ragion per cui per la determinazione del costo per unità di

appartenenza ma inferiore a quello di tutte le altre aree con cui è stato fatto il confronto. Si noti che sia i medici che gli infermieri hanno un'incidenza sul totale del personale dipendente del SSP inferiore rispetto a quella delle altre ripartizioni, con l'unica eccezione della Provincia autonoma di Bolzano: medici e infermieri dipendenti del SSP hanno quindi mediamente una retribuzione media più elevata di quella che le analoghe figure percepiscono nelle altre ripartizioni. In particolare, superiore del 9,5% della media nazionale ed inferiore di oltre il 24,0% rispetto al costo medio sopportato dalla Provincia autonoma di Bolzano.

Per quanto riguarda il personale del ruolo professionale la P.A. di Trento, dopo la Provincia autonoma di Bolzano, presenta il costo medio più elevato.

Ancora, per quanto riguarda il personale del ruolo tecnico, la P.A. di Trento ha sostenuto un costo unitario medio superiore del 6,4% in confronto a quello medio della ripartizione di appartenenza e inferiore del 14,1% rispetto a quello determinato nella Provincia autonoma di Bolzano.

Infine, per quanto attiene al personale del ruolo amministrativo il *gap* tra la P.A. di Trento e la media delle Regioni nord-orientali raggiunge il 2,0%, mentre quello nei confronti della Provincia autonoma di Bolzano ha superato il 15,0%.

Il costo per unità di personale è sceso in entrambi i periodi analizzati (2013-2015 e 2015-2016) in tutte le ripartizioni con l'unica eccezione della P.A. di Trento che nel biennio 2015-2016 ha evidenziato una crescita del costo medio per unità di personale pari all'1,0%: in quest'ultimo periodo, in effetti, tutte le rimanenti aree analizzate sono state caratterizzate da una riduzione di spesa: Nord-Ovest -0,6%; Nord-Est -0,04%; Centro -1,0%; Sud -1,3% e Provincia autonoma di Bolzano -1,0%. In particolare, la contrazione ha interessato tutte le figure professionali, ad eccezione degli infermieri nelle Regioni nord-orientali e del

personale nel 2015 si è supposto la costanza delle unità di personale dipendente rispetto al 2013.

personale del ruolo professionale nel meridione e nella Provincia autonoma di Bolzano.

Tabella 4.24 - Costo per unità di personale

Regioni	Costo medio per unità di personale (€)	Personale del ruolo sanitario		Personale del ruolo profess.le (€)	Personale del ruolo tecnico (€)	Personale del ruolo ammin.vo (€)
		Medici (€)	Infermieri (€)			
Valori assoluti, anno 2016						
Italia	54.097,13	120.157,22	52.894,24	88.181,30	34.217,26	36.220,12
Nord-Ovest	54.159,93	127.521,01	55.164,68	93.925,62	35.306,24	36.386,39
Nord-Est	50.136,41	121.850,23	51.004,05	89.610,32	32.067,91	34.714,35
Centro	54.804,11	116.083,86	53.549,10	78.508,20	35.899,52	35.745,49
Sud e Isole	56.732,36	116.798,27	52.099,33	89.135,42	34.209,19	37.519,56
P.A. di Trento	53.633,46	143.718,35	55.853,95	95.000,00	34.123,30	35.409,60
P.A. di Bolzano	67.968,80	221.378,23	73.533,83	98.760,00	39.735,37	41.754,73
Variazione % 2015/2013						
Italia	-1,38	-1,19	-0,89	-5,71	-1,95	-3,78
Nord-Ovest	-1,06	-0,58	-0,85	-4,35	-1,23	-2,99
Nord-Est	-0,99	-0,93	-0,76	-3,78	-0,97	-3,04
Centro	-1,17	-1,15	-0,83	-6,56	-0,39	-4,06
Sud e Isole	-2,03	-1,77	-1,05	-8,21	-4,64	-4,92
P.A. di Trento	-0,32	-0,25	0,15	-8,67	-1,23	-1,28
P.A. di Bolzano	-1,09	-3,96	0,58	2,09	0,72	-0,06
Variazione % 2015/2013						
Italia	-0,77	-0,71	-0,43	-1,33	-1,08	-2,36
Nord-Ovest	-0,64	-0,64	-0,32	-1,54	-0,77	-1,85
Nord-Est	-0,04	-0,10	0,30	-2,42	-0,11	-1,95
Centro	-0,97	-0,70	-0,79	-5,81	-1,16	-2,99
Sud e Isole	-1,27	-1,09	-0,85	3,40	-2,32	-2,81
P.A. di Trento	1,06	1,67	0,75	-20,45	1,09	0,47
P.A. di Bolzano	-1,00	-1,11	-0,53	0,90	-2,40	-1,81

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

4.4 Il risultato economico di esercizio

Gli andamenti della spesa e del finanziamento implicano che, come confermato dalle verifiche dei Tavoli di Monitoraggio, nel 2016 la Provincia autonoma di Trento abbia presentato un risultato di esercizio praticamente in pareggio (€ 3,0 di disavanzo pro-capite), e inferiore a quello riportato nelle altre aree geografiche. Si noti che nel 2013 il risultato di esercizio pro-capite era negativo per € 414,9, valore annullato nei 3 anni successivi.

Nel 2015 la Provincia ha anche conseguito un utile di esercizio a differenza di tutte le altre ripartizioni che hanno chiuso i propri bilanci con deficit più o meno cospicui.

In termini di differenza tra ricavi³¹ e costi³², invece, così come ricavata dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie, la Provincia autonoma di Trento nell'intero periodo considerato ha conseguito un utile di esercizio, seppur di modesta entità.

Tabella 4.25 - Risultato di esercizio

Regioni	2013		2015		2016	
	Totale (€ mil.)	Pro-capite (€)	Totale (€ mil.)	Pro-capite (€)	Totale (€ mil.)	Pro-capite (€)
Italia	467,42	7,71	-138,93	-2,29	-229,89	3,79
Nord-Ovest	-49,33	-3,06	-67,95	-4,21	-5,20	-0,32
Nord-Est	59,15	5,05	55,90	4,79	34,14	2,93
Centro	201,07	16,95	47,28	3,91	-6,31	-0,52
Sud e Isole	256,53	12,25	-174,16	-8,33	-252,52	-12,12
P.A. di Trento	0,02	0,04	0,02	0,04	0,03	0,06
P.A. di Bolzano	-3,95	-7,63	19,58	37,76	19,45	37,34

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

³¹ Si fa riferimento al valore della produzione, ovvero al valore contabile di tutto ciò che è stato prodotto dall'Azienda Sanitaria, o che sia stato venduto, o che sia rimasto come patrimonio dell'Azienda stessa.

³² Si fa riferimento al costo della produzione, cioè l'insieme dei fattori che sono stati impiegati al fine di produrre e vendere prestazioni.

4.5 Conclusioni

Secondo le risultanze del Rapporto su “Il monitoraggio della spesa sanitaria” della Ragioneria Generale dello Stato, dopo le verifiche dei Tavoli di Monitoraggio, nel 2016, la P.A. di Trento ha presentato un risultato di esercizio quasi in pareggio (€ 3,0 di disavanzo pro-capite): la Provincia ha, quindi, di fatto annullato il deficit del 2013 quando il disavanzo pro-capite ammontava a € 414,9.

Il rientro dal disavanzo e il raggiunto equilibrio derivano da una sostanziale stabilità tra il 2013 ed il 2016 della spesa pubblica pro-capite e dall’incremento del finanziamento pro-capite.

In effetti, tra il 2013 ed il 2016 il finanziamento pro-capite nominale della P.A. di Trento è aumentato di € 406,4, che equivale in termini reali ad un incremento di € 377,4 per cittadino: una crescita assai più sostenuta di quella che è possibile evidenziare in tutte le altre aree del Paese.

Peraltro, l’incremento in termini reali del finanziamento pro-capite della P.A. di Trento, a partire dal 2015, può essere largamente ascritto all’istituzione del Fondo per l’Assistenza Integrata (FAI), quindi ad una precisa scelta di politica sanitaria deputata a sviluppare il settore dell’integrazione socio-sanitaria.

A tal proposito, appare doveroso ricordare come il FAI sia stato concepito come strumento di sviluppo di prestazioni dell’area dell’integrazione socio-sanitaria, di fatto prestazioni che, come argomentato, si configurano come estensioni (quanto meno nei livelli) dei LEA.

Anche nel confronto con le altre aree del Paese dei dati di spesa, è necessario ricordare che, contrariamente a queste ultime, dove l’integrazione con il Sociale è garantita dai Comuni con fondi propri, nel bilancio della APSS trovano copertura prestazioni di natura sociale integrate con quelle sanitarie: in altri termini, la maggiore spesa (rispetto alle altre aree del Paese) della P.A. di Trento, è in larga misura effetto di una differente estensione dei servizi attribuiti alla APSS.

Pertanto la maggiore spesa è coerente con un maggior finanziamento finalizzato al perseguimento di un maggior livello di integrazione socio-sanitaria.

Il maggior livello di servizio è confermato dal fatto che nella P.A. di Trento, ad una spesa pubblica pro-capite elevata, si accompagna anche una spesa privata elevata, ma minore di quanto atteso sulla base dei livelli medi di reddito delle famiglie trentine.

In ogni caso la crescita della spesa sanitaria pubblica corrente negli anni 2013-2015 è stata complessivamente modesta, in buona parte per effetto della contrazione della spesa convenzionata, e in particolare della decrescita degli acquisti di servizi sanitari *in primis* ospedalieri e quindi specialistici in convenzione, sebbene entrambi i capitoli di spesa abbiano evidenziato una ripresa nel periodo successivo (2015-2016).

Per quanto concerne il personale, nella P.A. di Trento si è registrato un aumento del costo per unità di personale pari all'1,0%, in controtendenza con le altre aree del Paese.

Infine, si noti che medici e infermieri dipendenti del SSP hanno quindi mediamente una retribuzione media più elevata di quella che le analoghe figure percepiscono nelle altre ripartizioni.

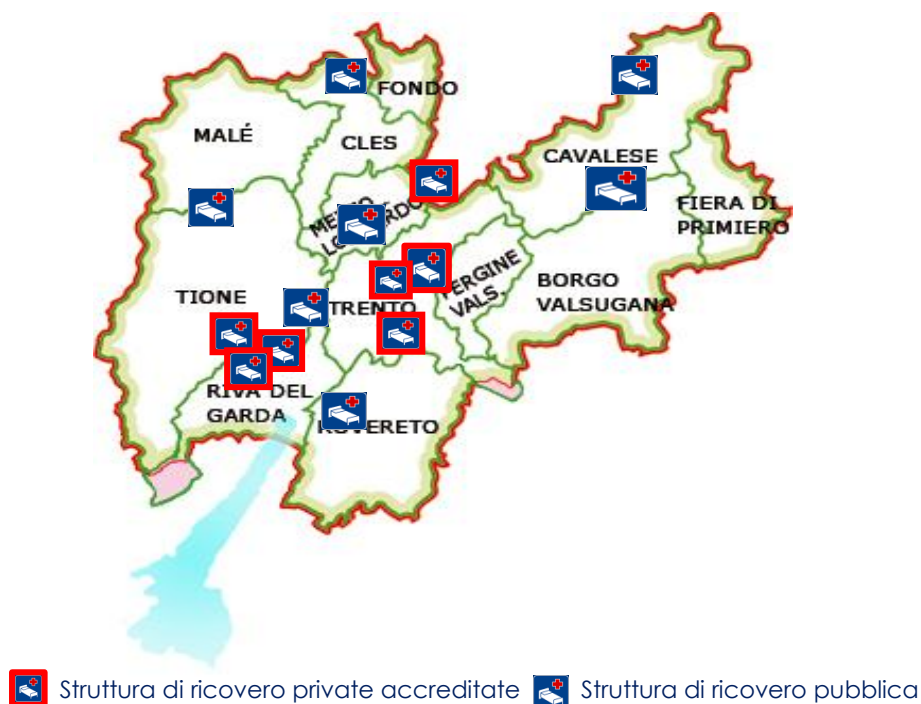
Tutto quanto precede, infine, è da ritenersi coerente con i livelli di sviluppo economico della Provincia, e quindi sostenibile continuando a perseguire una politica di rigore e efficientamento: la spesa sanitaria pubblica assorbe nella P.A. di Trento il 6,2% del PIL regionale (2016), un valore che pur superiore a quello della Provincia autonoma di Bolzano (5,4%) e della media delle Regioni settentrionali (Nord-Ovest 5,5%; Nord-Est 5,7%), risulta, invece, PIL della Provincia, essi risultano sostanzialmente "sostenibili" e allineati alle Regioni del Centro Italia: la spesa sanitaria pubblica assorbe, nel 2016, il 6,2% del PIL regionale, valore superiore a quello della Provincia autonoma di Bolzano (5,4%) e della media delle Regioni settentrionali (Nord-Ovest 5,5%; Nord-Est 5,7%), risulta, invece, in linea con quello delle Regioni centrali (6,2%) e largamente inferiore a quello delle Regioni meridionali (9,9%).

5. Assistenza ospedaliera

5.1. Attività di ricovero

Il Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) è l'articolazione organizzativa fondamentale, in tema di assistenza ospedaliera, del Trentino, deputata a dare attuazione, organizzativa, gestionale ed operativa ai compiti istituzionali dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), nonché alle scelte strategiche della Direzione aziendale, attraverso l'erogazione di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero e ambulatoriale³³.

Figura 5.1 - Rete ospedaliera – P.A. di Trento, anno 2016



³³ Regolamento di organizzazione APSS; maggiori dettagli sono contenuti nel Capitolo 3.

Fonte: elaborazione © C.R.E.A. Sanità

Il SOP coordina e gestisce l'offerta ospedaliera secondo un modello *Hub & Spoke*, articolando l'assistenza su due livelli:

L'attività di ricovero viene effettuata in 7 presidi ospedalieri pubblici, dislocati su 9 strutture, e in 6 strutture private accreditate.

Nel 2016 sono stati effettuati 81.377 ricoveri: si tratta per l'88,2% di ricoveri in acuzie, per il 7,8% di riabilitazione e per il 4,0% in lungodegenza. La quota di ricoveri in acuzie è decisamente inferiore a quella media nazionale (94,8%), della ripartizione di afferenza (93,2%) e della P.A. di Bolzano (93,0%); è invece decisamente superiore alla media nazionale e della ripartizione di afferenza, quello dei ricoveri in riabilitazione e lungodegenza, che risulta quasi doppia della media nazionale (4,0%) nel primo caso e più che doppia per il secondo (1,2%).

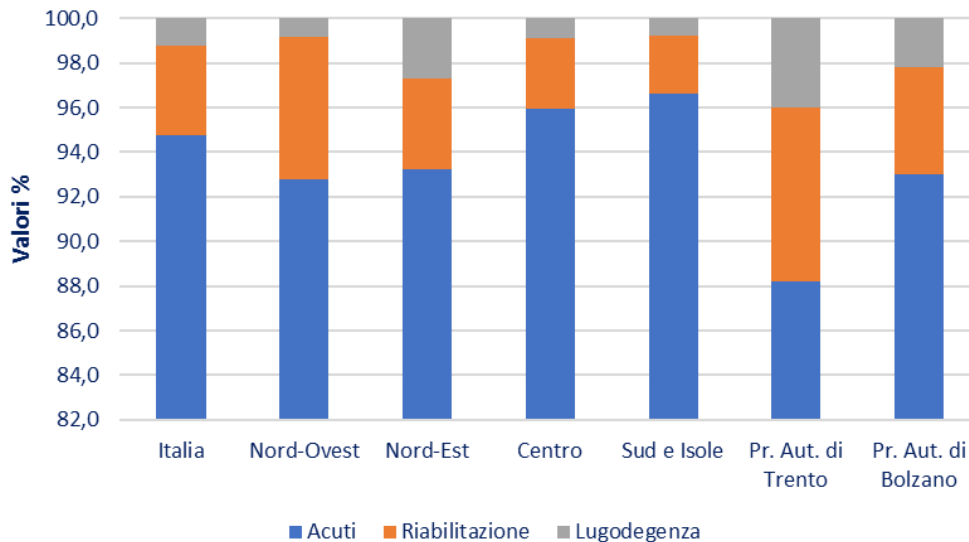
Questi numeri evidenziano il forte investimento fatto dalla Provincia per l'erogazione dell'assistenza non in acuzie e anche residenziale, in ossequio alla natura socio-sanitaria del suo servizio pubblico (cfr. Capitolo 6).

Nel periodo 2013-2016 i ricoveri totali nella P.A. di Trento si sono ridotti (-4,4%), in maggior misura rispetto a quanto riscontrato nel Nord-Est (-3,5%) ma meno di quanto verificatosi a livello medio nazionale (-8,0%).

In particolare, quelli in acuzie si sono ridotti meno della media nazionale: -5,0% verso -8,2%; quelli in riabilitazione di più della media nazionale: -3,4% rispetto al -2,3% medio in Italia; l'attività di ricovero in lungodegenza, invece, è cresciuta del +8,6% a fronte di una riduzione media nazionale del -5,3%, confermando la natura e la strategia di integrazione sopra richiamata.

La P.A. di Bolzano nello stesso periodo ha ridotto in maggior misura rispetto alla P.A. di Trento i ricoveri in acuzie (-7,7%), incrementando invece quelli in riabilitazione (+11,2%) e lungodegenza (+24,9%), anch'essa quindi in controtendenza con la dinamica media nazionale.

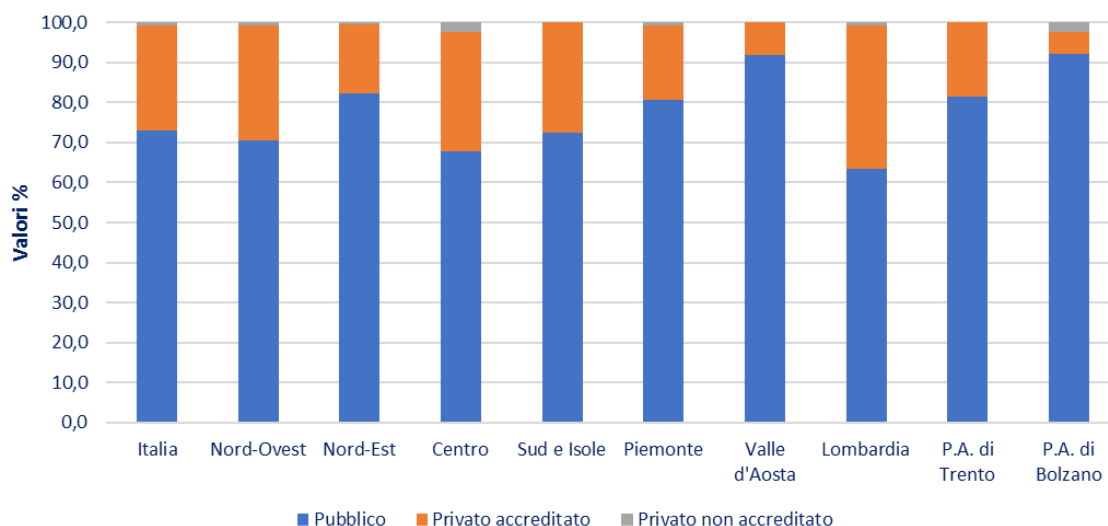
Figura 5.2 – Composizione ricoveri per tipo di attività, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Dei citati 81.377 ricoveri totali, l'81,5% viene erogato da strutture pubbliche e il 18,5% da strutture private accreditate. Rispetto alla media nazionale, in Trentino la componente pubblica prevale con uno scarto maggiore di 8,5 punti percentuali: resta però al di sotto della media della ripartizione di afferenza (82,4%) e della P.A. di Bolzano, dove la quota pubblica raggiunge il 92,2%; a differenza della media nazionale, del Nord-Est e della P.A. di Bolzano, in Trentino è completamente assente l'attività di ricovero in strutture private non accreditate.

Figura 5.3 - Composizione ricoveri per tipologia di erogatore, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

La preminenza della copertura pubblica è particolarmente evidente per i ricoveri in acuto ove si raggiunge il 90,7%, a fronte di un 75,2% medio nazionale e di un 85,2% riscontrato nel Nord-Est; solo nella Valle d'Aosta e nella P.A. di Bolzano i ricoveri in acuzie vengono eseguiti in quota ancora maggiore in strutture pubbliche (95,8% e 96,8% rispettivamente).

Di contro, i ricoveri in riabilitazione sono effettuati per oltre l'80% in strutture private accreditate, in maggior misura rispetto alla media nazionale e della ripartizione di afferenza (73,7% e 67,0% rispettivamente); a livello di singole Regioni solo Calabria e Lazio hanno quote di privato maggiori: il 95,9% e 91,7% rispettivamente; nella P.A. di Bolzano la distribuzione tra le diverse tipologie di strutture è in linea con quella media nazionale.

Anche i ricoveri di lungodegenza sono effettuati quasi esclusivamente in strutture private accreditate: il 96,8%, contro una media nazionale del 48,0%. Una distribuzione simile al trentino in questo ambito si riscontra in Toscana e Campania dove il 98,2%

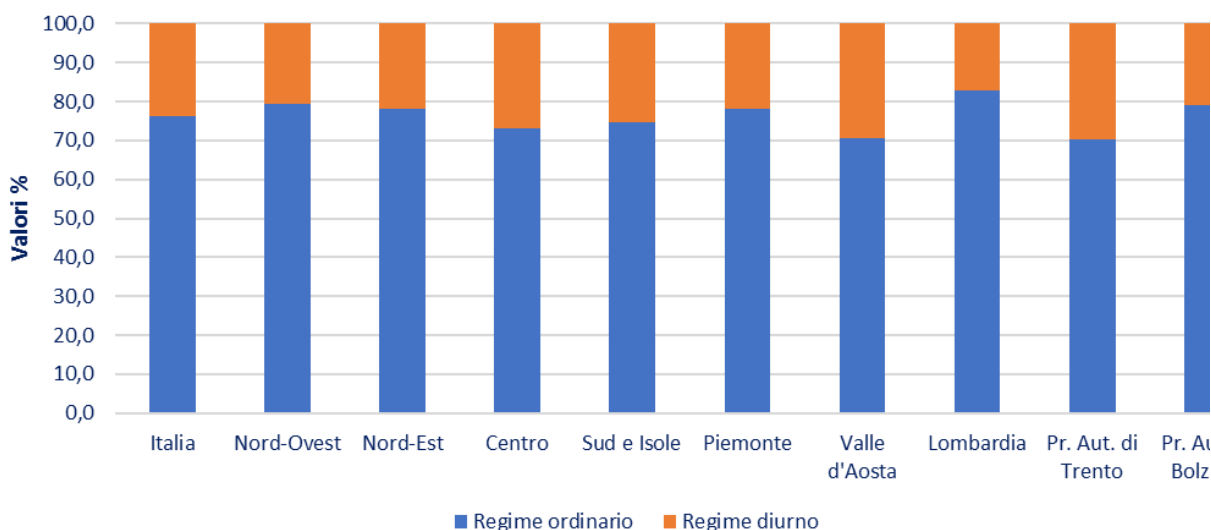
ed il 92,6% dei ricoveri di lungodegenza vengono erogati da strutture private accreditate.

Per i ricoveri in acuzie si riscontra un ricorso diurno superiore alla media nazionale e a tutte le ripartizioni geografiche: il 29,8% dei ricoveri verso una media nazionale del 23,7%.

Nel triennio 2013-2016 i ricoveri ordinari effettuati in trentino sono rimasti sostanzialmente stabili (-0,7%), a fronte di una riduzione a livello nazionale del -5,2%; si sono invece ridotti quelli diurni (-13,9%) anche se meno di quanto riscontrato a livello nazionale (-16,8%), ma in linea con la riduzione media che ha interessato la ripartizione di afferenza.

Dall'analisi delle SDO della P.A. di Trento emerge come, nel 2016, il 64,7% dei 70.541 ricoveri in acuzie (88,7% dei ricoveri totali in provincia) effettuati (di cui il 46,9% chirurgici) si concentra sui due presidi ospedalieri di Trento e Rovereto (44,8% e 19,9% rispettivamente), segue l'ospedale di Cles con il 6,7%, quello di Arco con il 5,2% dei ricoveri in acuzie e di Borgo Valsugana con il 4,7%; un contributo inferiore al 4% (per singola struttura) è quello fornito dalle strutture private accreditate di S.Camillo, Villa Bianca e Solatrix.

Nelle strutture Villa Bianca e S. Camillo prevale l'attività chirurgica: oltre l'80% (82,6% e 81,4% rispettivamente) dei ricoveri è associato a DRG chirurgici, segue l'Ospedale di Rovereto dove questa rappresenta il 49,3% di quella totale, l'Ospedale di Cavalese con il 48,2%, e quello di Trento con il 45,7%.

Figura 5.4 – Composizione ricoveri in acuzie per regime, anno 2016


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Per i ricoveri in riabilitazione il ricorso al regime ordinario nella P.A. di Trento, pari al 91,6%, è sostanzialmente in linea con quello medio nazionale (90,9%), e superiore a quello medio della ripartizione di afferenza (88,0%), ma inferiore a quello riscontrato nella P.A. di Bolzano (95,2%).

L'attività di riabilitazione si concentra soprattutto nelle strutture di "Eremo", "S. Pancrazio" e "Villa Rosa" di Pergine (6.116 totali, 7,7% dei ricoveri totali): 47,8%, 24,3% e 12,8% rispettivamente; presso "Solatrix", "S. Camillo", Ospedale di Arco e di Rovereto il restante 15,1%.

I ricoveri in lungodegenza (2.929 in totale, 3,7% dei ricoveri totali) vengono effettuati esclusivamente in tre strutture: "Regina" (58,8%), "Solatrix" (30,0%) e "S. Camillo" (11,2%).

Nel 2016, si riscontra un tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età)³⁴ nella Provincia autonoma di Trento pari a 145,1 ricoveri ogni 1.000 abitanti, un valore superiore alla media

³⁴ La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001

nazionale (132,9) di 9,2 punti percentuali ed inferiore di -3,6 rispetto a quello della P.A. di Bolzano (150,5).

La differenza è da attribuire ai ricoveri in lungodegenza (+113,3% rispetto alla media nazionale). Per la riabilitazione vengono effettuati 8,7 ricoveri ogni 1.000 trentini (3,4 ricoveri in più rispetto alla media nazionale). Il tasso di ospedalizzazione per gli acuti, pur superiore del +5,5% a quello medio nazionale, vede un minore ricorso (-3,5%) al regime ordinario e maggiore (+33,2%) a quello diurno.

Nel periodo 2013-2016 in Trentino il tasso di ospedalizzazione totale si è ridotto del -8,9%, meno della media nazionale (-11,0%) ed in linea con quello della P.A. di Bolzano; la riduzione ha riguardato, come anche a livello medio nazionale, tutte le tipologie di ricovero ed i singoli regimi, anche se in diversa misura; degna di nota è la riduzione superiore alla media nazionale del tasso di ospedalizzazione in riabilitazione (-13,5% in Trentino e -7,4% in Italia), che invece nello stesso periodo è aumentato nella P.A. di Bolzano.

Tabella 5.1 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato

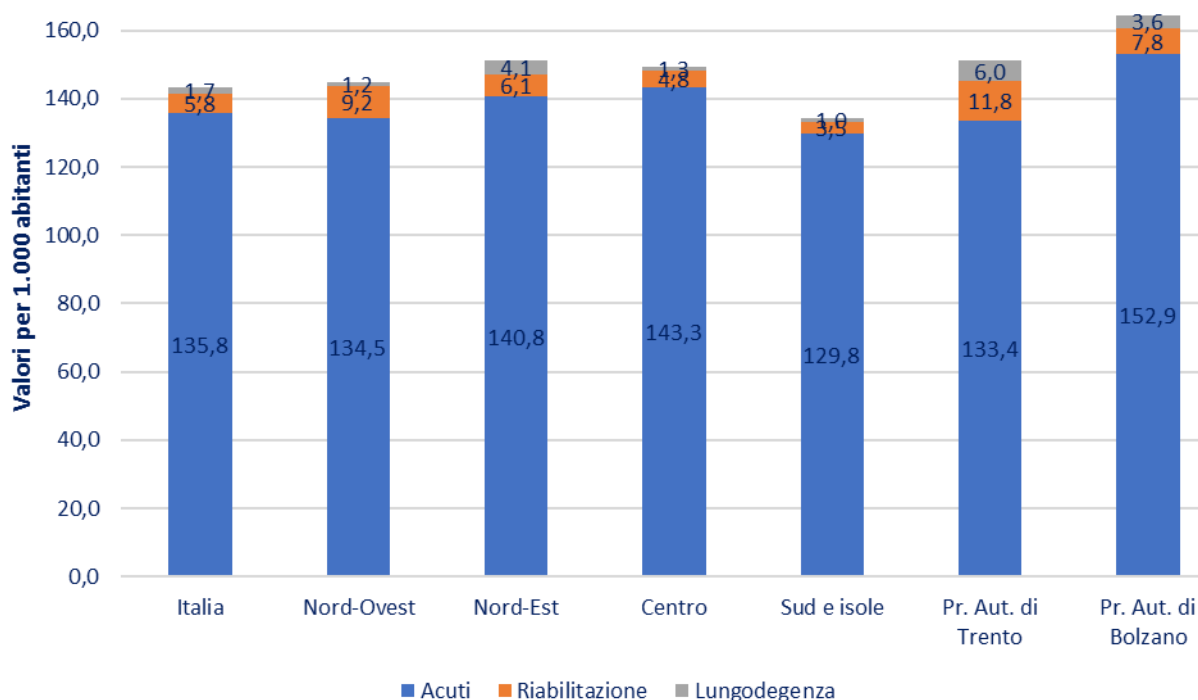
	Totale (per 1.000 ab.)	Acuti (per 1.000 ab.)	Riabilitazione (per 1.000 ab.)	Lungodegenza (per 1.000 ab.)
Italia	132,9	126,5	5,0	1,4
Italia - variazione 2016/2013	-11,0%	-11,2%	-7,4%	-12,0%
P.A. di Trento	145,1	133,5	8,6	2,9
P.A. di Trento - variazione 2016/2013	-8,9%	-8,7%	-13,5%	-2,5%
P.A. di Bolzano	150,5	139,7	7,5	3,2
P.A. di Bolzano - variazione 2016/2013	-8,8%	-9,8%	3,7%	17,8%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Spostando il focus sull'attività di ricovero erogata dalla P.A. di Trento, ovvero ai ricoveri erogati indipendentemente dalla residenza del paziente, si osserva che il tasso di ricovero complessivo (2016) nella P.A. di Trento è pari a 151,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti, superiore del +5,5% rispetto a quello medio nazionale, in linea con quello della ripartizione di afferenza (151,3) ed inferiore a quello riscontrato nella P.A. di Bolzano (164,4).

Anche in questo caso è possibile osservare che lo scostamento dai valori medi nazionali riguarda l'attività in riabilitazione e lungodegenza, che si raddoppia e triplica rispettivamente, confermando la vocazione provinciale alla presa in carico della cronicità.

Figura 5.5 –Tasso di ricovero per tipo di attività, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

I ricoveri in acuzie si concentrano soprattutto negli ospedali S. Chiara di Trento e S. Maria del Carmine di Rovereto (44,8% e

19,9% rispettivamente); seguono i presidi ospedalieri di Cles ed Arco nei quali viene effettuata rispettivamente il 6,9% e il 5,2% della casistica; nella struttura ospedaliera di Fiemme – Cavalese viene effettuato il 5,1% dei ricoveri in acuzie del trentino, segue quella di Borgo Valsugana con il 4,7%; Tione, S. Camillo e Villa Bianca rappresentano complessivamente circa il 10% della casistica totale (rispettivamente 4,0%, 3,7% e 3,1%),

Oltre il 90% dei ricoveri in riabilitazione vengono effettuati in quattro strutture: Eremo, S. Pancrazio, Villa Rosa e Solatrix, che rappresentano rispettivamente il 47,8%, 24,3%, 12,8% e 6,7% della casistica. Seguono la struttura S. Camillo con il 3,1%, il presidio ospedaliero di Arco e di S. Maria del Carmine di Rovereto, registrando entrambi il 2,6% della casistica.

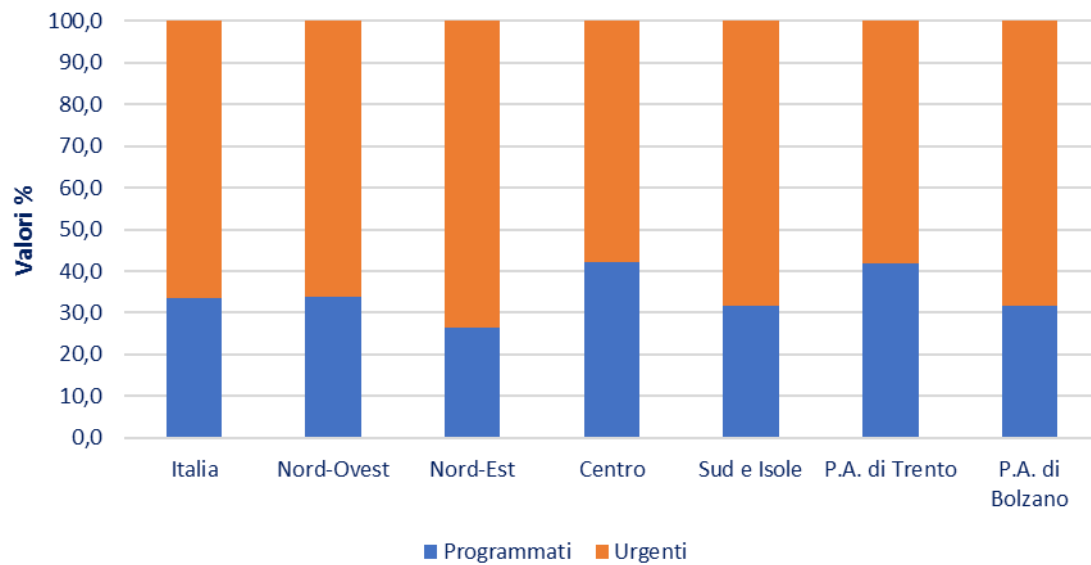
I ricoveri in lungodegenza vengono effettuati in tre strutture private accreditate: Regina, Solatrix e S. Camillo. La prima assorbe il 58,8% della casistica, la seconda il 30,0% e la terza l'11,2%.

L'attività di ricovero Trentino si discosta dalla media nazionale e delle singole ripartizioni geografiche per una prevalenza del carattere di elezione dei ricoveri: il 56,7% di questi è programmato, risultando secondo in Italia solo al Lazio, dove il 63,0% dei ricoveri acuti avviene in elezione.

L'urgenza si concentra soprattutto nei presidi ospedalieri di Trento e Rovereto: circa un quarto dei ricoveri in urgenza in queste strutture sono di carattere chirurgico; nelle altre strutture il carattere di urgenza riguarda soprattutto i ricoveri medici. La programmazione in quasi tutti i presidi riguarda prevalentemente i ricoveri chirurgici, ad eccezione degli ospedali di Trento e Cles sono c'è una equa ripartizione tra i medici e i chirurgici.

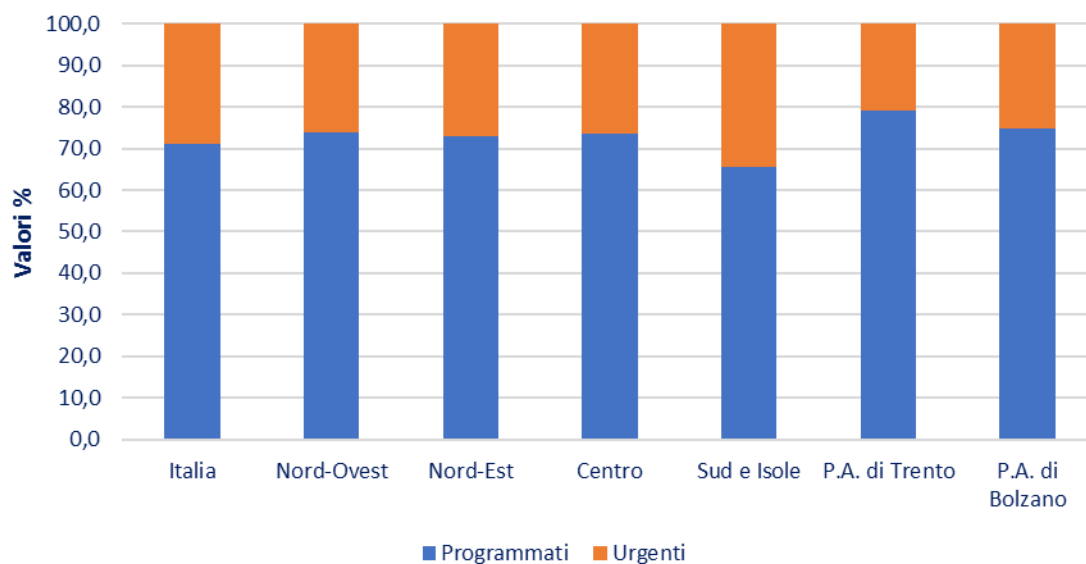
Distinguendo i ricoveri in medici e chirurgici si riscontra come, nel 2015, il 58,2% di quelli medici effettuati in Trentino sono stati fatti in urgenza, un ricorso inferiore a quello medio nazionale (66,4%) e delle altre ripartizioni geografiche, ad eccezione del Centro (57,8%); sono stati effettuati in elezione invece quasi l'80% di quelli chirurgici, ricorso superiore a quello medio nazionale (71,2%) e di tutte le ripartizioni geografiche.

Figura 5.6 – Ricoveri medici per modalità di ammissione, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.7 – Ricoveri chirurgici per modalità di ammissione, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al 2013 il tasso di ricovero nella P.A. di Trento si è ridotto, pur se meno di quanto registratosi a livello nazionale (-5,8% e -9,5% rispettivamente) e comunque una riduzione superiore a quella che ha interessato la ripartizione di afferenza (-4,6%). Particolarmente degno di nota è l'aumento del tasso di ricovero in riabilitazione ordinaria e della lungodegenza (+3,4% e +7,0% rispettivamente) a fronte di una riduzione sia della media nazionale pari a -1,4% e -6,8% rispettivamente, sia della ripartizione geografica Nord-Est.

Rispetto al 2013 si è registrato un aumento dei ricoveri nelle strutture Solatrix e Ospedale di Rovereto, rispettivamente del +9,0% e +2,0%, si sono invece ridotti in maggior misura quelli di S. Camillo (-23,3%), Arco (-17,0%), Cavalese (-14,5%) e Villa bianca (-14,1%).

In particolare nel triennio 2013-2016 l'attività di Solatrix si è quasi raddoppiata (+85,6%), quella dell'Ospedale di Rovereto è aumentata del +13,9%, così come quella dell'Ospedale di Trento

(+7,8%); si è invece ridotta di oltre un terzo quella dell'Ospedale di Arco (-39,7%).

La struttura Regina è quella dove si concentra maggiormente l'attività di ricovero in lungodegenza, seguita da quella di Solatrix; residuale è invece quella effettuata nella struttura di S. Camillo. Rispetto al 2013 il numero di strutture è stato ridotto (Ospedale di Arco, Cles e Sacra Famiglia) e l'attività si è distribuita sulle restanti tre, ed in particolare su Solatrix che ha aumentato i suoi ricoveri del +80,3%.

Al netto dei parti, che rappresentano il 7,8% della casistica di ricovero, metà della casistica di ricovero si concentra su 38 DRG ed un terzo su 15. I primi 4 risultano essere per numerosità risultano essere: "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC" ed "Insufficienza cardiaca e shock".

Si tratta di una casistica associata prevalentemente alla componente muscolo-scheletrica e cardiaca.

Distinguendo la casistica per tipo di attività di ricovero si osserva come per circa il 70% dei ricoveri in acuzie afferisca a 100 DRG. Tra questi, i più frequenti, al netto dei parti, sono: "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC, Insufficienza cardiaca e shock, Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori, Edema polmonare e insufficienza respiratoria".

Per quelli in riabilitazione i DRG i primi 4 più frequenti sono: "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (28,9% della casistica), "Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC" (18,9%), "Aterosclerosi senza CC" (7,4%), "Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (5,2%).

Per la lungodegenza invece: "Afezioni mediche del dorso", 'Malattie dell'osso e artropatie e specifiche senza CC", "Altre malattie del sistema nervoso senza CC" e 'Malattie degenerative del sistema nervoso".

5.2. Efficienza

Al fine di analizzare l'efficienza dei servizi ospedalieri del trentino sono state prese in analisi la degenza media e quella pre-operatoria.

Nel 2016, in Trentino si osserva una degenza media in acuzie pari a 5,8 giorni, leggermente inferiore alla media nazionale (5,9) ma sostanzialmente in linea con quella della ripartizione geografica di afferenza (6,2).

In regime ordinario non vi è differenza tra il dato Trento e il dato Italia (6,9 giorni), mentre per quello diurno si osserva una degenza media inferiore di 0,6 giorni rispetto alla media nazionale (2,1 Trento vs. 2,7 Italia).

Per quanto concerne i ricoveri in lungodegenza e in riabilitazione ordinaria, la degenza media è pari a 35,2 rispetto ad una media nazionale di 27,6 per la prima, e 27,6 rispetto a 25,8 della media Italia per la seconda.

Tabella 5.2 – Degenza media

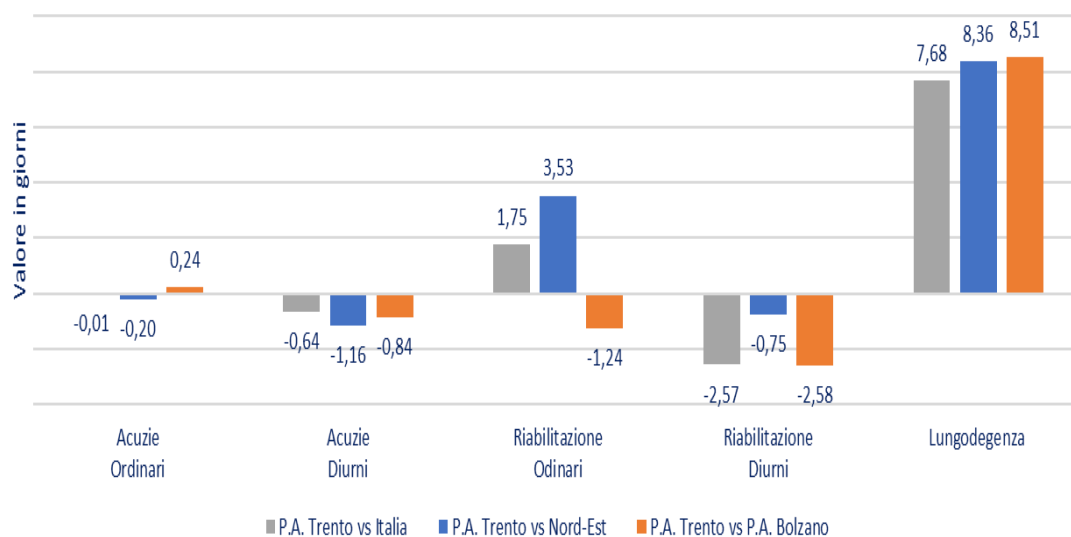
	Acuti	Riabilitazione	Lungodegenza
Italia	5,9	24,8	27,6
Italia - variazione 2016/2013	+3,1%	+2,1%	-0,1%
P.A. di Trento	5,8	26,7	35,2
P.A. di Trento - variazione 2016/2013	+1,0%	+0,6%	+3,7%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al 2013 si è assistito ad un aumento della degenza media totale, sia a livello medio nazionale che di singole

ripartizioni, per tutte i tipi di ricoveri ad eccezione di quelli in lungodegenza, per i quali si è sensibilmente ridotta. Tale aumento ha interessato anche il Trentino pur se in misura più contenuta (+0,5%), rispetto alla media nazionale (+3,5) ed in linea con quello della ripartizione di afferenza (+0,5%); l'unica eccezione è rappresentata dalla degenza media dei ricoveri in lungodegenza che in Trentino è aumentata di 1,2 giorni, passando da 34,0 a 35,2, in controtendenza con il dato medio nazionale.

Figura 5.8 – Differenze di degenza media per regime, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Distinguendo l'analisi per tipologia di attività erogata si riscontra una degenza media di 7,8 giorni per i ricoveri acuti medici ed una di 6,1 per quelli chirurgici. In particolare, per i ricoveri medici si passa da 7,0 giorni in media dell'Ospedale di Cles e la struttura Villa Bianca 11,5 e 11,4 giorni medi di degenza nell'Ospedale di Arco e quello S. Camillo.

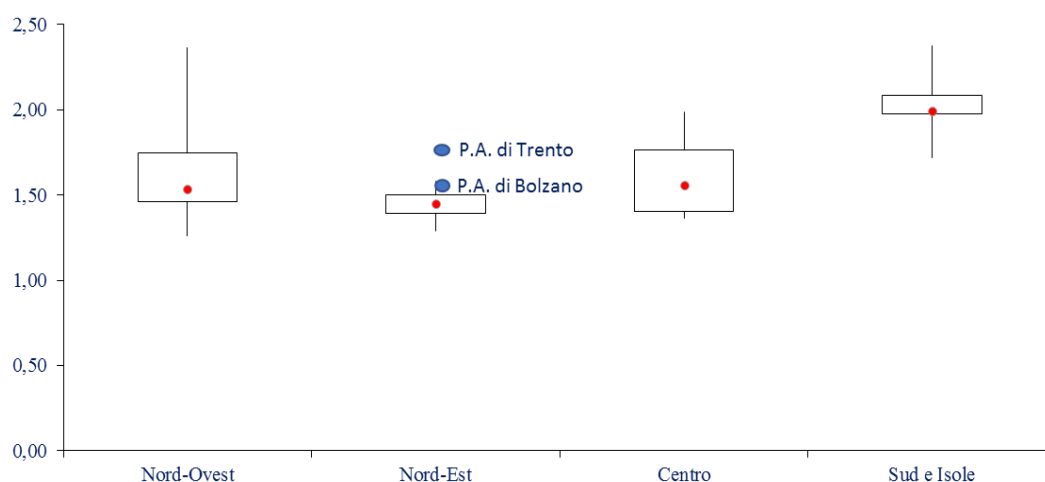
Per l'attività chirurgica si passa da Arco, e le strutture Villa Bianca e S. Camillo con 3,4, 3,4 e 3,8 giorni medi di degenza rispettivamente, a 7,4 giorni nell'Ospedale di Trento, seguito da Borgo (5,4) e Rovereto (5,2); gli ospedali di Tione e Cles risultano

essere invece quelli con la degenza media chirurgica più bassa, pari a 4,9 giorni.

Rispetto al 2013 si è ridotta soprattutto la degenza media chirurgica (-5,1%), in tutte le strutture ad eccezione del S. Camillo dove invece è aumentata del +8,2%.; di modesta entità è stata invece la riduzione di quella associata ai ricoveri medici (-1,0%), che ha interessato solo quattro strutture ed in maggior misura l'Ospedale di Rovereto (-9,0%).

Nella P.A. di Trento la degenza media pre-operatoria si attesta a 1,45 giorni, in linea con il valore medio riscontrato nel Nord-Est, che peraltro ha il valore medio più basso, e a fronte di un valore medio nazionale superiore di 1,70.

Figura 5.9 – Degenza media pre-operatoria, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Il Trentino ha un valore inferiore a quello medio nazionale, anche grazie alla riduzione significativa registratasi nel triennio 2013-2016, in cui la degenza media pre-operatoria si è ridotta in maggior misura (-0,2 giorni) rispetto a quanto rilevato in Italia (-0,06 giorni).

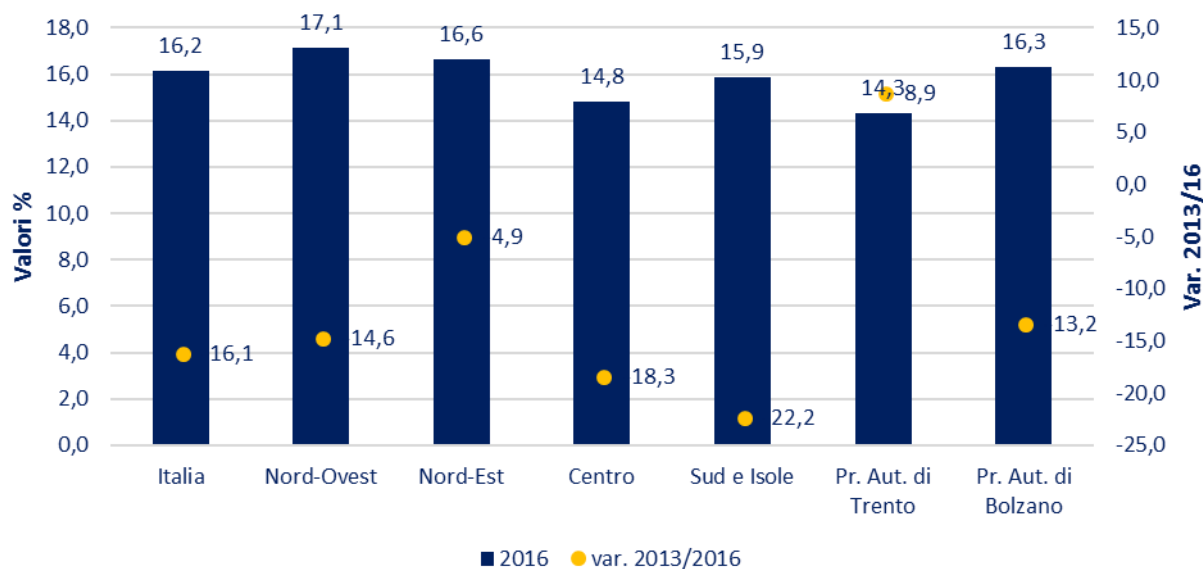
Ad eccezione degli Ospedali di Trento e Rovereto, che presentano una degenza media pre-operatoria di 1,6 e 1,2 giorni rispettivamente, in tutte le altre strutture questa è pari o inferiore ad un giorno (0,4 dell'Ospedale di Arco e 0,5 della struttura S. Camillo risultano essere i valori più bassi). Rispetto al 2013 si è ridotta in tutte le strutture, ad eccezione di Villa Bianca, e soprattutto in quelle ospedaliere di Arco e Borgo Valsugana.

5.3. Appropriatelyzza

La P.A. di Trento registra un numero di ricoveri a rischio di inappropriatelyzza inferiore a quello medio nazionale e di tutte le ripartizioni geografiche: nel 2016, solo il 14,3% dei ricoveri acuti ordinari effettuati nella Provincia sono associati a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (quasi due punti percentuali in meno rispetto alla media italiana e della P.A. di Bolzano); il gap aumenta (2,3 punti percentuali) confrontandosi con il valore medio della ripartizione Nord-Est. Il Nord-Ovest risulta essere la ripartizione con livello più alto di ricorso a DRG a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario (17,1%).

Va però notato che nel periodo 2013-2016 si è registrato un aumento del livello di ricorso al ricovero acuto ordinario inappropriatelyzo (+8,9%).

Figura 5.10 – Ricoveri ordinari in acuzie ad alto rischio di inappropriatazza



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento il 36,0% dei pazienti dimessi da reparti chirurgici sono associati a DRG medici, quota superiore alla media nazionale (28,6%) e della sua ripartizione di afferenza (29,9%), ma inferiore a quella riscontrata nella P.A. di Bolzano (37,6%).

Nel periodo 2013-2016 tale quota si è ridotta di 1,5 punti percentuali (-1,1 a livello nazionale).

Il fenomeno si riscontra in maggior misura negli ospedali di Trento, Tione e Cles dove il 40,3%, 36,1% e 34,7% delle dimissioni dai reparti chirurgici sono associate a DRG medici; nelle restanti strutture tale quota è inferiore alla media nazionale (28,6%). Le strutture S. Camillo e Villa Bianca risultano essere le più virtuose in tal senso con, rispettivamente, 4,4% e 1,1% di ricoveri con DRG medici associati a reparti chirurgici.

Al fine di analizzare il livello di appropriatezza per particolari ambiti diagnostico-terapeutici, in ossequio a quanto previsto dal D.M. 70/2015, sono stati sviluppati alcuni indicatori.

Nello specifico è stata determinata la quota di strutture regionali rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. 70 e la quota di interventi regionali eseguiti in strutture rispondenti a tali requisiti.

Tabella 5.3 – Indicatori D.M. 70/2015 per soglie minime di volume di attività

Indicatori	Soglia
Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervengo chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

Fonte: D.M. 70/2015

Tabella 5.4 – Indicatori D.M. 70/2015 per soglie di rischio di esito

Indicatori	Soglia
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni	Minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >1000 parti	Massimo 25%

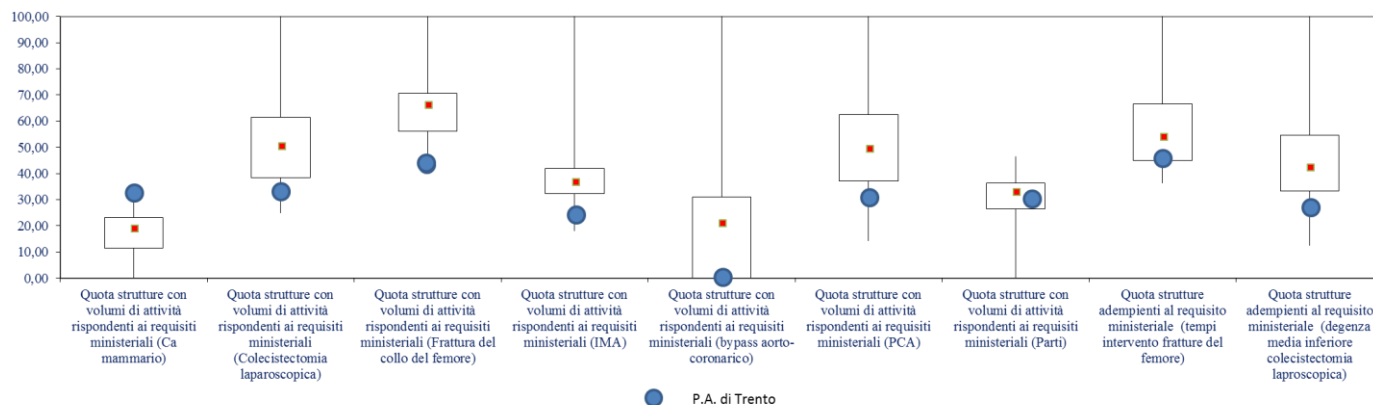
Fonte: D.M. 70/2015

Nella P.A. di Trento si riscontra che il 33,0% delle strutture che trattano chirurgicamente il Ca Mammario esegue almeno 150 primi interventi annui per tale diagnosi, una quota decisamente superiore alla mediana nazionale (20,0%); in queste strutture vengono eseguiti la quasi totalità di questi interventi (95,0%).

Per gli indicatori relativi ai bypass aorto-coronarici, ai parti e alle tempistiche di intervento per frattura del collo del femore, la P.A. di Trento ha una quota di strutture rispondenti ai requisiti compresa tra il primo quartile e la mediana nazionale. In particolare, quasi il 90% degli interventi per frattura di femore vengono effettuati in strutture che hanno una casistica di intervento entro le 48 ore che supera il 60%.

Circa il 30% dei parti viene effettuato in maternità di I livello (< 1.000 parti/anno) che effettuano meno del 15% di parti cesarei primari, valore superiore alla media nazionale (meno del 5%); prossimo alla media nazionale è invece la quota di parti eseguiti in maternità di II livello (> 1.000 parti /anno) nelle quali vengono eseguiti al massimo il 25% di parti cesarei primari.

**Figura 5.11 – Adempimento requisiti appropriatezza D.M. 70/2015
Quota strutture, anno 2016**

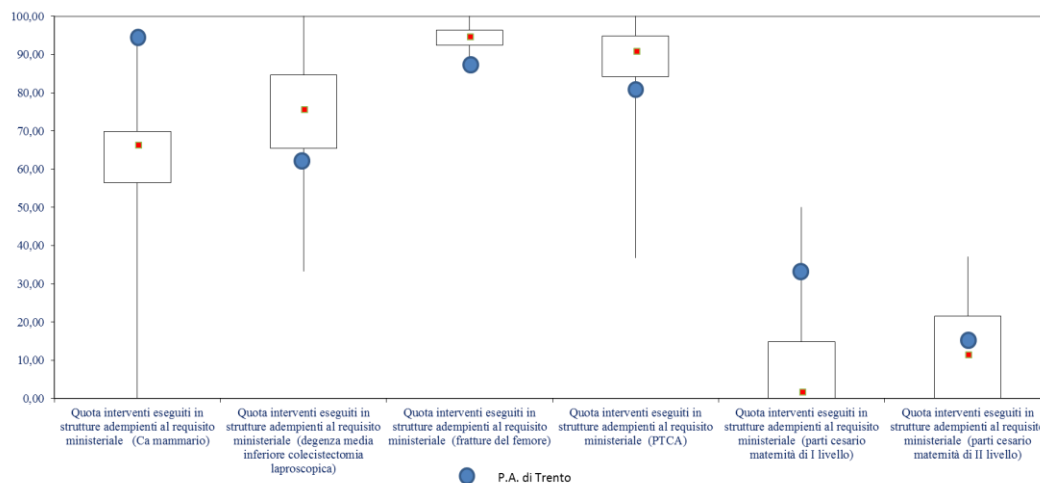


Nota: Il rettangolo è delimitato dal primo e dal terzo quartile, e diviso contenente al suo interno la mediana (in rosso). I segmenti (i "baffi") sono delimitati dal minimo e dal massimo dei valori.

Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Indicatori per i quali si riscontra nella P.A. di Trento una quota di strutture adempienti inferiore alla mediana nazionale, e compresa tra il valore minimo ed il primo quartile, sono invece quelli sulla colecistectomia laparoscopica, degenza media per questo intervento, IMA e PCA. Per il primo indicatore risulta che nella P.A. di Trento il 37% delle strutture effettua almeno 100 interventi annui di questo tipo ed in queste viene effettuata circa il 60% della casistica provinciale; circa un terzo delle strutture effettuano tale intervento con una degenza media inferiore ai 3 giorni per almeno il 70% della casistica trattata, e circa il 60% di quest'ultima viene effettuata in queste strutture. Per l'IMA circa il 20% delle strutture trentine tratta almeno 100 casi annui (a fronte di una media nazionale pari al 30%). Infine, per la PCA, circa un terzo delle strutture trentine effettua almeno 250 casi annui, a fronte di circa il 50% mediano nazionale, ed in queste si concentra oltre l'80% della casistica.

**Figura 5.12 – Adempimento requisiti appropriatezza D.M. 70/2015
Quota interventi, anno 2016**



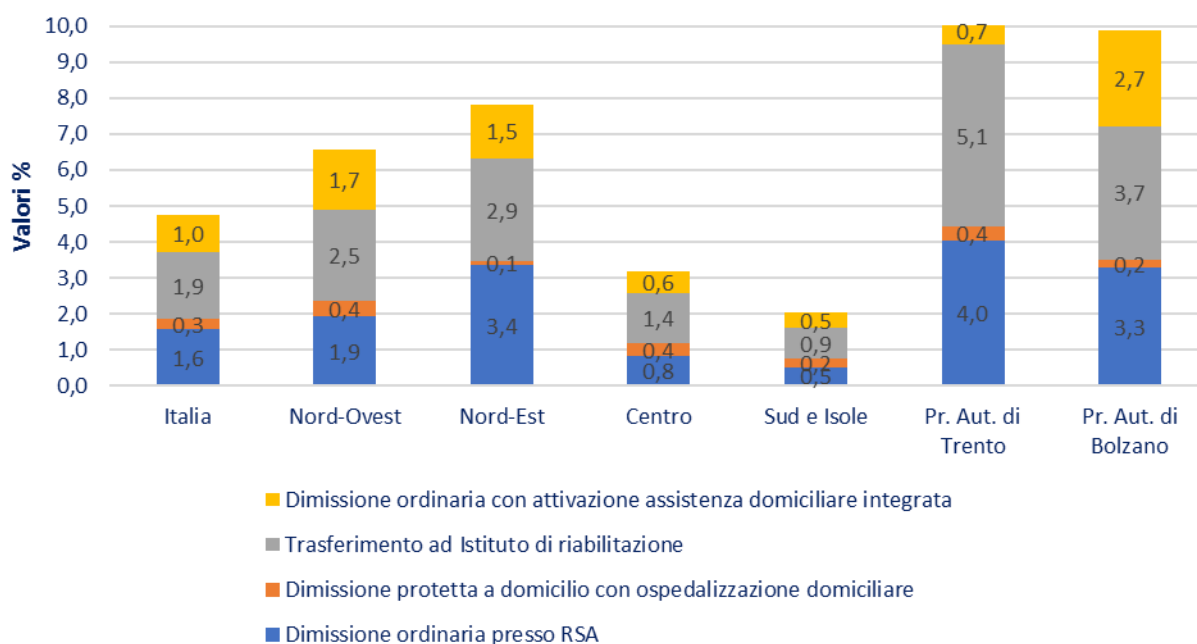
Nota: Il rettangolo è delimitato dal primo e dal terzo quartile, e diviso contenente al suo interno la mediana (in rosso). I segmenti (i "baffi") sono delimitati dal minimo e dal massimo dei valori.

Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Da ultimo si segnala che nella P.A. di Trento il 10,2% dei pazienti dimessi vivi non va al domicilio, accedendo a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare, a fronte di un 4,8% medio nazionale: si conferma quindi che la P.A. di Trento eccelle in capacità di presa in carico non ospedaliera.

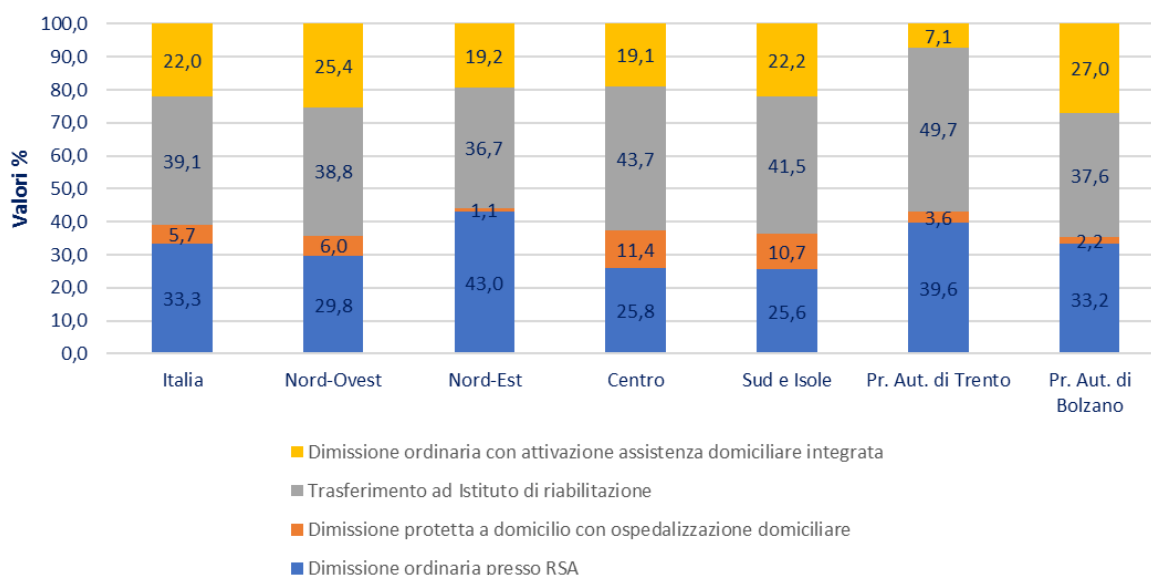
L'89,3% di questi pazienti accede a RSA o istituti di riabilitazione, il 3,6% all'ospedalizzazione domiciliare ed il 7,1% all'ADI. Il ricorso ad RSA o istituti di riabilitazione post ricovero in acuzie in Italia oscilla da un valore minimo del 67,1% al Sud e isole ad uno massimo del 79,7% del Nord-Est, con distribuzioni differenti tra le due tipologie.

Figura 5.13 – Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.14 – Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Analizzando il fenomeno per le diverse tipologie di ricovero si riscontra come nella P.A. di Trento sia superiore alla media nazionale (e delle diverse ripartizioni geografiche) sia per gli acuti, dove raggiunge l'11,0% (4,5% in Italia e 7,1% nel Nord-Est), sia in riabilitazione, dove la dimissione non al domicilio coinvolge il 10,4% dei dimessi vivi, a fronte del 5,0% medio nazionale e del 5,2% del Nord-Est. Inferiore alla media nazionale è invece la quota di dimessi vivi non al domicilio da lungodegenza, che evidentemente viene utilizzata come una soluzione di tipo residenziale: il 15,3% in Trentino, a fronte di una media nazionale pari al 25,8% e al 34,4% del Nord-Est.

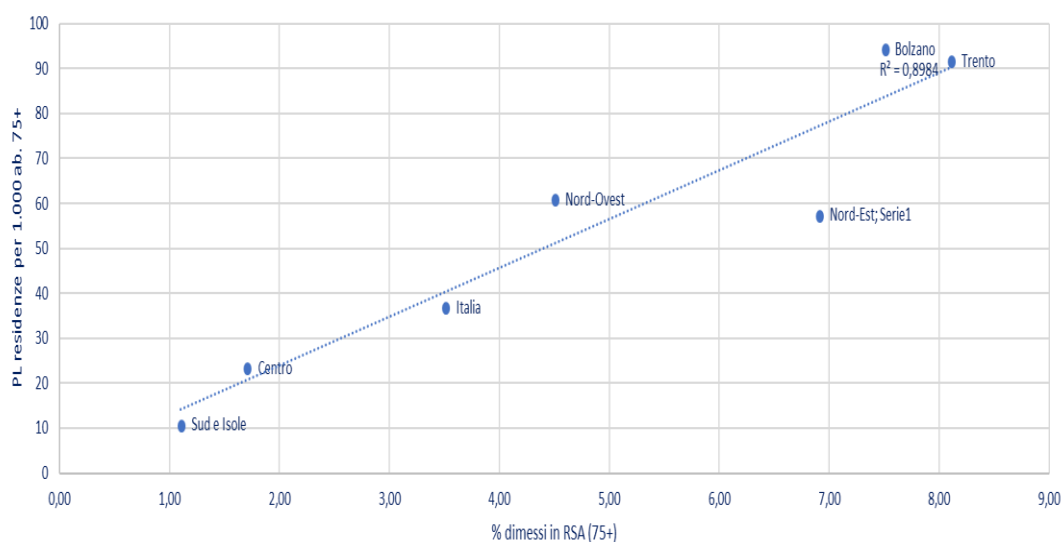
Considerando solo le dimissioni verso istituti di non acuzie ovvero residenze o istituti di riabilitazione, in Trentino queste rappresentano il 9,1% delle dimissioni totali, un ricorso pari al triplo

di quello medio nazionale (3,4%); il Nord-Est, che rappresenta a seguire la ripartizione con migliori risultati, ha un livello inferiore di un terzo a quello del Trentino (6,2%). Al Trentino segue la Liguria con il 7,9%, e la P.A. di Bolzano con il 7,0%.

Limitando l'analisi ai soli pazienti anziani (*over 75*) si riscontra come in Trentino il livello del ricorso a dimissioni diverse dal domicilio è maggiore del 50%, passando dal 10,2% al 15,6%: il *gap* rispetto alla media nazionale e delle singole ripartizioni, già osservato su tutta la popolazione, sostanzialmente si conferma anche nell'analisi limitata agli anziani, ovviamente modificandosi i livelli di ricorso alle singole tipologie.

Analizzando la dinamica nel triennio 2013-2016 è interessante notare come il Trentino abbia anticipato una tendenza che ora è in crescita anche a livello nazionale.

La quota di pazienti anziani dimessi nelle RSA è correlata all'offerta di posti letto nelle residenze: Sud e Isole hanno l'offerta più bassa di posti letto (11,0 posti letto ogni 1.000 anziani) e dei dimessi che vi accedono 1,1% dei dimessi anziani), segue il Centro con l'1,7% di dimessi anziani a fronte di 23,6 posti letto ogni 1.000 anziani, il Nord-Ovest con il 4,5% ed una offerta di 61,2 posti letto ogni 1.000 anziani ed il Nord-Est con il 6,9% di anziani dimessi in RSA a fronte di 57,7 posti letto.

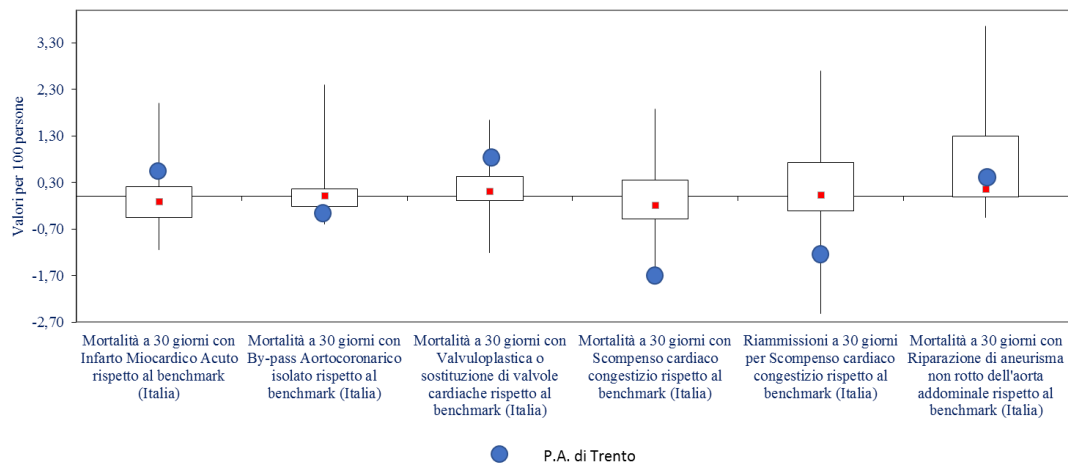
Figura 5.15 – Dimessi over 75 in RSA e PL in RSA, anno 2015


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

In termini di esiti ospedalieri, limitando l'analisi alle sole patologie cardiovascolari, che ricordiamo rappresentano la prima causa di morte, si riscontra come per gli indicatori di mortalità e riammissioni a 30 giorni afferenti a tale area, presenti nel Programma Nazionale Esiti, la P.A. di Trento presenta esiti in termini di mortalità a 30 giorni per *bypass* aorto-coronario e per scompenso cardiaco congestizio, migliori rispetto a quelli medi nazionali (0,6 e 2,0 morti in meno, ogni 100, rispettivamente); così come per le riammissioni a 30 giorni per i pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio (1,2 episodi di riammissioni in meno, ogni 100). Per la mortalità a 30 giorni post riparazione di aneurisma non rotto, la P.A. di Trento presenta un valore pari a quello mediano, comunque di poco superiore a quello medio nazionale (0,4 casi di morte in più, ogni 100). Infine, sulla mortalità a 30 giorni di pazienti con IMA e di pazienti sottoposti a

valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache, la P.A. di Trento ha un valore che supera quello medio nazionale (0,6 e 0,5 casi in più, ogni 100, rispettivamente).

**Figura 5.16 – Esiti per patologie cardiovascolari
Scostamento dal valore medio nazionale, anno 2016**



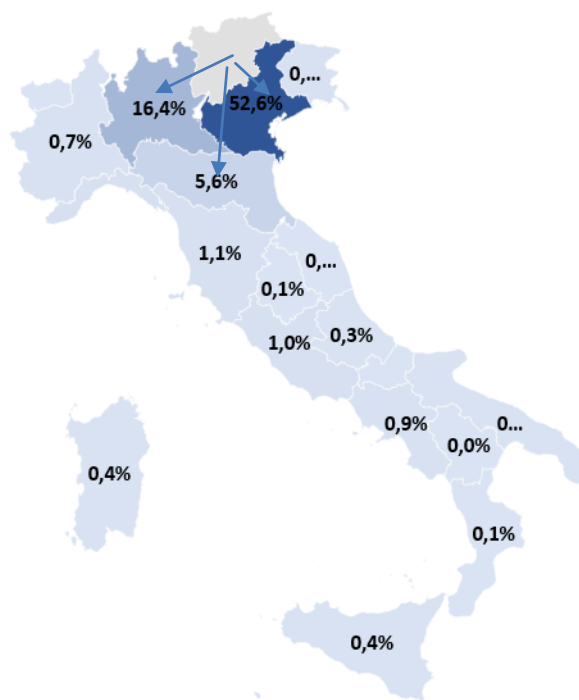
Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

5.4. Mobilità ospedaliera

Il Trentino, nel 2016, presenta un saldo negativo della mobilità ospedaliera totale pari a -2.159 ricoveri: sono 11.698 i ricoveri effettuati dai trentini fuori Provincia e 9.539 quelli effettuati in trentino da non residenti. In particolare, occorre sottolineare come la Provincia risulti essere attrattiva per le attività di ricovero in strutture non in acuzie; il saldo negativo della mobilità è associato esclusivamente ai ricoveri in acuzie (4.659 ricoveri acuti dei trentini effettuati fuori Provincia); è invece positivo per i ricoveri in riabilitazione (1.143 i ricoveri dei non trentini) ed in lungodegenza (1.357 i ricoveri dei non trentini).

La mobilità passiva è per quasi il 90% di confine: la metà dei trentini (52,6%) in mobilità si dirige nelle strutture sanitarie del Veneto, il 18,6% nella P.A. di Bolzano, il 16,4% in Lombardia ed il 5,6% in Emilia Romagna.

Figura 5.17 – Mobilità di ricovero passiva per destinazione, anno 2016



Con tecnologia Bing
© DSAT for MSFT, GeoNames, Navteq, Wikipedia

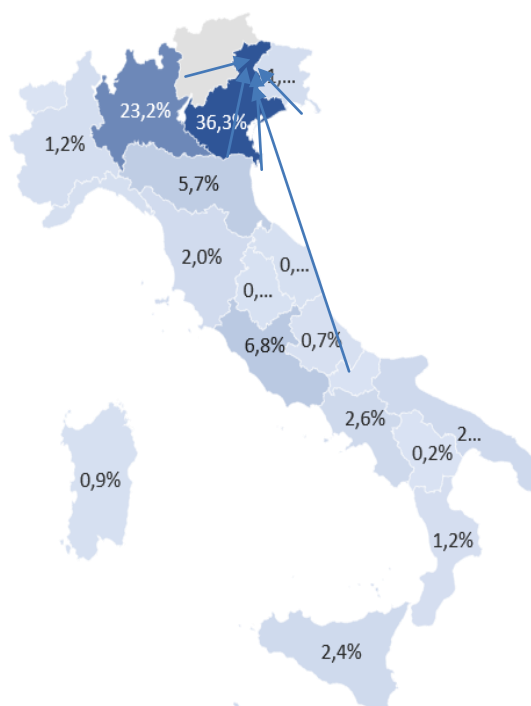
Fonte: elaborazione su dati SDO P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

Circa il 50% della casistica della mobilità passiva si concentra su 28 DRGs, tra i più frequenti si citano la sostituzione delle articolazioni (4,5% della casistica totale), interventi su mani, polso, spalla (3,4%), parti (5,6%), interventi sulla retina (2,0%), sul piede (1,9%) etc..

Come precedentemente accennato la P.A. di Trento risulta essere attrattiva, e non solo per Regioni di confine, per i ricoveri in riabilitazione e lungodegenza: il 69,7% dei non residenti che si ricoverano in trentino provengono dal Veneto (36,3%), Lombardia

(23,2%) e P.A. di Bolzano (10,2%); il 6,8% proviene dal Lazio, il 5,7% dall'Emilia Romagna, il 7,5% da Campania, Puglia e Sicilia.

Figura 5.18 – Mobilità attiva per ricoveri per provenienza, anno 2016



Con tecnologia Bing
© DSAT for MSFT, GeoNames, Navteq, Wikipedia

Fonte: elaborazione su dati SDO P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

Il 50,0% della casistica associata ai pazienti non trentini si concentra su 16 DRG; tra i più frequenti si citano; Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC (8,4%), Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (7,4%), (6,2%) Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC, Affezioni mediche del dorso (5,1%), Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC (4,2%).

Il 64,7% della casistica di ricovero di pazienti residenti fuori provincia si concentra in 5 strutture: Ospedale S. Chiara di Trento (19,3%), seguito da Eremo (12,5%), Regina (12,0%), Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto (10,7%).

In particolare, più di un terzo (36,4%) dei ricoveri di non residenti dell'Osp. S. Chiara è di "lunga distanza": pazienti provenienti soprattutto da Emilia Romagna e Lazio (22,3%).

Nella struttura "Eremo" di Arco il 27,9% della casistica di mobilità attiva non è associata a pazienti residenti in realtà di confine; il 72,2% sono invece veneti, alto-atesini e lombardi.

Nella struttura "Regina" di Arco, la casistica dei non residenti è costituita per il 16,4% da pazienti residenti in realtà non confinanti; molto forte è comunque l'attrazione di questa struttura verso i lombardi, che costituiscono il 69,7% della casistica

All'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto afferiscono invece per il 24,3% pazienti residenti in Regioni/Provincia non di confine; il 53,9% sono pazienti veneti e altoatesini.

**Tabella 5.5 – Distribuzione della casistica.
Prime 5 strutture per attrazione, anno 2016**

Strutture	Casistica extra - provinciale	% resid. trentini	% resid. fuori Provincia
S. Chiara - Trento	19,3%	94,3	5,7
Eremo - Arco	12,5%	60,0	40,0
Regina - Arco	12,0%	34,5	65,5
S. Maria del Carmine - Rovereto	10,7%	93,3	6,7
Solatrix - Rovereto	10,1%	69,6	30,4

Fonte elaborazione su dati SDO P.A. di Trento – © C.R.E.A. Sanità

La mobilità ospedaliera attiva nel triennio 2013-2016 è aumentata del +7,6%, soprattutto per i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione :15,5% e 13,1% rispettivamente; per i ricoveri in acuto l'incremento è stato inferiore, ma significativo: pari al +3,4%.

L'incremento registrato è stato superiore a quello medio della ripartizione di afferenza (+1,1%) ed in controtendenza con quello della P.A. di Bolzano dove la mobilità attiva si è ridotta nel triennio del -17,1%.

Anche la "fuga" dei trentini per attività di ricovero si è ridotta nello stesso periodo: del -3,5%; in maggior misura per quelli in lungodegenza (-25,0%), poi per quelli in riabilitazione (-17,4%) ed in minor misura per quelli in acuto (-3,6%).

Quindi è complessivamente e significativamente migliorato il saldo della mobilità ospedaliera.

5.5. Conclusioni

L'attività di ricovero ospedaliero della P.A. di Trento si distingue per la sua "vocazione" alle attività di riabilitazione e lungodegenza, peraltro punto di riferimento anche per realtà extra provinciali e non solo di confine. Questa tipologia di ricoveri rappresenta una quota dei ricoveri totali più che doppia rispetto alla media nazionale.

Questa vocazione è coerente con le politiche di presa in carico socio-sanitaria dei residenti e con lo sviluppo di una rete di residenzialità senza paragoni in Italia.

Non è quindi casuale che la quota di dimessi da strutture ospedaliere trentine verso strutture intermedie, residenziali e in assistenza domiciliare è doppia rispetto a quella media nazionale (circa il 5%). Limitando l'analisi solo alle dimissioni verso RSA o trasferimenti verso istituti di riabilitazione il gap tra il trentino e l'Italia si triplica. Valori prossimi a quelli della P.A. di Trento si riscontrano solo nella P.A. di Bolzano e nel Nord-Est.

L'attività di ricovero in acuzie è affidata prevalentemente al pubblico (più della media nazionale) e solo per il 18% al privato accreditato (il non accreditato è assolutamente assente in

trentino per attività di ricovero). Quella di riabilitazione è effettuata prevalentemente dal privato accreditato: circa l'80%; i ricoveri in lungodegenza sono invece effettuati esclusivamente in strutture private accreditate.

Importante e superiore alla media nazionale, è il ricorso in Trentino al regime diurno: essa rappresenta circa un terzo della casistica a fronte di circa un quarto a livello medio nazionale.

Rispetto alla media nazionale è anche maggiore la quota di ricoveri acuti effettuati in elezione (circa il 56%).

Il tasso di ospedalizzazione assume un valore superiore a quello medio nazionale, ma soprattutto per effetto dei ricoveri in riabilitazione e lungodegenza; quello associato agli acuti risulta essere di poco superiore a quello medio nazionale, e attribuibile ad un numero maggiore di ricoveri in regime diurno.

In ogni caso il tasso di ospedalizzazione, nel triennio 2013-2016, si è ridotto in Trentino come in Italia, anche se in minore entità nel primo, a meno di quello associato ai ricoveri di riabilitazione.

Anche il tasso di ricovero (che misura l'attività dei presidi trentini) è superiore a quello medio nazionale, ma sostanzialmente allineato a quello medio della ripartizione di afferenza e inferiore a quello della P.A. di Bolzano. Rispetto al 2013 si è ridotto quello per i ricoveri in acuzie, anche se meno della media nazionale; è invece aumentato quello relativo ai ricoveri in riabilitazione e lungodegenza, in controtendenza con la riduzione registrata a livello nazionale.

In termini di efficienza, osserviamo come la degenza media complessiva sia in linea con quella delle Regioni del Nord-Est, pari a quella media nazionale per i ricoveri in acuto e superiore per quelli in lungodegenza e riabilitazione. Rispetto al 2013 sostanzialmente non ha subito variazioni (come il Nord-Est).

Sempre in termini di efficienza, notiamo come la degenza media pre-operatoria in Trentino, con un valore pari a 1,45 giorni, sia inferiore alla media nazionale ed in linea con quella media delle Regioni del Nord-Est.

In termini di appropriatezza, pur essendo aumentata la quota del ricorso a DRG ad alto rischio di inappropriatezza per i ricoveri ordinari, la P.A. di Trento mantiene un valore inferiore tanto alla media nazionale che al Nord-Est.

Infine, i saldi di mobilità ospedaliera sono drasticamente migliorati nel triennio, sebbene il saldo complessivo rimanga negativo.

Segno meno, peraltro, associato solo ai ricoveri in acuzie, perché la mobilità risulta essere positiva per quelli in riabilitazione e lungodegenza. Queste ultime rappresentano evidentemente un punto di riferimento per la Provincia e non solo da realtà confinanti. Infatti, nel triennio 2013-2016 si è registrato un aumento della mobilità attiva, soprattutto per ricoveri di riabilitazione e lungodegenza, ed anche una riduzione di quella passiva sempre per le stesse tipologie di ricovero.

6. Assistenza residenziale socio-sanitaria e socio-residenziale

In questo capitolo ci si propone di esaminare, senza pretesa alcuna di esaustività, la rete di offerta di assistenza residenziale (e semiresidenziale) socio-sanitaria e sociale nella Provincia autonoma di Trento, effettuando ove possibile dei raffronti con la Provincia autonoma di Bolzano, la media Italia e le ripartizioni geografiche: Nord-Est, Nord-Ovest, Centro, Sud e Isole (nel prosieguo, anche Mezzogiorno).

Si prende in esame l'ultimo anno di disponibilità dei dati (in prevalenza il 2015), analizzando ove possibile il *trend* dell'ultimo triennio (2013-2015).

A questo proposito, è quanto mai opportuno mettere in evidenza la scarsa disponibilità e integrazione di dati aggiornati e completi che consentano di apprezzare e analizzare in toto il fenomeno in atto.

In particolare, per poter esaminare l'argomento di cui si tratta, a parte alcuni dati forniti direttamente dalla Provincia autonoma di Trento, per i principali dati nazionali sulla rete di offerta e di utilizzo (strutture, posti letto, utenti, giornate/ore) di assistenza residenziale e semiresidenziale, tra le fonti ufficiali primarie c'è l'Annuario statistico del SSN, a cura del Ministero della Salute, il cui ultimo aggiornamento risale però al 2013.

Lo stesso Ministero ha poi diffuso alcuni indicatori sul tema dell'assistenza residenziale e semiresidenziale relativi all'anno 2015, pubblicandoli *on line* nel documento "Monitoraggio dell'erogazione dei LEA in base alla Griglia LEA – anno 2015".

Infine, l'Istat ha messo a disposizione dati - aggiornati sempre al 2015 - relativamente a "I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"³⁵.

In questo capitolo, dopo una breve sintesi sul contesto della P.A. di Trento, sulla stima del fabbisogno dei principali *target* di utenza e della capacità di offerta del sistema, si è preferito analizzare il dettaglio delle strutture rilevate da Istat sopra

³⁵ Sono di fonte Istat (database I.Stat) anche i dati sulla popolazione utilizzata per effettuare tutte le standardizzazioni degli indicatori

menzionate; innanzitutto, perché i dati sono, come detto, più aggiornati rispetto all'annuario ministeriale, e poi perché l'Istituto nazionale di statistica cerca di analizzare tutte le strutture, non solo quelle a carattere prettamente sanitario (per la precisione, i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, come di seguito definiti). Vale la pena di ricordare, di contro, che il tasso di non risposta dell'indagine Istat si aggira intorno al 20%.

Per completezza, segue poi l'illustrazione dei principali dati ministeriali di offerta e di attività a disposizione in tema di assistenza residenziale e semiresidenziale, sia pur datati ma con qualche aggiornamento da parte della Provincia autonoma di Trento.

Effettuata la doverosa premessa sulle fonti utilizzate, prima di entrare nel dettaglio è importante definire i fenomeni in esame.

Secondo il Ministero della Salute, per assistenza residenziale e semiresidenziale si intende "il complesso integrato di interventi, funzioni ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non-autosufficienti (anziani, disabili, persone con patologie psichiatriche e malati terminali), in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, non assistibili a domicilio, all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione". All'interno dell'attività residenziale si identificano le cure semiresidenziali, "erogate da strutture di accoglienza esclusivamente diurna, destinate a pazienti non-autosufficienti e disabili, con lo scopo di mantenere e potenziare le abilità e autonomie individuali e alleviare i compiti di cura e assistenza del nucleo familiare".

Nell'annuario statistico del SSN vengono considerate strutture residenziali³⁶, semiresidenziali³⁷ e di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori familiari, stabilimenti idrotermali), oltre agli istituti riabilitativi. Quanto alla loro natura giuridica, si tratta di strutture di pubbliche, equiparate e private accreditate.

³⁶ Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale, ivi inclusi Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative)

³⁷ Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

Con riferimento alla rilevazione Istat, per “presidio residenziale socio-assistenziale e/o socio-sanitario” si intende una “struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Il singolo presidio è individuato univocamente dalla coppia denominazione della struttura-indirizzo della stessa. I destinatari dell’assistenza possono essere minori bisognosi di tutela, minori disabili, persone adulte disabili, anziani autosufficienti e non, stranieri, cittadini italiani momentaneamente sprovvisti dei mezzi di sussistenza e in situazioni contingenti di difficoltà, disagio o abbandono”.

6.1. Target e stima del bisogno di assistenza socio-sanitaria e sociale

Lo scenario

Prima di entrare nello specifico dell’assistenza residenziale, è importante ricordare alcune delle caratteristiche - prevalentemente di tipo demografico ma non solo - della P.A. di Trento, illustrate in dettaglio nel capitolo 1, che possano aiutare a contestualizzare e meglio interpretare il quadro di offerta dell’assistenza residenziale (e semiresidenziale) socio-sanitaria e socio-assistenziale, individuandone le caratteristiche specifiche.

La P.A. di Trento ha una popolazione mediamente più giovane di quella italiana, con una maggior quota di giovani e una inferiore di anziani; tuttavia, è soggetta ad un processo di invecchiamento più rapido di quello riscontrato a livello nazionale, così come a una dinamica di crescita demografica in controtendenza rispetto alla riduzione prevista invece in Italia.

In particolare, nella P.A. di Trento le persone con 65 anni e più³⁸ rappresentano il 21,1% della popolazione totale, mentre la maggioranza (64,1%) è rappresentata da adulti con età

³⁸ Nel resto del capitolo si fa riferimento alle persone con almeno 65 anni di età anche definendole - in maniera impropria - “over 65” (comprendendo anche i 65enni)

compresa tra 15 e 64 anni. Gli *under* 15 sono il restante 14,8%. Tra il 2013 e il 2017 la popolazione *over* 65 è aumentata del +8,5%, contro il +7,0% registrato a livello nazionale. Stesso andamento per la popolazione anziana (definita nell'intero documento come popolazione di 75 anni e più³⁹): nel periodo considerato, essa è aumentata del +10,7%, a fronte di un aumento del +9,3% registrato in Italia.

Degno di nota, infine, il fatto che nella P.A. di Trento nell'ultimo ventennio l'aumento degli *over* 65 sia stato maggiore rispetto alla media dell'Italia e anche di tutte le ripartizioni geografiche del nostro Paese.

In generale, dunque, si tratta di una popolazione al momento non anziana, ma con un processo di invecchiamento superiore alla media del Paese. Ciò comporterà inevitabilmente il dover prendere in carico persone con bisogni sempre più multifattoriali; occorrerà dunque potenziare un continuum tra sociale e sanitario e tra sanitario e sociale, non solo per gli anziani ma anche per le altre categorie più fragili (oltre agli anziani soli, si pensi ai disabili, alle nuove forme di dipendenza e a quelle da sostanze, ai bambini a cui non sono assicurate cure adeguate in famiglia, ai bisogni di integrazione e accoglienza, alla tutela della salute mentale).

In Italia l'assistenza residenziale viene prestata in strutture con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva le persone che ne hanno necessità; esse possono avere diverse forme e denominazioni, a seconda della Regione di appartenenza: RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), Case di cura, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio, etc.

L'assistenza semiresidenziale viene invece erogata in strutture di tipo diurno (per es. i Centri Diurni) che sostengono persone bisognose in condizioni di parziale autosufficienza.

Nella P.A. di Trento, e in particolare per i servizi residenziali destinati alle persone anziane, sono previsti: RSA, RSAO (Residenze

³⁹ Nel resto del capitolo si fa riferimento agli anziani con almeno 75 anni di età anche definendoli - in maniera impropria - "over 75" (comprendendo anche i 75enni)

sanitarie assistenziali ospedaliere), ricoveri di sollievo/tregua, case di soggiorno e alloggi protetti.

Il finanziamento delle suddette strutture può essere:

- per la parte sanitaria, del SSR e/o della P.A. di Trento;
- per la parte alberghiera, della P.A. di Trento, dei Comuni, intermediata (ossia che proveniente dalla P.A. di Trento facente funzioni di INPS, passa per le mani delle famiglie per poi finanziare servizi pubblici) e/o derivante dalla compartecipazione delle famiglie con proprie risorse;
- interamente privato, a carico delle famiglie.

Definizione del target di utenza e stima del fabbisogno potenziale

In particolare, nell'annuario statistico del SSN (fonte ministeriale) le categorie di utenza considerate sono quelle che necessitano di assistenza (residenziale e semiresidenziale) a carattere prettamente socio-sanitario, e in particolare: anziani, disabili fisici, disabili psichici, pazienti psichiatrici e pazienti terminali.

A più ampio spettro l'assistenza residenziale considerata nelle rilevazioni Istat: si tratta di attività, come più volte ricordato, non solo socio-sanitarie ma anche di tipo socio-assistenziale; gli utenti di tale tipologia di assistenza sono soprattutto: anziani (Istat definisce tali gli over 65) soli o con problemi di salute, persone con problemi di salute mentale, persone con dipendenze, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale, persone vittime di violenza di genere.

Nella Tabella 6.1 si cerca di ricostruire, con inevitabile approssimazione, il fabbisogno socio-sanitario e sociale delle prevalenti categorie di utenza, ovvero anziani non autosufficienti,

persone con disabilità e minori con disagio sociale⁴⁰. La fonte utilizzata è l'Istat (indagini riferite a vari anni).

La categoria “anziani non autosufficienti” comprende le persone con almeno 65 anni di età che, in base alla ICF (*International classification of functioning, disability and health*) della Organizzazione Mondiale della Sanità, presentano almeno una limitazione funzionale, che può consistere in: confinamento (costrizione a letto, su sedia o in abitazione), difficoltà nel movimento (camminare, usare le scale o raccogliere oggetti per terra), difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (incluse le attività di vita quotidiana, ADL, quali: mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo), difficoltà nella comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

La categoria denominata per semplicità e in maniera impropria “Disabili” comprende sia alunni con disabilità della scuola primaria e secondaria di primo grado, che gli adulti (15-64) con limitazioni funzionali gravi, ossia coloro che hanno il massimo grado di difficoltà nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle funzioni essenziali della vita quotidiana.

Infine, la categoria “Minori con disagio” comprende gli *under 18* che non vedono rispettati i propri diritti, così come sanciti dalla Commissione internazionale dei diritti dell'infanzia.

⁴⁰ Si è tratto spunto dalle elaborazioni presenti nel cap. 7 del Rapporto OASI 2017, a cura di Cergas-SDA Bocconi per il livello Italia, ricostruendo i valori per la P.A. di Trento

Tabella 6.1 – Stima del bisogno potenziale socio-sanitario e sociale nella P.A. di Trento e in Italia

Target	Valore stimato (approssimato)		Fonte e anno di riferimento	Modalità di calcolo		Pop. di riferimento	Note	
	P.A. di Trento	Italia		P.A. di Trento	Italia			
Anziani non auto sufficienti	Persone con almeno 65 anni di età con limitazioni funzionali	16.790 (2015)	2.560.415 (2015)	Istat, % dell'indagine 2013, pop. 2015	15,8% della pop. di riferimento (Istat) ⁴¹	19,8% della pop. di riferimento (Istat)	65+	Si applica alla popolazione 65+ del 2015 la % individuata da Istat nel 2013
		5.020 (2015)	287.684 (2015)	I.Stat, indagine sui presidi residenziali, 2015	anziani residenti permanentemente nei presidi residenziali		65+	Anziani 65+ ricavati dall'indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari del 2015
Disabili	Alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado	1.450 (2014)	150.200 (2014)	Istat, % disabilità dell'a.s. 2014/2015, numero iscritti del 2014	% fornite da Istat		6-14 anni	Secondo la rilevazione Istat per a.s. 2013/2014, si stima sia disabile il 3,0% degli alunni della primaria e il 3,8% degli alunni della secondaria di I grado. Si sono applicate queste % agli iscritti 2014 ricavati su I.Stat. Le percentuali nell'a.s. 2016/2017 sono salite rispettivamente a 3,2% e 4,0% (circa 159.000 a livello Italia)
	Persone 15-64 anni con limitazioni funzionali gravi	4.900 (2013)	549.000 (2013)	Istat, 2013	% fornita da Istat		15-64 anni	Il valore della P.A. di Trento viene calcolato in base alla medesima % nazionale (pari all'1,42% della popolazione adulta)
Minori con disagio	Minori con disagio sociale, i cui diritti sono a rischio	97.200 (2015)	10.100.000 (2015)				0-17 anni	Non esistendo fonte di riferimento e possibilità di calcolare una stima, si riporta il valore dell'intera popolazione under 18 (2015)

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 – © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento, nel 2015, si conterebbero:

⁴¹ Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Maggioli Editore, novembre 2015

- 21.810 anziani non autosufficienti, comprendendo sia quelli che vivono in famiglia (circa 16.790) che quelli che vengono ospitati permanentemente in istituzioni (5.020); in Italia se ne contano 2.848.099 (rispettivamente, 2.560.415 e 287.684)⁴². Si tratta chiaramente di una stima per difetto, in quanto l'indagine Istat di riferimento coglie in modo solo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale
- circa 6.350 disabili, di cui 1.450 alunni disabili nelle scuole primarie e secondarie di primo grado (anno 2014) e 4.900 adulti (15-64 anni) con limitazioni funzionali gravi, come in precedenza definite (anno 2013); in Italia sono quasi 700.000⁴³. Anche in questo caso, la stima è per difetto. Per avere una idea dell'andamento del fenomeno, si consideri che, a livello nazionale, le percentuali di alunni disabili rilasciate da Istat sono salite dal 3,0% dell'anno scolastico 2013/2014 al 3,2% del 2016/2017 per la scuola primaria e dal 3,8% al 4,0% per la scuola secondaria di primo grado
- oltre 97.000 minori (0-17 anni); in Italia se ne registrano circa 10.100.000. Viene utilizzato tale parametro di riferimento in quanto non è possibile effettuare una stima complessiva di minori con disagio sociale, a causa della non disponibilità di fonti che trattino il tema in maniera organica e completa (tra le fonti primarie sono infatti disponibili solo *focus* su problematiche specifiche, non integrate tra loro).

⁴² Per gli over 65 che vivono in famiglia sono state applicate alla popolazione 2015 le percentuali fornite da Istat (a livello nazionale e regionale) in una indagine riferita al 2013; per coloro che sono ospiti permanenti in strutture residenziali si fa riferimento ai dati 2015 tratti da I.Stat

⁴³ Con riferimento agli alunni disabili, i valori per la P.A. di Trento sono stati stimati in base alle percentuali fornite da Istat per il livello nazionale per l'a.s. 2013/2014, applicate sul numero di iscritti per l'anno 2014 ricavati da I.Stat. Con riferimento agli adulti con limitazioni funzionali gravi, si è ricavata dai dati assoluti Istat (indagine 2013) la % sulla popolazione adulta a livello nazionale, poi applicata anche alla popolazione della P.A. di Trento (2013)

Complessivamente, quindi, con tutte le approssimazioni del caso già evidenziate, si tratterebbe di circa 125.360 soggetti eleggibili (comprendendo tutti i minori per i motivi già evidenziati), con una prevalenza sulla popolazione del 23,3%, verso un tasso medio nazionale del 22,4%.

6.2. Risposta del sistema socio-sanitario e sociale ai bisogni del target di utenza

La Tabella 6.2 **Tabella 6.2** sintetizza la “risposta”, sebbene parziale⁴⁴, della P.A. di Trento e per confronto dell'Italia, in termini di posti letto, ove possibile, distinti per residenziali (riferiti all'anno 2015) e semiresidenziali (per l'anno 2013) di tipo socio-sanitario e sociale.

Tabella 6.2 – Posti letto residenziali e semiresidenziali per assistenza socio-sanitaria e sociale nella P.A. di Trento e in Italia

Target	Tipo di servizio	Provincia autonoma di Trento			Italia		
		PL socio-sanitario	PL socio-assistenziale	Tot.	PL socio-sanitario	PL socio-assistenziale	Tot.
Anziani non autosuff.	residenziale (2015)	n.d.	n.d.	4.800	270.020	16.746	286.766
	semiresidenziale (2013)	328	n.d.	328	14.927	n.d.	14.927
Disabili	residenziale (2015)	n.d.	n.d.	436	29.191	1.940	31.131
	semiresidenziale (2013)	16	n.d.	16	24.037	n.d.	24.037
Minori con	residenziale (2015)	n.d.	n.d.	212	8.195	10.849	19.044

⁴⁴ L'utenza in oggetto è infatti caratterizzata da bisogni di cosiddetta LTC (*Long Term Care*), che possono invero essere soddisfatti anche dall'assistenza domiciliare e/o con prestazioni in denaro, che qui non vengono prese in considerazione

Tabella 6.2 – Posti letto residenziali e semiresidenziali per assistenza socio-sanitaria e sociale nella P.A. di Trento e in Italia

disagio	semiresidenziale (2013)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale		5.792			375.905		

I posti letto residenziali socio-assistenziali, disponibili solo per l'Italia, sono quelli classificati con un livello "assente" di assistenza socio-sanitaria (I.Stat)

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute (2017) - © C.R.E.A. Sanità

Innanzitutto, si osserva come nella Provincia autonoma di Trento prevalga la dotazione di posti letto dedicata agli anziani non autosufficienti: essa è pari all'88,5% del totale dei posti (5.792) disponibili per tutti i *target* analizzati (che, lo ricordiamo, non esauriscono la totalità delle tipologie di utenti presi in carico nelle strutture in esame, ma ne rappresentano fuor di dubbio la grande maggioranza; a tal proposito, maggiori dettagli verranno analizzati nel prosieguo). A livello nazionale, la percentuale scende all'80,3%.

Inoltre, risulta evidente come per questo *target* nella P.A. di Trento prevalga di gran lunga l'offerta residenziale (4.800 posti, 93,6% del totale dei posti residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti) rispetto alla semiresidenziale (328, 6,4%). Questo succede anche in Italia, con percentuali simili (rispettivamente, 95,1% e 4,9%).

A livello nazionale, poi, si può osservare come la capacità produttiva del sistema di offerta, espressa in posti letto disponibili per i tre *target* in esame, appaia maggiormente orientata ai servizi di tipo socio-sanitario, eccezion fatta per i minori con disagio, per i quali prevale, come è lecito aspettarsi, la componente sociale. Per la Provincia autonoma di Trento non è stato possibile osservare la prevalenza nel senso sopra espresso, in quanto i posti letto per *target* non sono suddivisi per tipologia di servizio fornito.

Con riferimento al *target* “disabili”, nella Provincia autonoma di Trento prevalgono sempre nettamente i posti letto residenziali (96,5% del totale posti per il *target*), mentre la percentuale di prevalenza scende nettamente per la media Italia (56,4%), in cui dunque l’offerta semiresidenziale acquista un peso maggiore.

Infine, con riferimento al *target* dei minori con disagio sociale, per la P.A. di Trento le fonti primarie rendono noto solo il numero di posti residenziali (212), senza distinguerli in socio-sanitari e socio-assistenziali. Neanche per il valore medio nazionale sono disponibili informazioni sul livello semiresidenziale: i posti letto residenziali sono 8.195 per l’assistenza socio-sanitaria e 10.849 per quella socio-assistenziale.

Nella Tabella 6.3. vengono analizzati gli utenti in carico ai servizi, anch’essi suddivisi per i tre *target* in analisi e per tipologia di servizio (ove i dati siano presenti). Gli anni di riferimento sono diversi, a seconda della disponibilità degli aggiornamenti: 2015 per i servizi residenziali, 2013 per i semiresidenziali socio-sanitari e 2014 per i semiresidenziali socio-assistenziali.

Tabella 6.3 – Utenti in carico presso strutture residenziali e semiresidenziali per assistenza socio-sanitaria e sociale nella P.A. di Trento e in Italia

Target	Tipo di servizio	Provincia autonoma di Trento			Italia		
		Utenti socio-sanitario (anno)	Utenti socio-assistenziale (anno)	Totale	Utenti socio-sanitario (anno)	Utenti socio-assistenziale (anno)	Totale
Anziani non autosuff.	residenziale	4.806 (2015)	214 (2015)	5.020	273.203 (2015)	14.124 (2015)	287.327
	semiresid.	653 (2013)	3.753 (2014)	4.406	24.111 (2013)	368.201 (2014)	392.312
Disabili	residenziale	817 (solo adulti; minori nd) (2015)	nd	817	51.885 (2015)	nd	51.885
	semiresid.	19 (2013)	1.234 (2014)	1.253	23.758 (2013)	34.895 (2014)	58.653
Minori con disagio	residenziale	nd	nd		18.246 (2015)	nd	18.246
	Semiresid.	nd	8.518 (2014)	8.518	nd	649.278 (2014)	649.278
Totale				20.014			1.457.701

Per servizi semiresidenziali di tipo socio-assistenziale si intendono quelli erogati da: centri diurni; centri diurni estivi; ludoteche/laboratori; centri di aggregazione/sociali; centri per le famiglie; centri diurni per persone con disagio mentale; centri diurni per persone senza dimora; altri centri e strutture a ciclo diurno

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute (2017) - © C.R.E.A. Sanità

In base ai dati disponibili, si osserva come nella P.A. di Trento siano presenti 9.426 utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi di cui si tratta: in particolare, prevalgono quelli in assistenza residenziale (5.020, 53,3%) rispetto a quelli in assistenza semiresidenziale (46,7%). A livello nazionale, la percentuale gli utenti in carico ai servizi residenziali scende al 42,3%.

Sia nella P.A. di Trento che in Italia, poi, si nota come per questo *target* i servizi residenziali siano quasi totalmente di tipo socio-sanitario, mentre quelli semiresidenziali siano in netta maggioranza di tipo socio-assistenziale.

Con riferimento al *target* “disabili”, come più volte definito, nella P.A. di Trento ci sono 817 utenti in carico ai servizi residenziali socio-sanitari e 1.253 utenti che usufruiscono di servizi semiresidenziali (19 socio-sanitari e 1.234 socio-assistenziali).

In Italia, ci sono 51.885 utenti in carico ai servizi residenziali socio-sanitari e 58.653 utenti fruitori di servizi semiresidenziali (23.758 socio-sanitari e 34.895 socio-assistenziali).

Infine, per la P.A. di Trento, in merito ai minori con disagio, sono 8.518 quelli nei servizi semiresidenziali socio-assistenziali; in Italia se ne registrano complessivamente 649.278, e si registrano inoltre 18.246 minori in carico ai servizi residenziali socio-sanitari.

6.3 In dettaglio: un'analisi dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

L'Istat, come detto, censisce i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, come in precedenza definiti, prendendo in esame diversi indicatori che consentono di documentare in maniera puntuale sia l'utenza, sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale; l'ultimo aggiornamento fornito (nel marzo 2018) è quello relativo all'anno 2015, che viene analizzato in dettaglio in questo paragrafo (confrontato con l'anno 2013).

Emerge nettamente come la P.A. di Trento mostri una ampiezza ed una qualità dei servizi in esame, in modo particolare a favore degli anziani, che la rendono una eccellenza italiana.

Infatti, stando all'indagine Istat, al 31 dicembre 2015 sono 308 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi nella Provincia autonoma di Trento (circa 57 ogni 100.000 residenti, 277 ogni 100.000 persone residenti di 65 anni e più e 552 ogni 100.000 anziani 75 e più).

Tali strutture dispongono complessivamente di 6.969 posti letto (1.297 ogni 100.000 residenti, 6.262 ogni 100.000 residenti 65 anni e più e 12.500 ogni 100.000 anziani 75 e più).

Si consideri che la media Italia è pari a 643 posti letto ogni 100.000 residenti (circa la metà rispetto alla P.A. di Trento), con il Mezzogiorno che si arresta a 362 (ma con un *trend* in crescita nell'ultimo triennio).

Nei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari della Provincia autonoma di Trento vengono assistite 6.953 persone (1.294 per 100.000 abitanti, di nuovo oltre il doppio rispetto alla media nazionale), in maggioranza femmine (64,5%).

Quasi tre ospiti su quattro hanno almeno 65 anni: in particolare, il 72,2% delle persone che alloggia nei presidi ha 65 anni e più, gli adulti (18-64 anni) rappresentano il 22,5% e i minori il 5,3%.

La quasi totalità degli ospiti (90,5%) con almeno 65 anni non è autosufficiente (si tratta, in valore assoluto, di 4.545 persone).

Tra gli adulti, oltre la metà (52,2%) presenta disabilità e/o disturbi mentali (gli altri sono tossicodipendenti o alcolisti, coinvolti in procedure penali, gestanti o madri maggiorenni con figli a carico, o persone con problematiche diverse da quelle elencate).

Con riferimento ai minori, a quasi la metà degli ospiti fino a 17 anni viene riservata una funzione di protezione socio-educativa.

Gli stranieri ospiti nei presidi della P.A. di Trento sono 567 (8,3% degli ospiti totali, con una media Italia del 5,6% e in crescita nel triennio 2013-2015), in grande maggioranza adulti. Tra gli stranieri ospitati nei presidi, infatti, oltre il 68% ha una età compresa tra 18 e 64 anni, mentre le persone di 65 anni e più rappresentano solo l'1,8%.

I presidi

Per approfondire il quadro dell'offerta di strutture, partendo dal numero assoluto dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, intesi come in precedenza definiti, osserviamo che nella P.A. di Trento se ne è registrato un aumento del +10,0%, variazione media annua (vma) del 4,9% fra il 2013 e il 2015, per cui si è passati da 280 strutture a 308. Nell'intero territorio italiano l'aumento nell'ultimo triennio è stato del +4,6% (vma del +2,3%).

Come illustrato nella Tabella 6.4 – **Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari**, il numero assoluto dei presidi tra il 2013 e il 2015 è cresciuto ovunque, tranne che nel Nord-Ovest (ripartizione in cui si registra infatti una diminuzione dello 0,9%, pari ad una vma del -0,4%).

Tabella 6.4 – Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

Regioni/Ripartizioni	2013	2015	var.% 2015/2013	vma % 2015/2013
Italia	12.261	12.828	4,6	2,3
Nord-Ovest	3.615	3.583	-0,9	-0,4
Nord-Est	3.260	3.325	2,0	1,0
Centro	2.355	2.629	11,6	5,7
Sud e Isole	3.031	3.291	8,6	4,2
P.A. Trento	280	308	10,0	4,9
P.A. Bolzano	181	199	9,9	4,9

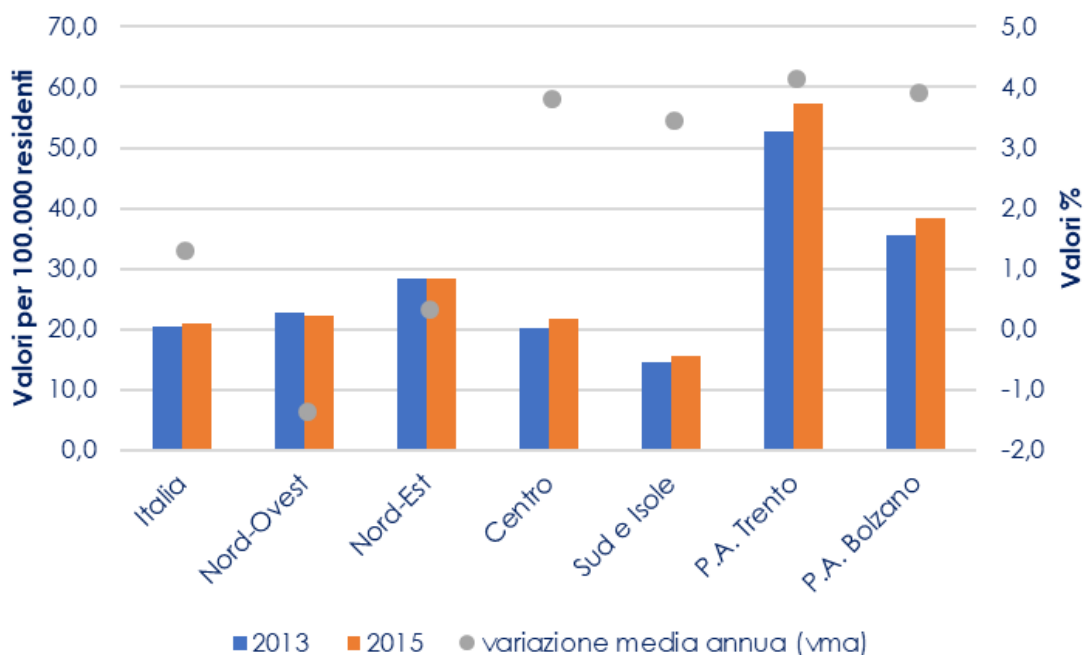
Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

In termini di presidi per 100.000 abitanti, la strutturazione della P.A. di Trento è la più sviluppata in Italia, seguita dalla P.A. di Bolzano. Inoltre, il *trend* della provincia trentina è in aumento nel triennio 2013-2015.

In particolare, nel 2015 nella P.A. di Trento ci sono 57 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per 100.000 abitanti; segue la P.A. di Bolzano con 38, mentre la media Italia si attesta a circa 21 presidi per 100.000 abitanti; le altre ripartizioni non vanno oltre le 29 strutture registrate nel Nord-Est. Il valore più basso dell'indicatore, pari a 16 presidi, si registra nel Mezzogiorno (Sud e

Isole). Nel triennio preso in esame, a parte il Nord-Ovest (che registra una variazione media annua di -1,3%) si registra un aumento ovunque, ma la crescita maggiore si osserva proprio nella P.A. di Trento (con una variazione del +8,5% e dunque una vma pari al +4,2%).

Figura 6.1 - Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti)



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

I posti letto

La Tabella 6.5. evidenzia una crescita dei posti letto nella P.A. di Trento, tra il 2013 e il 2015, del +1,5% (vma 0,7%), che implica un aumento dei posti letto da 6.868 a 6.969. Nel 2015 sono 6.309 i posti letto nella Provincia autonoma di Bolzano e 390.688 quelli in Italia.

Tabella 6.5 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

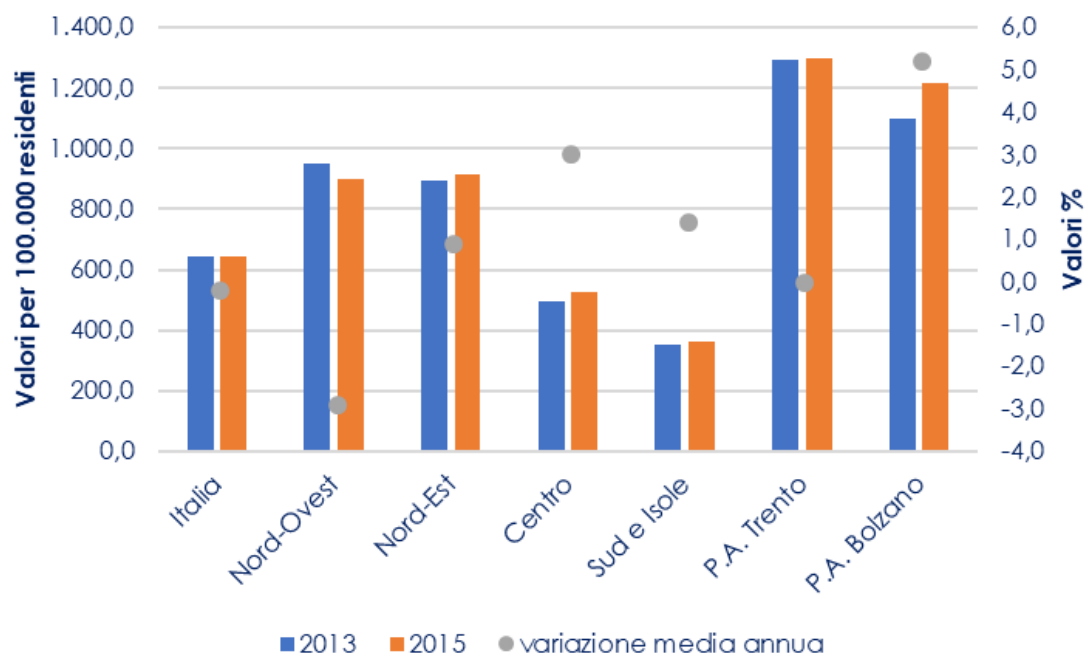
Regioni/Ripartizioni	2013	2015	var.% 2015/2013	var % 2015/2013
Italia	384.450	390.688	1,6	0,8
Nord-Ovest	150.811	144.834	-4,0	-2,0
Nord-Est	103.210	106.458	3,1	1,6
Centro	58.005	63.787	10,0	4,9
Sud e Isole	72.424	75.609	4,4	2,2
P.A. Trento	6.868	6.969	1,5	0,7
P.A. Bolzano	5.594	6.309	12,8	6,2

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento nel 2015 sono disponibili circa 1.297 posti letto per 100.000 residenti; seguono i 1.217 della Provincia autonoma di Bolzano. Il valore delle due Province Autonome è doppio rispetto alla media italiana, che si arresta a 643. Nel Mezzogiorno il valore è più esiguo: appena 362 posti letto per 100.000 residenti.

Considerando il *trend* del triennio 2013-2015, mentre il valore della P.A. di Trento e quello nazionale restano sostanzialmente stabili (con una variazione media annua rispettivamente di +0,1% e -0,1%), nelle ripartizioni geografiche si registra un aumento del valore osservato. In particolare, si segnalano la variazione del +5,3% osservata nella Provincia autonoma di Bolzano e quella del +3,1% delle Regioni centrali.

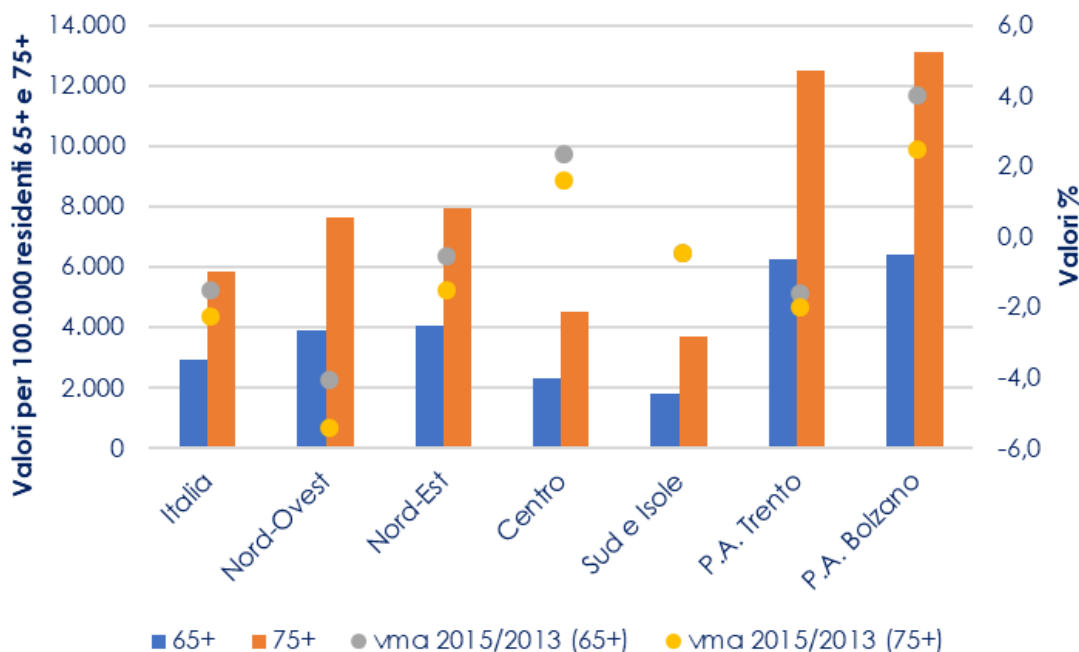
Figura 6.2 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Standardizzando il numero dei posti letto per la popolazione anziana dei territori considerati, di nuovo i valori delle due Province Autonome sono più che doppi rispetto alla media nazionale. In particolare, considerando i posti letto per 100.000 residenti di 65 anni e più, se ne registrano 6.262 nella sola P.A. di Trento e 6.418 nella Provincia autonoma di Bolzano, a fronte di una media Italia di 2.955. Considerando i posti per 100.000 anziani di almeno 75 anni, se ne registrano, rispettivamente, 12.500 (Trento), 13.084 (Bolzano) e 5.835 (Italia). Il trend dell'ultimo triennio è in discesa per tutte le ripartizioni, tranne che per il Centro e la P.A. di Bolzano. In particolare, si segnala la variazione media annua del -5,3% dei posti letto per 100.000 anziani delle Regioni del Nord-Ovest.

Figura 6.3 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nella P.A. di Trento, 4.800 dei 6.969 letti (pari al 68,9% del totale) sono occupati da persone di almeno 65 anni, 705 (10,1%) per ospiti per problemi di salute mentale, 448 (6,4%) per immigrati/stranieri, 436 (6,3%) per disabili, 272 (3,9%) per adulti con disagio sociale, 212 (3,0%) per minori e 96 (1,4%) per persone soggette a dipendenze.

Si noti come in tutte le ripartizioni considerate la percentuale di posti letti destinata alle persone di 65 anni e più non scenda mai al di sotto del 63,1% (valore minimo registrato nel Mezzogiorno), con un massimo del 78,3% osservato nelle Regioni del Nord-Est. La media Italia si attesta al 73,4%.

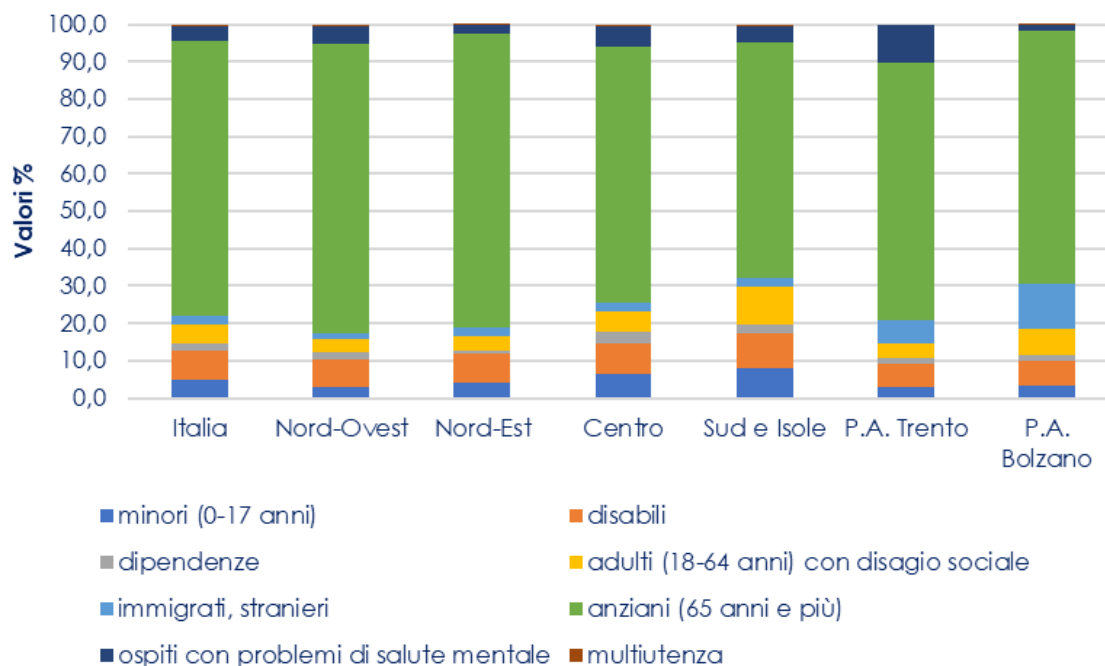
Si noti per la P.A. di Trento una maggiore quota di ospiti stranieri (6,4% contro il 2,2% della media Italia) e di quelli con problemi di salute mentale (10,1% contro 4,2%).

Tabella 6.6 – Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per tipo di utenza, anno 2015

Regioni/ Ripartizioni	Minori (0-17 anni)	Disabili	Dipendenze	Adulti (18-64 anni) con disagio sociale	Immigrati, stranieri	Anziani (65+)	Ospiti con problemi di salute mentale	Multiutenza	Non indicato
Italia	19.111	31.133	7.432	19.789	8.508	286.893	16.229	1.312	281
Nord-Ovest	4.303	10.730	2.566	5.128	2.392	112.202	6.784	599	130
Nord-Est	4.604	8.123	913	3.861	2.804	83.397	2.586	170	0
Centro	4.036	5.357	2.022	3.424	1.541	43.569	3.503	184	151
Sud e Isole	6.168	6.923	1.931	7.376	1.771	47.725	3.356	359	0
P.A. Trento	212	436	96	272	448	4.800	705	0	0
P.A. Bolzano	219	406	99	452	764	4.265	90	14	0

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.4 - Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per tipo di utenza, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne i livelli di assistenza sanitaria, il livello “basso” è quello relativo alle prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria; il livello “medio” è quello per trattamenti estensivi a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (es. cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, lesioni profonde da decubito, etc.); infine, il livello “alto” prevede trattamenti intensivi, essenziali per il supporto delle funzioni vitali (es. ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialisti ad alto impegno).

Gran parte dei posti letto disponibili, nella P.A. di Trento come nelle altre ripartizioni geografiche considerate e mediamente nell'intero territorio italiano, fornisce un livello di

assistenza medio/alto. In particolare, nella P.A. di Trento (Tabella 6.7.), nel 2015, 3.554 posti letto offrivano un livello di assistenza sanitaria “medio” e 1.484 un livello “alto”. La media Italia era pari, rispettivamente, a 162.961 posti e 107.833.

Tabella 6.7 – Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per livello di assistenza

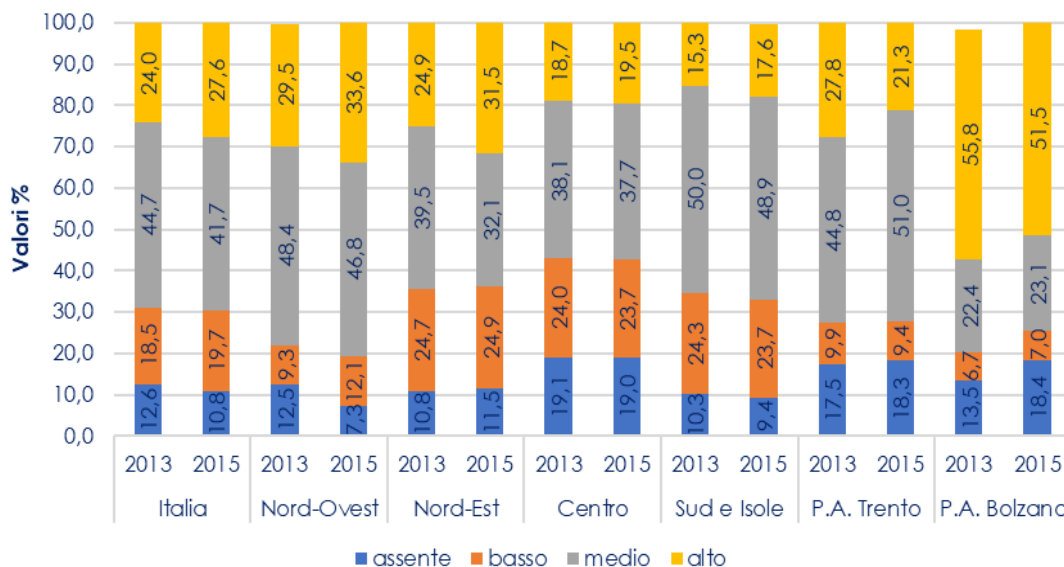
Regioni/ Ripartizioni	2013					2015				
	Assente	Basso	Medio	Alto	Non indicato	Assente	Basso	Medio	Alto	Non indicato
Italia	48.604	71.034	171.972	92.139	701	42.156	77.096	162.961	107.833	642
Nord-Ovest	18.939	13.994	72.942	44.478	458	10.639	17.577	67.808	48.595	215
Nord-Est	11.136	25.516	40.762	25.703	93	12.310	26.482	34.164	33.491	11
Centro	11.098	13.943	22.069	10.858	37	12.113	15.096	24.029	12.443	106
Sud e Isole	7.430	17.580	36.200	11.100	114	7.094	17.941	36.960	13.304	310
P.A Trento	1.202	682	3.074	1.910	0	1.274	657	3.554	1.484	0
P.A. Bolzano	753	373	1.256	3.120	92	1.162	439	1.461	3.247	0

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Quindi, nella Provincia autonoma di Trento il 72,3% dei posti letto nei presidi residenziali offre un livello di assistenza sanitaria medio-alto (51,0% “medio”, 21,3% “alto”). Risulta simile la distribuzione nella Provincia autonoma di Bolzano, ma con i valori invertiti: il 51,5% dei posti letto offre un livello di assistenza sanitaria “alto” (la percentuale maggiore di tutte le ripartizioni geografiche), il 23,1% “medio” (la percentuale inferiore). Per confronto, il valore medio nazionale è pari al 41,7% per il livello “medio” e 27,6% per quello “alto”.

Sempre nella P.A. di Trento, solo il 9,4% dell’offerta fornisce un livello “basso” di assistenza sanitaria (si tratta della percentuale più bassa rispetto agli altri territori analizzati; la media Italia raggiunge il 19,7%).

Figura 6.5 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per livello di assistenza)



Il totale può non essere uguale a 100 a causa dei "non indicato"

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nella Tabella 6.8. viene illustrata la suddivisione dei posti letto secondo la funzione, le attività e gli obiettivi di assistenza (funzione di protezione sociale). In particolare, vengono considerate due macrofunzioni, quella socio-sanitaria e quella socio-assistenziale, definite come di seguito.

La funzione socio-sanitaria comprende ospitalità ed assistenza, occasioni di vita comunitaria, aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e di riattivazione. Si garantiscono assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute e di benessere. Questa tipologia di attività è destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, persone anziane non autosufficienti o adulti con disabilità. Inoltre, nella

macro-funzione è compresa l'assistenza educativo-psicologica, ovvero quella educativa, terapeutica e riabilitativa per i minori in situazione di disagio psico-sociale e con disturbi comportamentali, volta al recupero e all'integrazione sanitaria.

La macro-funzione socio-assistenziale comprende invece le seguenti prestazioni: accoglienza di emergenza, in attesa di soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali; prevalente accoglienza abitativa, che offre ospitalità, assistenza e occasioni di vita comunitaria prevalentemente a immigrati, adulti in condizioni di disagio o anziani autosufficienti; prevalente funzione tutelare (osservazione sociale, accompagnamento sociale e supporto all'autonomia); funzione socio-educativa, ovvero tutela ed assistenza educativa di carattere professionale a minori temporaneamente allontanati dal nucleo familiare.

Entrando nel dettaglio dei dati, nel 2015 nella P.A. di Trento 5.322 posti letto sono dedicati alla funzione socio-sanitaria, come sopra descritta, e 1.647 per la funzione socio-assistenziale. Si tratta, come illustrato nella Tabella 6.8., rispettivamente del 76,4% e del 23,6% dei posti totali. Nei presidi italiani si sommano 293.854 posti per la funzione socio-sanitaria (pari al 75,2% del totale) e 95.853 (24,5%) per quella socio-assistenziale⁴⁵.

⁴⁵ La percentuale totale non è pari a 100 a causa dei "non indicato": per quasi 1.000 posti letto non viene infatti indicata la funzione di protezione sociale

Tabella 6.8 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per funzione di protezione sociale

Regioni/ Ripartizioni	2013			2015			vma % 2015/2013
	socio-sanitaria	socio-assistenziale	non indicato	socio-sanitaria	socio-assistenziale	non indicato	socio-sanitaria
Italia	285.287	98.118	1.045	293.854	95.853	981	1,5
Nord-Ovest	120.040	30.389	382	121.016	23.495	323	0,4
Nord-Est	87.331	15.879	0	88.611	17.847	0	0,7
Centro	36.788	21.108	109	40.356	23.203	228	4,7
Sud e Isole	41.128	30.742	554	43.871	31.308	430	3,3
P.A Trento	5.313	1.555	0	5.322	1.647	0	0,1
P.A. Bolzano	4.192	1.402	0	4.389	1.920	0	2,3

La funzione "socio-sanitaria" comprende quella "educativo-psicologica"

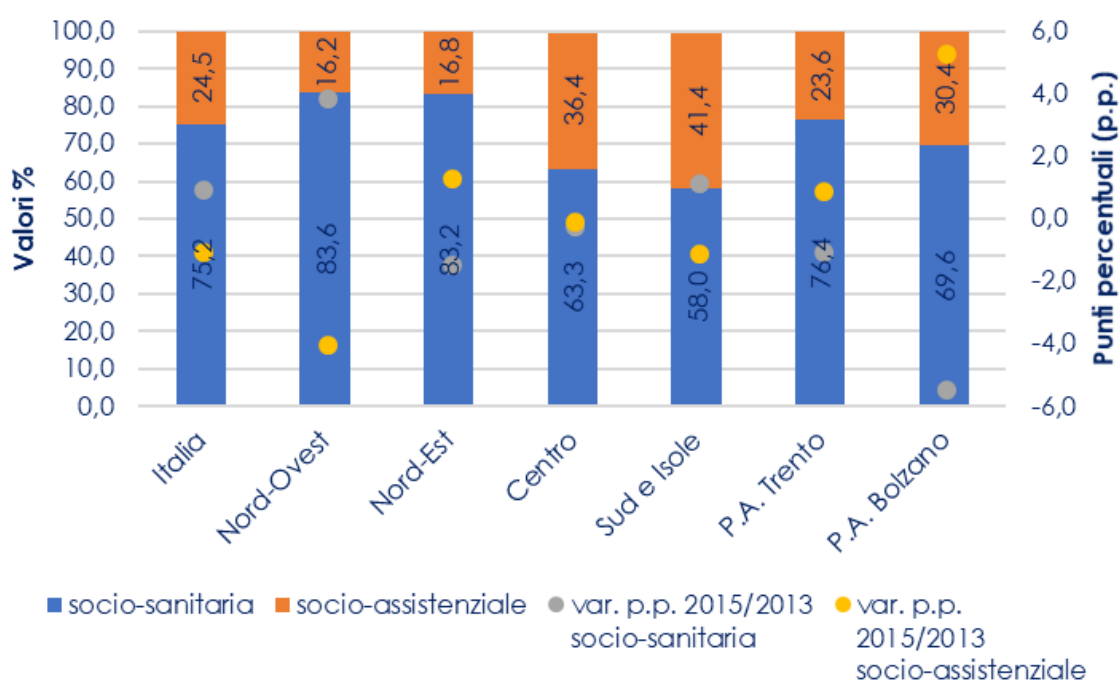
La funzione "socio-assistenziale" comprende le seguenti funzioni: accoglienza di emergenza; prevalente accoglienza abitativa; prevalente funzione tutelare; socio-educativa

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

In tutte le ripartizioni territoriali esaminate la grande maggioranza dei posti è riservata all'assistenza socio-sanitaria: la percentuale più elevata si osserva nel Nord Italia (83,6% nel Nord-Ovest, 83,2% nel Nord-Est), mentre nel Mezzogiorno si registra la quota inferiore (58,0%). La media nazionale si attesta al 75,2%.

Se si osserva il *trend* del triennio 2013-2015, la variazione in punti percentuali della quota di posti destinata all'assistenza socio-sanitaria è positiva per la media Italia (+1 p.p.), le Regioni del Nord-Ovest (+4,0 p.p.) e il Mezzogiorno (+1,2 p.p.).

Figura 6.6 - Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione % per funzione di protezione sociale, anno 2015



La funzione "socio-sanitaria" comprende quella "educativo-psicologica"

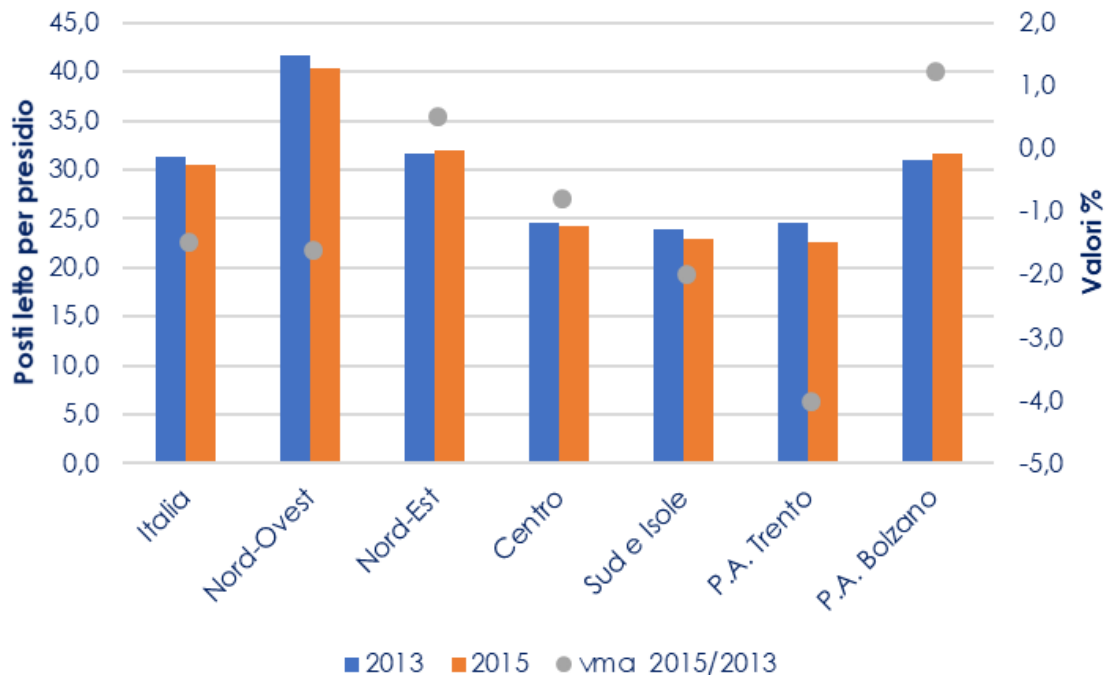
La funzione "socio-assistenziale" comprende le seguenti funzioni: accoglienza di emergenza; prevalente accoglienza abitativa; prevalente funzione tutelare; socio-educativa

Il totale può non essere pari a 100 a causa delle funzioni "non indicate"

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Componendo i dati delle strutture e dei posti letto sopra esposti, si evince come la P.A. di Trento abbia la dimensione media dei presidi inferiore tra tutte le ripartizioni territoriali esaminate: con una media di 22,6 posti per presidio, non si discosta molto dai 23,0 del Mezzogiorno e dai 24,3 delle Regioni del Centro, ma si tiene abbastanza al di sotto dei 40,4 posti del Nord-Ovest, dei 32,0 del Nord-Est, dei 31,7 della Provincia autonoma di Bolzano e dei 30,5 registrati mediamente a livello nazionale.

Figura 6.7 - Dimensione media dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Negli ultimi anni la dimensione dei presidi nella P.A. di Trento ha teso a ridursi (-4,0%), più che (-1,4%) nella media Italia. Nord-Est e Provincia autonoma di Bolzano registrano anzi una vma positiva, rispettivamente del +0,6% e del +1,3%.

Il personale

Come illustrato nella Tabella 6.9., nel 2015 si registrano nella P.A. di Trento 7.894 unità di personale retribuito⁴⁶ impiegato nelle

⁴⁶

Comprende: direttori e dirigenti generali di aziende; impiegati; medici di medicina generale; specialisti in terapie mediche; specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche; sociologi; assistenti sociali; insegnanti nella formazione professionale; educatori professionali; animatori; mediatori culturali; professioni sanitarie infermieristiche; fisioterapisti; terapisti riabilitazione; logopedisti; assistenti

residenze. Nella P.A. di Trento, come in tutte le altre ripartizioni territoriali considerate, nel triennio 2013-2015 i valori sono aumentati: in particolare, nella P.A. di Trento si registra una variazione del +0,8% (vma +0,4%), a fronte del +5,1% (vma 2,5%) osservato mediamente in Italia.

Tabella 6.9 - Personale retribuito nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

Regioni/Ripartizioni	2013	2015	var. % 2015/2013	vma % 2015/2013
Italia	308.125	323.919	5,1	2,5
Nord-Ovest	124.703	124.835	0,1	0,1
Nord-Est	91.106	94.093	3,3	1,6
Centro	44.724	50.075	12,0	5,8
Sud e Isole	47.592	54.916	15,4	7,4
P.A. Trento	7.834	7.894	0,8	0,4
P.A. Bolzano	5.464	5.638	3,2	1,6

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

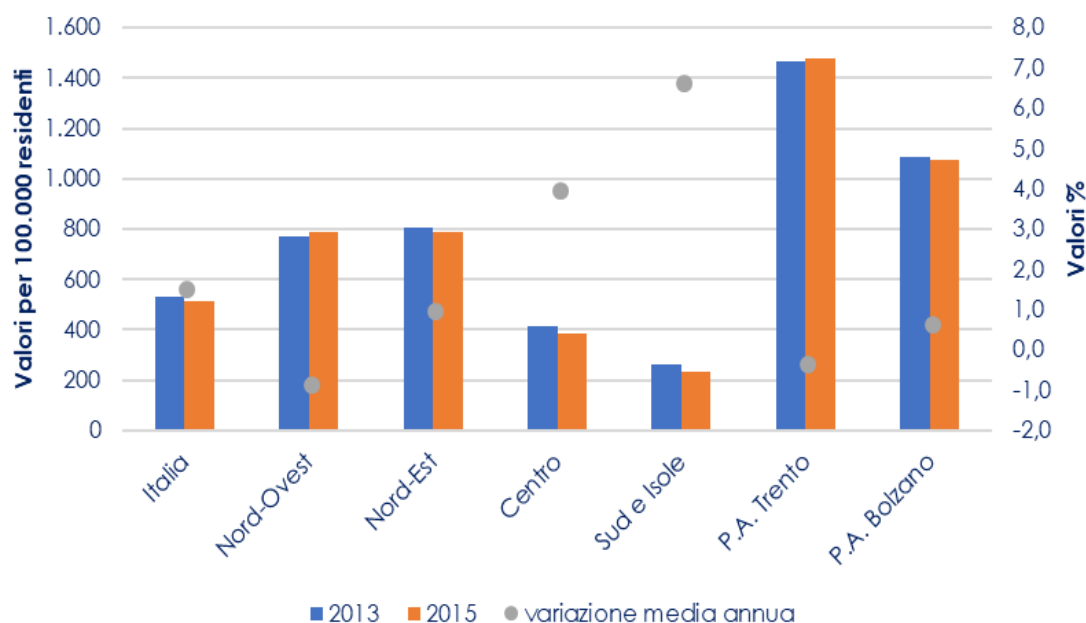
Nella Figura 6.8 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** si osserva come le unità di personale nella P.A. di Trento siano 1.469 per 100.000 residenti, quasi il triplo del valore medio nazionale (533). Non è distante il valore registrato nella P.A. di Bolzano (1.087), mentre il Sud e le Isole si attestano ad appena 263 unità di personale per 100.000 residenti (ma con il *trend* di maggiore crescita).

Rispetto al 2013, il valore della P.A. di Trento è come detto in leggero calo (vma -0,3%), così come il Nord-Ovest (-0,8%). Le altre ripartizioni territoriali osservano un aumento del valore

sanitari; altri addetti assistenza alla persona; addetto preparazione e distribuzione cibo; altri addetti servizi generali; servizio civile; figure genitoriali; altro personale

dell'indicatore (vma Italia +1,6%). Si segnala la variazione media annua del +6,7% del Mezzogiorno.

Figura 6.8 - Personale retribuito nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Gli ospiti

Nella P.A. di Trento, come anche, a seguire, nella Provincia autonoma di Bolzano (anche se in misura inferiore), il numero degli ospiti nei presidi residenziali supera di molto quello che si registra mediamente nel territorio italiano e nelle altre ripartizioni geografiche.

In dettaglio, nella Tabella 6.10. si legge come nel 2015 nella P.A. di Trento risultino 6.953 ospiti, in maggioranza di sesso femminile (4.483 contro 2.470 maschi). Mediamente l'Italia somma, come già ricordato, 382.634 ospiti nei presidi residenziali, e

anche in questo caso si tratta in larga maggioranza di femmine (247.938, contro 134.696 maschi).

Tabella 6.10 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

Regioni/ Ripartizioni	2013			2015			var % 2015/2013	vma % 2015/2013
	maschi	femmine	tot	maschi	femmine	tot	tot	tot
Italia	125.283	242.203	367.486	134.696	247.938	382.634	4,1	2,0
Nord-Ovest	45.203	99.145	144.348	45.348	98.873	144.221	-0,1	0,0
Nord-Est	31.783	67.189	98.972	33.920	68.498	102.418	3,5	1,7
Centro	19.218	35.900	55.118	23.047	38.492	61.539	11,6	5,7
Sud e Isole	29.079	39.969	69.048	32.380	42.076	74.456	7,8	3,8
P.A. Trento	2.337	4.511	6.848	2.470	4.483	6.953	1,5	0,8
P.A. Bolzano	2.097	3.349	5.446	2.572	3.416	5.988	10,0	4,9

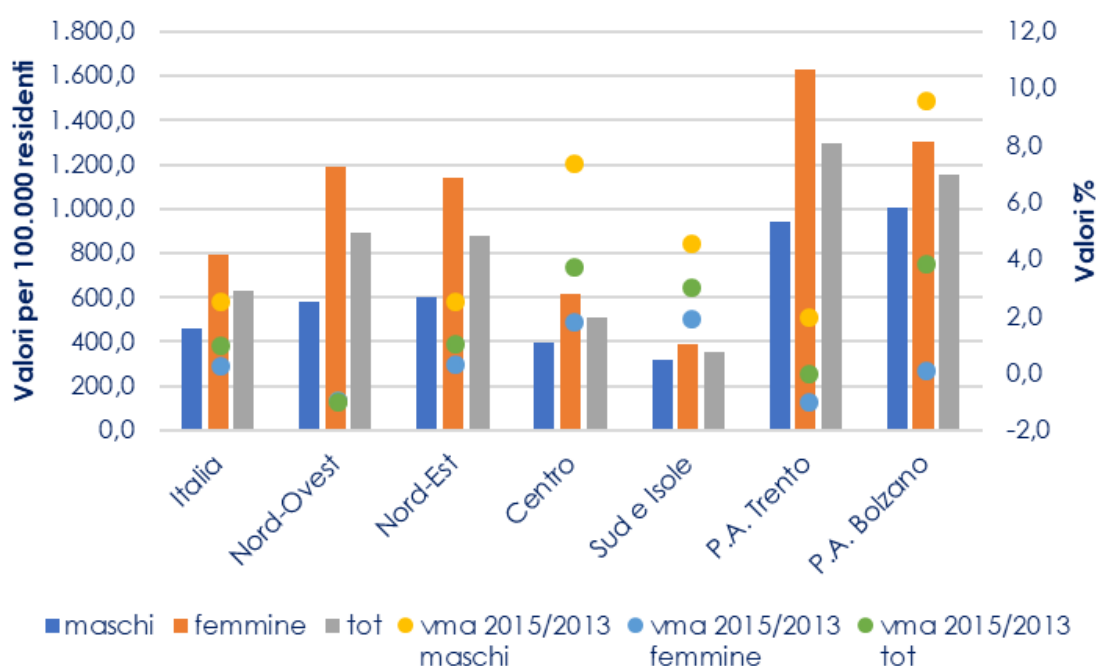
Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Si tratta di 1.294 ospiti per 100.000 residenti (941 maschi su 100.000 persone dello stesso sesso e 1.631 femmine ogni 100.000 persone del medesimo genere). Segue, distanziandosi di poco, la Provincia autonoma di Bolzano, con 1.155 ospiti per 100.000 persone (1.006 maschi su 100.000 persone di sesso maschile e 1.300 femmine su 100.000 persone di genere femminile). La media Italia si attesta a circa la metà: 629 ospiti ogni 100.000 residenti (457 maschi e 792 femmine per 100.000 persone con le stesse caratteristiche). Ancora una volta, anche per questo indicatore sono il Sud e le Isole a registrare il valore più basso (appena 356 ospiti ogni 100.000 residenti).

Osservando il *trend* nel triennio 2013-2015, il valore nella P.A. di Trento resta sostanzialmente invariato (vma +0,1%), mentre in

tutte le ripartizioni cresce (eccezion fatta per il Nord-Ovest che registra una vma del -0,9%): in particolare, si segnala la variazione media annua del +4,0% della Provincia autonoma di Bolzano e del +3,9% delle Regioni centrali.

Figura 6.9 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, (per sesso, per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche), anno 2015

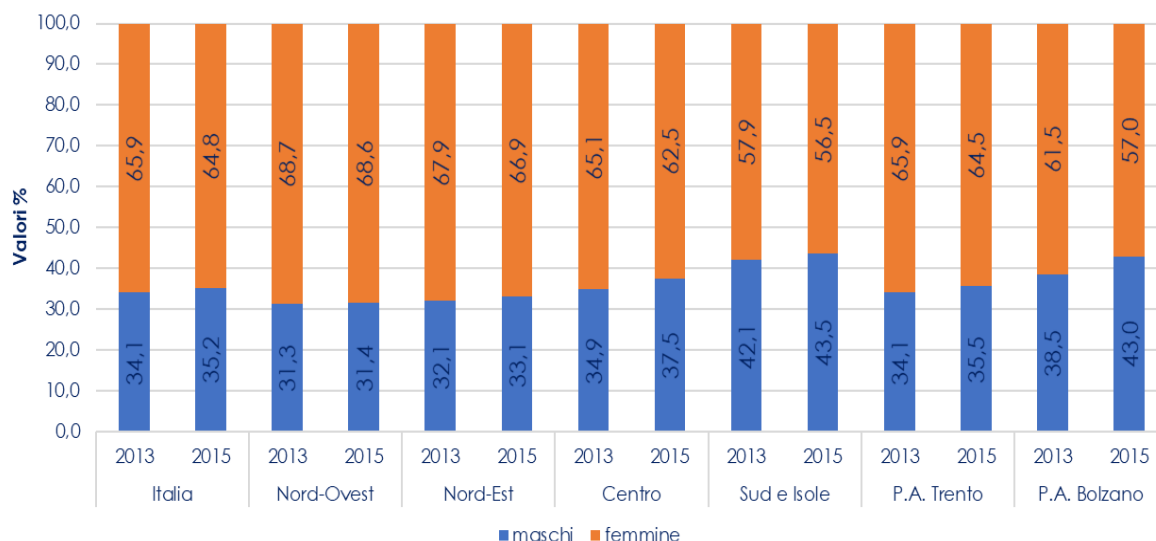


Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nella Figura 6.10. viene meglio mostrata la prevalenza degli ospiti di sesso femminile in tutte le ripartizioni territoriali considerate.

In particolare, nel 2015 nella Provincia autonoma di Trento le femmine rappresentano il 64,5% del totale, in linea col valore medio Italia (64,8%). La quota femminile è massima nelle Regioni del Nord-Ovest (68,6%), e minima nella Provincia autonoma di Bolzano (57,0%). Vale la pena osservare come ovunque la percentuale di ospiti di genere femminile sia in leggero calo nel triennio 2013-2015.

Figura 6.10 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per sesso)



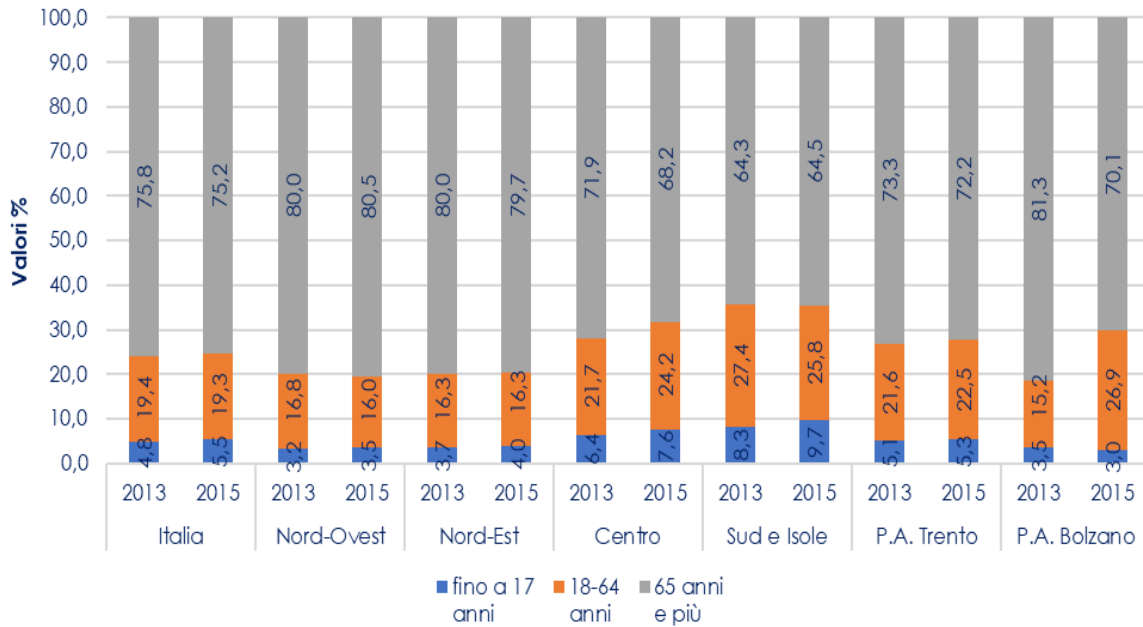
Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

La prevalenza degli ospiti con almeno 65 anni (Figura 6.11.), rappresenta il 72,2% nella P.A. di Trento, (in leggero calo rispetto al 73,3% del 2013). Gli adulti (18-64 anni) rappresentano il 22,5%, mentre solo il 5,3% degli ospiti non raggiunge i 18 anni di età.

Con riferimento agli ospiti over 65, una quota superiore di quella della P.A. di Trento si registra innanzitutto nel Nord-Ovest (80,5%, sostanzialmente stabile rispetto all'80,0% del 2013), ma anche nel Nord-Est (79,7%, stabile rispetto all'80,0% del 2013) e in Italia (75,2% contro il 75,8% del 2013). Il valore inferiore si registra nelle Regioni meridionali e nelle Isole (64,5%, stabile rispetto al 2013), dove la quota di ospiti *under 18* è la maggiore e raggiunge quasi il 10,0%.

I dati sono in linea con la più alta quota di popolazione anziana che si registra nelle Regioni settentrionali rispetto alle meridionali, come mostrato nel capitolo 1.

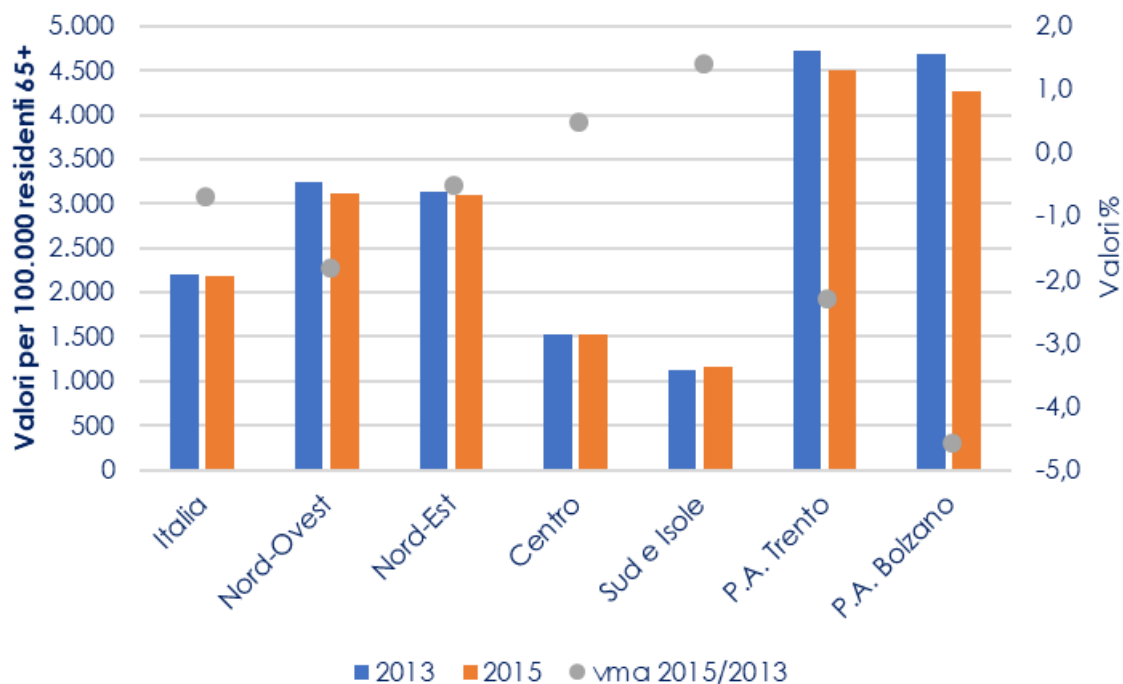
Figura 6.11 - Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per classe di età)



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

La Figura 6.12 mostra il dato standardizzato per 100.000 residenti nella classe di età 65+. Nel 2015 nella P.A. di Trento si registra, ancora una volta, il numero maggiore, pari a oltre 4.500 ospiti con almeno 65 anni di età ogni 100.000 residenti appartenenti alla medesima classe di età.

Figura 6.12 - Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

La Tabella 6.11. mostra, invece, come nella P.A. di Trento (e invero ancora di più a Bolzano) la quasi totalità degli ospiti anziani non sia autosufficiente: ben il 90,5% degli ospiti 65+ (ovvero 4.545 su 5.020).

Nel triennio 2013-2015 i valori assoluti registrati nella P.A. di Trento e appena illustrati si mostrano sostanzialmente invariati, la media nazionale registra una variazione media annua del +1,6%.

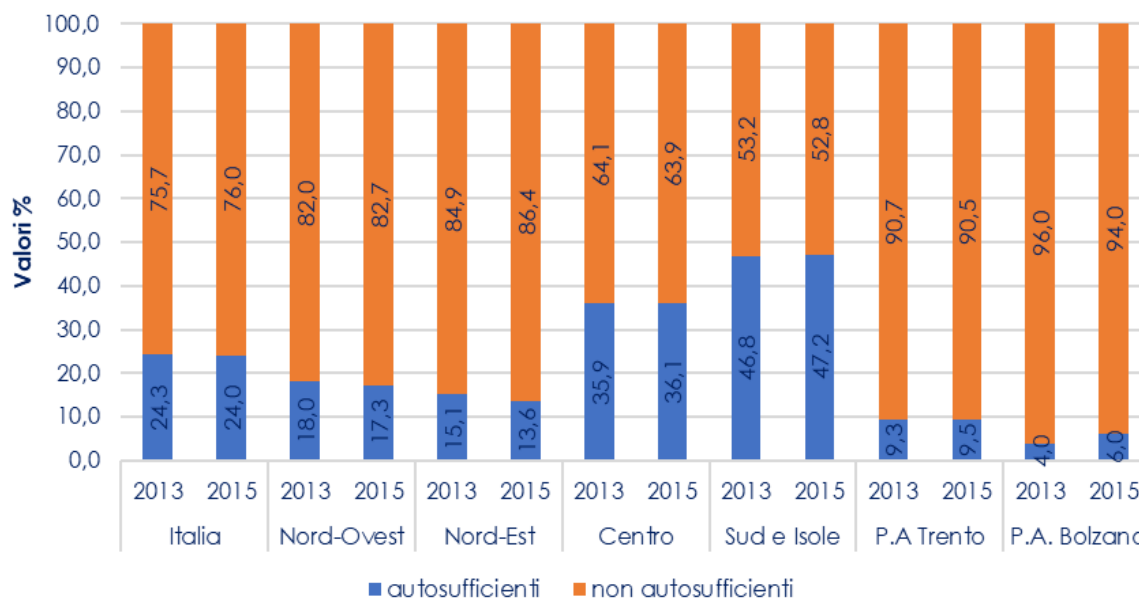
Tabella 6.11 - Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per tipo di disagio

Regioni/ Ripartizioni	2013			2015			var % 2015/2013	vma % 2015/2013
	auto-suffic.	non autosuff.	tot	auto-suffic.	non autosuff.	tot	tot	tot
Italia	67.769	210.884	278.653	69.066	218.618	287.684	3,2	1,6
Nord-Ovest	20.815	94.691	115.506	20.120	95.948	116.068	0,5	0,2
Nord-Est	11.972	67.197	79.169	11.107	70.528	81.635	3,1	1,5
Centro	14.231	25.400	39.631	15.167	26.803	41.970	5,9	2,9
Sud e Isole	20.751	23.596	44.347	22.672	25.339	48.011	8,3	4,0
P.A. Trento	466	4.555	5.021	475	4.545	5.020	0,0	0,0
P.A. Bolzano	177	4.247	4.424	251	3.948	4.199	-5,1	-2,6

Per il 2013, nella ripartizione "Sud e Isole", i 30 "non indicati" sono stati compresi nei "non autosufficienti"

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.13 - Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per tipo di disagio)



Per il 2013, nella ripartizione "Sud e Isole", i 30 "non indicati" sono stati compresi nei "non autosufficienti"

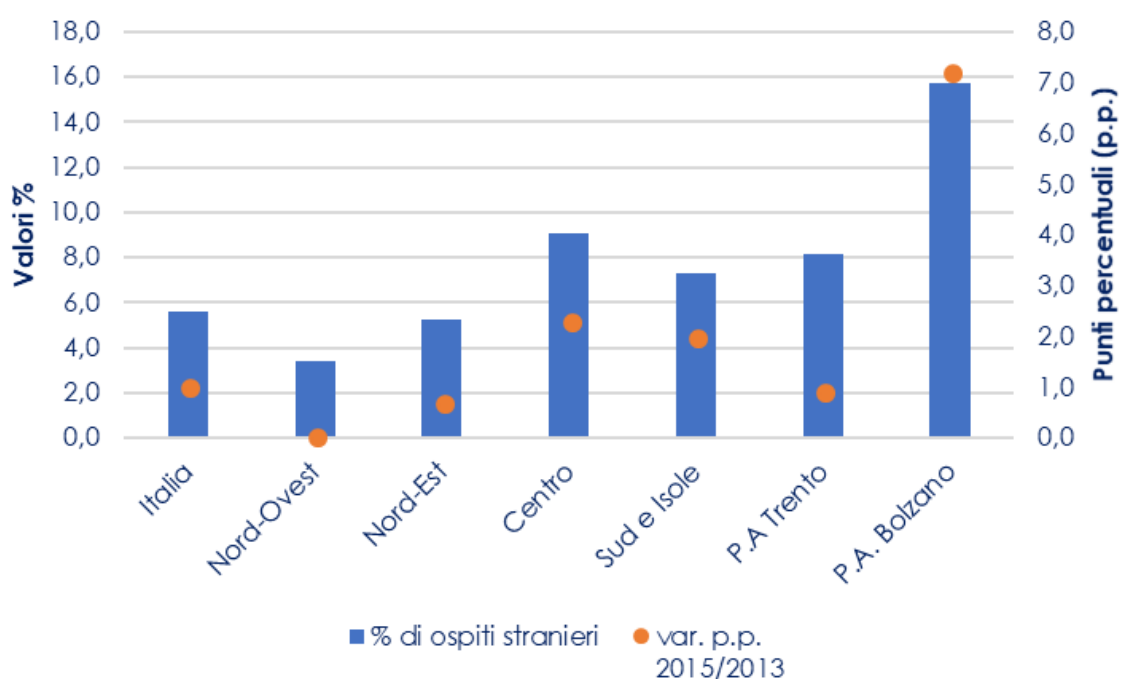
Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2015 tra gli ospiti dei presidi residenziali esistenti nella P.A. di Trento si registrano 567 persone che non hanno cittadinanza italiana (il valore assoluto è in crescita: nel 2013 erano 493). Esse rappresentano, come mostrato in Figura 6.14, l'8,2% del totale degli ospiti presenti (+1,0 punti percentuali rispetto al 2013). Vale la pena evidenziare come tale percentuale sia tra le più alte tra quelle registrate nelle varie ripartizioni geografiche prese in esame in questo lavoro.

In particolare, la quota di ospiti stranieri della P.A. di Trento viene superata da quella registrata nella Provincia autonoma di Bolzano (che è quasi il doppio: 15,7%, con +7,2 punti percentuali nell'ultimo triennio) e da quella osservata nelle Regioni centrali (9,1%, in crescita di +2,3 p.p.). Nel Nord si registra la percentuale di

stranieri più bassa (5,2% nel Nord-Est e 3,4% nel Nord-Ovest). La media Italia si attesta al 5,6%, in crescita di un punto percentuale rispetto al 2013.

Figura 6.14 - Quota di ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Concludendo, vale la pena di osservare come gli stranieri presenti nei presidi nelle quote appena illustrate siano quasi ovunque in larga maggioranza adulti, ossia nella fascia di età 18-64 anni, in modo particolare nelle due Province Autonome.

In particolare, dalla Tabella 6.12. si evince come, osservando i valori assoluti, nel 2015 nei presidi residenziali della Provincia autonoma di Trento ci siano 387 stranieri adulti, 170 stranieri minori e solo 10 con 65 anni e più.

A livello nazionale, nelle strutture si registrano, tra gli ospiti stranieri, 11.027 adulti, 9.667 *under 18* e 643 nella fascia di età 65+.

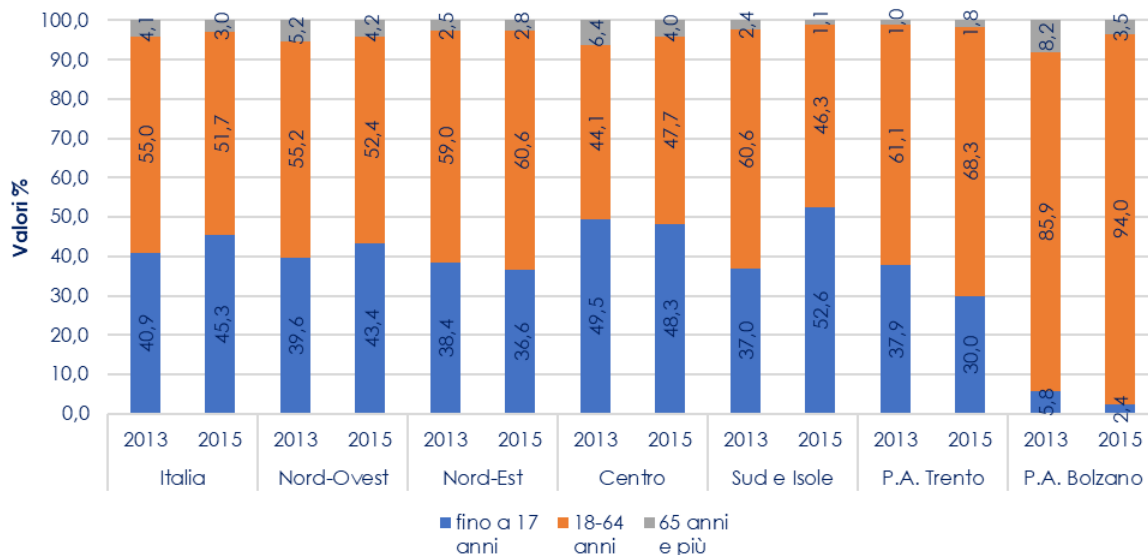
Tabella 6.12 - Ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per classe di età

Regioni/ Ripartizioni	2013				2015				var% 2015/2013	vma % 2015/2013
	fino a 17 anni	adulti 18-64 anni	65+	tot	fino a 17 anni	adulti 18-64 anni	65+	tot	tot	tot
Italia	6.825	9.170	687	16.682	9.667	11.027	643	21.337	27,9	13,1
Nord-Ovest	1.915	2.669	252	4.836	2.146	2.590	209	4.945	2,3	1,1
Nord-Est	1.721	2.643	112	4.476	1.966	3.257	148	5.371	20,0	9,5
Centro	1.835	1.637	236	3.708	2.694	2.663	225	5.582	50,5	22,7
Sud e Isole	1.354	2.221	87	3.662	2.861	2.517	61	5.439	48,5	21,9
P.A. Trento	187	301	5	493	170	387	10	567	15,0	7,2
P.A. Bolzano	27	397	38	462	23	885	33	941	103,7	42,7

Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nella Figura 6.15, infine, viene evidenziata la ripartizione percentuale degli ospiti senza cittadinanza italiana per classe di età. Nella Provincia autonoma di Trento e di Bolzano la quota maggiore di adulti (rispettivamente, 94,0% e 68,3%). Le percentuali più basse nelle Regioni del Centro Italia e del Mezzogiorno (47,7% e 46,3%), ripartizioni in cui si registra invece la quota più alta di minori tra gli stranieri (rispettivamente, 48,3% e 52,6%). La media italiana conta il 51,7% di adulti, il 45,3% di minori e solo il 3,0% di persone con almeno 65 anni di età.

Figura 6.15 - Ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ripartizione per classe di età)



Fonte: elaborazione su dati I.Stat (2018) - © C.R.E.A. Sanità

Considerando il *trend* del triennio 2013-2015, si segnala come nella Provincia autonoma di Trento sia diminuita tra gli stranieri ospiti dei presidi residenziali la quota di minorenni, mentre sia aumentata quella di adulti (+7,2 punti percentuali) e di over 65 (+0,8 punti percentuali).

6.4 In dettaglio: l'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale di tipo socio-sanitario

Mentre nel paragrafo 6.3 ci si è dedicati all'analisi dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali, per un quadro più esaustivo si riportano di seguito alcuni principali indicatori che si occupano delle strutture residenziali e semiresidenziali esclusivamente di tipo socio-sanitario, nella P.A. di Trento e nelle ripartizioni geografiche in esame, rilevate dal Ministero della Salute ma ferme ormai da tempo all'anno 2013, con qualche aggiornamento fornito dalla Provincia autonoma di Trento.

Nella Tabella 6.13. vengono infatti illustrati i dati relativi al 2016 sulle strutture residenziali e semiresidenziali nella P.A. di Trento, per tipologia di assistenza prestata e per tipo di rapporto con il SSN.

Tabella 6.13 - Strutture residenziali e semiresidenziali nella P.A. di Trento, per tipologia di assistenza erogata, anno 2016

Tipo rapporto con il SSN	Tipo struttura	Assistenza psichiatrica	Ass. per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Ass. idrotermale	Ass. agli anziani	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. ai malati terminali	Totale
Direttamente gestite dal SSN	Residenziale	15				2		1	1	19
	Semiresidenziale	7								7
Non direttamente gestite dal SSN	Residenziale		5	1		57	1	11	1	76
	Semiresidenziale					28	1	3		32
Totale residenziali		15	5	1	0	59	1	12	2	95
Totale semiresidenziali		7	0	0	0	28	1	3	0	39
Totale strutture		22	5	1	0	87	2	15	2	134
Ripartizione % del totale		16,4	3,7	0,7	0,0	64,9	1,5	11,2	1,5	100,0

Fonte: elaborazione su dati P.A. di Trento (2018) - © C.R.E.A. Sanità

In base ai dati forniti dalla P.A. di Trento (ricavati dal flusso NSIS gestito dal Ministero della Salute), nel 2016 la Provincia autonoma di Trento rileva 134 strutture residenziali e semiresidenziali, direttamente e non direttamente gestite dal SSN, che forniscono assistenza agli anziani, assistenza psichiatrica e per tossicodipendenti, malati di AIDS, disabili (fisici e psichici), malati terminali e assistenza idrotermale.

Quasi il 65,0% delle strutture sopra menzionate offre assistenza agli anziani, il 16,9% assistenza psichiatrica e l'11,2% assistenza ai disabili psichici; le altre percentuali sono minime.

Inoltre, si osserva come prevalga l'assistenza residenziale (95 strutture) rispetto alla semiresidenziale (39): rispettivamente, il 70,9% contro il 29,1% del totale.

Nella Tabella 6.14.⁴⁷ si effettua un focus sugli anziani, che abbiamo visto più volte essere il *target* prevalente per la tipologia di assistenza presa in esame in questo capitolo.

In particolare, la tabella offre una sintesi dei posti disponibili e degli utenti in carico (con dati al marzo 2016) nelle strutture residenziali e semiresidenziali della P.A. di Trento.

Tra tutti i servizi considerati, risultano particolarmente interessanti quelli di Residenza sanitaria assistenziale (RSA) e Residenza sanitaria assistenziale ospedaliera (RSAO).

La maggior parte di essi vengono gestiti dalle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP), costituite in Trentino in seguito del recepimento della Legge 328/2000 e del relativo D.Lgs. 207/2001; in particolare, le APSP sono state costituite a seguito della Legge regionale 7/2005.

Esse hanno un ruolo fondamentale in quanto gestiscono, come si legge nel Report SDA Bocconi da cui sono tratti i dati, l'84,8% del totale dei posti autorizzati e l'85,1% dei posti convenzionati, oltre ad altri diversi servizi.

Come si evince dalla tabella, nel complesso le RSA e le RSAO offrono (al 1° gennaio 2016) 4.817 posti letto autorizzati (4.747 in RSA e 70 in RSAO) e 4.500 convenzionati (4.433 in RSA e 67 in RSAO).

In base al numero di posti letto autorizzabili in base alla Delibera di Giunta Provinciale n. 2112 del 2009 (5.013), calcolato sulla popolazione over 75 al 31 dicembre 2008, i posti autorizzati a inizio 2016 risultano dunque essere lo 0,5% in meno, e sarebbero l'11,4% in meno se si applicasse lo stesso calcolo alla popolazione over 75 al 1° gennaio 2015. Da ciò deriva che il numero di posti in RSA e RSAO è inferiore, di fatto, al fabbisogno degli anziani del territorio.

47 Tratta dal Report di Fosti G., Pirazzoli A. (2017), Percorso di formazione e tutorship a supporto del ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani della Provincia autonoma di Trento, SDA Bocconi

Nella Tabella 6.15. viene invece presentato un aggiornamento 2016, fornito dalla P.A. di Trento, sui posti letto nelle RSA suddivisi per distretto che ammonterebbero a 4.453, più 177 posti in Istituti speciali.

Vale la pena ricordare qui la riforma del *welfare* Anziani in Trentino⁴⁸, che prevede l'istituzione di " Spazio Argento", un nuovo soggetto al servizio di anziani e loro famiglie che – a regime – sarà in grado di intercettare un numero maggiore di persone, aumentando così i tassi di copertura dei bisogni.

Si tratta dunque di una riforma che ha lo scopo di promuovere un'offerta di servizi allineata al crescente fabbisogno, attraverso la rimodulazione del sistema di offerta in coerenza con le esigenze crescenti del territorio e la disponibilità delle risorse.

⁴⁸ Vedi il documento La riforma del Welfare Anziani in Trentino, Agenzia per gli anziani - Spazio Argento, 8 febbraio 2017

Tabella 6.14 - Servizi residenziali e semiresidenziali a supporto degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie nella Provincia autonoma di Trento

Servizio	Posti disponibili	Utenti in carico (marzo 2016)
servizi residenziali		
RSAO	70 autorizzati nel 2016 67 convenzionati nel 2016	62
RSA	4.747 autorizzati nel 2016 4.433 convenzionati nel 2016	4.457+ 127 privati
Accoglienza di sollievo-tregua	54 posti disponibili	45 (stima)
Casa di soggiorno	207 posti autorizzati	200
Alloggi protetti	511 posti letto in 305 appartamenti	Dei 305 appartamenti: 192 sono occupati da 197 anziani 40 da altre fragilità 73 non sono utilizzati
servizi semiresidenziali		
Centri diurni anziani e alzheimer	339 convenzionati + 106 privati	437 convenzionati + 48 privati
Pasti in struttura (I semestre 2015)		429 utenti per 34.020 pasti distribuiti nel 2005
Centri servizi per anziani	1.047 posti in 39 Centri	

Fonte: Fosti G., Pirazzoli A. (2017), *Percorso di formazione e tutorship a supporto del ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani della Provincia autonoma di Trento*, SDA Bocconi

Tabella 6.15 - Posti letto in RSA territoriali e Istituti speciali nella P.A. di Trento, per distretto, Aggiornamento anno 2016

DISTRETTO	RSA TERRITORIALI	POSTI LETTO	DISTRETTO	RSA TERRITORIALI	POSTI LETTO	
CENTRO - NORD	Beato de Tschiderer	127	EST	Borgo	68	
	Belfonte Trento	77		Canal S. Bovo	53	
	Borsieri Trento	62		Castel Tesino	56	
	Cavedine	59		Grigno	49	
	Civica Trento	358		Levico	129	
	Povo Trento	185		Pergine	201	
	Spes Veneto	72		Pieve Tesino	51	
CENTRO - SUD	Arco	132		Predazzo	86	
	Arco- Sacra Famiglia	59		Roncegno	49	
	Avio	64		Spes Montagnaga	56	
	Bleggio Superiore	122		Strigno	82	
	Brentonico	71		Tesero	70	
	C. R. Rovereto	271		Transacqua	72	
	Condino	65		Vigo di Fassa	48	
	Dro	45		OVEST	Cles	120
	Folgaria	60			Fondo	52
	Ledro	58			Lavis	92
	Mori	83			Lisignago	68
	Nomi	168	Malè		82	
	Pieve di Bono	67	Mezzocorona		76	
	Pinzolo	61	Mezzolombardo		77	
	Riva	86	Pellizzano		61	
	Sac.Fam.Rovereto	98	Taio		43	
	SOLATRIX	60	P.A. di Trento		4.453	
Spiazzo	111	Istituti speciali				
Storo	56	Istituti speciali - Casa Serena	47			
Vallarsa	35	Istituti speciali - Istituto Villa Maria di Lenzima	35			
		Istituti speciali - Centro Don Ziglio di Levico	95			
		TOT	177			

Fonte: P.A. di Trento, 2018

Dopo aver analizzato il dettaglio per la P.A. di Trento, nelle tabelle che seguono, si prova a effettuare un confronto con l'altra Provincia autonoma e le ripartizioni geografiche, oltre che coi

valori nazionali. La fonte ufficiale è quella ministeriale, con i dati – come più volte osservato – fermi però al 2013. Nel paragrafo successivo si presentano dati più aggiornati, relativi al 2015, scelti tra gli indicatori del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza in base alla cd. “Griglia LEA”, sempre a cura del Ministero della Salute.

Nella P.A. di Trento le strutture totali sono 125 (in precedenza abbiamo visto come nel 2016 esse siano arrivate a 134), di cui il 72,0% di tipo residenziale.

Nella Provincia autonoma di Bolzano il numero di strutture scende a 96 (quasi il 93,0% di esse è di tipo residenziale).

In Italia si contano 1.473 strutture totali, di cui: 429 a Nord-Ovest, 395 a Nord-Est, 380 nelle Regioni centrali e 269 nel Mezzogiorno del Paese.

Tabella 6.16 - Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, residenziali e semiresidenziali, anno 2013

Regione/Ripartizione	Pubbliche		Private accreditate	
	Strutture Residenziali (per 100.000 ab.)	Strutture Semiresidenziali (per 100.000 ab.)	Strutture Residenziali (per 100.000 ab.)	Strutture Semiresidenziali (per 100.000 ab.)
Italia	2,5	1,6	9,0	3,2
Nord-Ovest	2,7	1,4	14,6	4,7
Nord-Est	3,4	2,5	14,4	7,7
Centro	3,3	2,6	6,5	1,3
Sud e Isole	1,3	0,9	3,1	0,6
P.A. Trento	3,2	1,3	13,8	5,3
P.A. Bolzano	2,2	1,4	15,3	

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – Annuario del SSN (2013, 2017) - © C.R.E.A. Sanità

Osservando il numero di strutture per 100.000 residenti (Tabella 6.16.), esso nella P.A. di Trento è in generale superiore a quello registrato a livello nazionale.

In particolare, con riferimento alle strutture residenziali (pubbliche + private accreditate), nella P.A. di Trento se ne contano 17 ogni 100.000 residenti, un valore superiore a quello Italia (che si ferma a 11,5) e alle Regioni del Centro e del Mezzogiorno e inferiore a quello del Nord-Est (17,9) e del Nord-Ovest (17,3) e della P.A. di Bolzano (17,5).

Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali, nella P.A. di Trento se ne contano mediamente 6,6 ogni 100.000 residenti, un valore più elevato della media italiana (che si ferma a 4,8), della P.A. di Bolzano (1,4) e di tutte le ripartizioni, tranne che delle Regioni del Nord-Est (che raggiungono quota 10,2).

Tabella 6.17 - Posti in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, anno 2013

Regione	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Totale	Totali x 100.000 abitanti
Italia	234.008	52.764	286.772	480,5
Nord-Ovest	108.447	20.353	128.800	812,0
Nord-Est	73.006	19.826	92.832	805,8
Centro	31.277	7.460	38.737	331,6
Sud e Isole	21.278	5.125	26.403	128,0
P.A di Trento	4.862	438	5.300	999,4
P.A. di Bolzano	4.254	42	4.296	843,0

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – Annuario del SSN (2013, 2017) - © C.R.E.A. Sanità

I posti letto nelle strutture vengono analizzati nella Tabella 6.17., dalla quale si evince che nella P.A. di Trento nel 2013 si registrano 5.300 posti (in Italia se ne sommano 286.772).

Standardizzando i posti per 100.000 residenti, si capisce come l'offerta di posti letto della Provincia autonoma di Trento (999,4) sia superiore, in alcuni casi nettamente, sia rispetto alla P.A. di Bolzano (843,0) che alla media Italia (480,5) e anche a tutte le ripartizioni geografiche. Si evidenzia, in particolare, l'importante scostamento rispetto alle Regioni del Sud e Isole, che si fermano ad un valore di 128,0 posti letto per 100.000 residenti.

Tabella 6.18 - Utenti e giornate erogate in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, anno 2013

Regione/Ripartizione	Strutture Residenziali			Strutture Semiresidenziali		
	Utenti	Utenti per 100.000 abitanti	Giornate per utente	Utenti	Utenti per 100.000 abitanti	Giornate per utente
Italia	371.052	622	199	82.674	139	118
Nord-Ovest	155.511	980		31.789	200	
Nord-Est	122.856	1.066		29.783	259	
Centro	54.082	463		11.459	98	
Sud e Isole	38.603	187		9.643	47	
P.A di Trento	5.673	1.070	306	1.046	197	172
P.A. di Bolzano	6.003	1.178	247	388	76	29

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – Annuario del SSN (2013, 2017) - © C.R.E.A. Sanità

La **Tabella 6.18**. mostra come nel 2013 nella P.A. di Trento in carico alle strutture residenziali ci siano 5.673 utenti, pari a 1.070 utenti ogni 100.000 residenti, valore maggiore della media Italia (ferma a 622) e di tutte le ripartizioni geografiche. Solo la Provincia autonoma di Bolzano registra un numero leggermente superiore (1.178).

Nella P.A. di Trento si registrano poi 306 giornate di assistenza erogate per utente, contro le 199 della media Italia e le 247 della P.A. di Bolzano.

Con riferimento alle strutture semiresidenziali, in quelle presenti nella P.A. di Trento ci sono in carico 1.046 ospiti, pari a 197 per 100.000 residenti. Il valore è piuttosto superiore sia a quello registrato nella Provincia autonoma di Bolzano (76) sia alla media nazionale (139), come anche a quello che si osserva nelle Regioni centrali e del Mezzogiorno. Maggiore è invece il numero degli

utenti per 100.000 residenti del Nord-Est (259) e del Nord-Ovest (200).

Per quanto riguarda le giornate di assistenza erogate per utente, nella P.A. di Trento se ne registrano 172, contro le 118 della media Italia e le appena 29 della P.A. di Bolzano.

Per finire, nella Tabella 6.19. si effettua un focus sull'assistenza agli anziani.

Tabella 6.19 - Assistenza per anziani in strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, anno 2013

Regione/Ripartizione	Strutture Residenziali					Strutture Semiresidenziali				
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti per 100.000 abitanti anziani over 75	Utenti per 100.000 abitanti anziani over 75	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti per 100.000 abitanti anziani over 75	Utenti per 100.000 abitanti anziani over 75
Italia	186.872	267.084	224	2.964	4.236	14.927	24.111	128	237	382
Nord-Ovest	91.758	122.133		5.180	6.895	7.512	11.757		424	664
Nord-Est	60.128	88.749		4.749	7.009	5.270	9.195		416	726
Centro	24.255	35.971		1.829	2.712	1.769	2.714		133	205
Sud e Isole	10.731	20.231		553	1.042	376	445		19	23
P.A di Trento	4.462	4.776	338	8.443	9.037	328	329	248	621	623
P.A. di Bolzano	4.020	5.196	271	8.942	11.557		128		0	285

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – Annuario del SSN (2013, 201) - © C.R.E.A. Sanità

Nella Provincia autonoma di Trento nelle strutture residenziali ci sono 8.443 posti per anziani over 75 ogni 100.000 abitanti anziani, numero di nuovo ampiamente superiore rispetto alla media nazionale (2.964) e a tutte le ripartizioni. Registra un valore di poco superiore la Provincia autonoma di Bolzano (8.942).

Gli utenti anziani nelle strutture residenziali nella P.A. di Trento sono 9.037 ogni 100.000 over 75, più della media nazionale (4.236) e di tutte le ripartizioni. Maggiore è il numero di utenti solo nella Provincia autonoma di Bolzano (11.557).

Le giornate erogate per utente sono nella P.A. di Trento pari a 338, contro le 224 dell'Italia e le 271 della P.A. di Bolzano.

Infine, con riferimento alle strutture semiresidenziali, per l'assistenza agli anziani ci sono 621 posti ogni 100.000 residenti over 75, numero ampiamente superiore rispetto alla media nazionale (237) e a tutte le ripartizioni.

Gli utenti anziani nelle strutture semiresidenziali nella P.A. di Trento sono 623 ogni 100.000 over 75, più della media nazionale (382), della P.A. di Bolzano (285) e delle Regioni centrali e del Mezzogiorno; il numero di utenti anziani è più elevato solo nelle Regioni del Nord-Est (724) e del Nord-Ovest (664).

Per finire, le giornate erogate per utente nelle semiresidenziali sono nella P.A. di Trento pari a 248, contro le 128 dell'Italia.

6.5 Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza: gli indicatori della “Griglia LEA” in tema di assistenza residenziale e semiresidenziale

Si consideri che il “Monitoraggio dell’erogazione dei LEA in base alla Griglia LEA”, pubblicato dal Ministero della Salute, fornisce utili informazioni sull’offerta di assistenza residenziale.

In particolare, vengono elaborati i seguenti indicatori:

- Indicatore 1: numero di posti equivalenti⁴⁹ per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
- Indicatore 2: numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
- Indicatore 3: numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti
- Indicatore 4: numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- Indicatore 5: numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- Indicatore 6: numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- Indicatore 7: numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- Indicatore 8: posti letto attivi in *Hospice* sul totale dei deceduti per tumore (per 100).

Si presentano di seguito due *box plot* da cui è possibile evincere il valore massimo e il valore minimo attribuito alle Regioni, il valore mediano e il I e III quintile. Viene poi aggiunto il valore della P.A. di Trento, in modo da poter verificare come si inserisce all’interno della distribuzione dei valori osservati.

⁴⁹ Si tratta di un indicatore calcolato sulla base delle giornate di assistenza erogate, e in particolare: $((\text{sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento}/365)/\text{popolazione anziana residente}) * 1.000$.

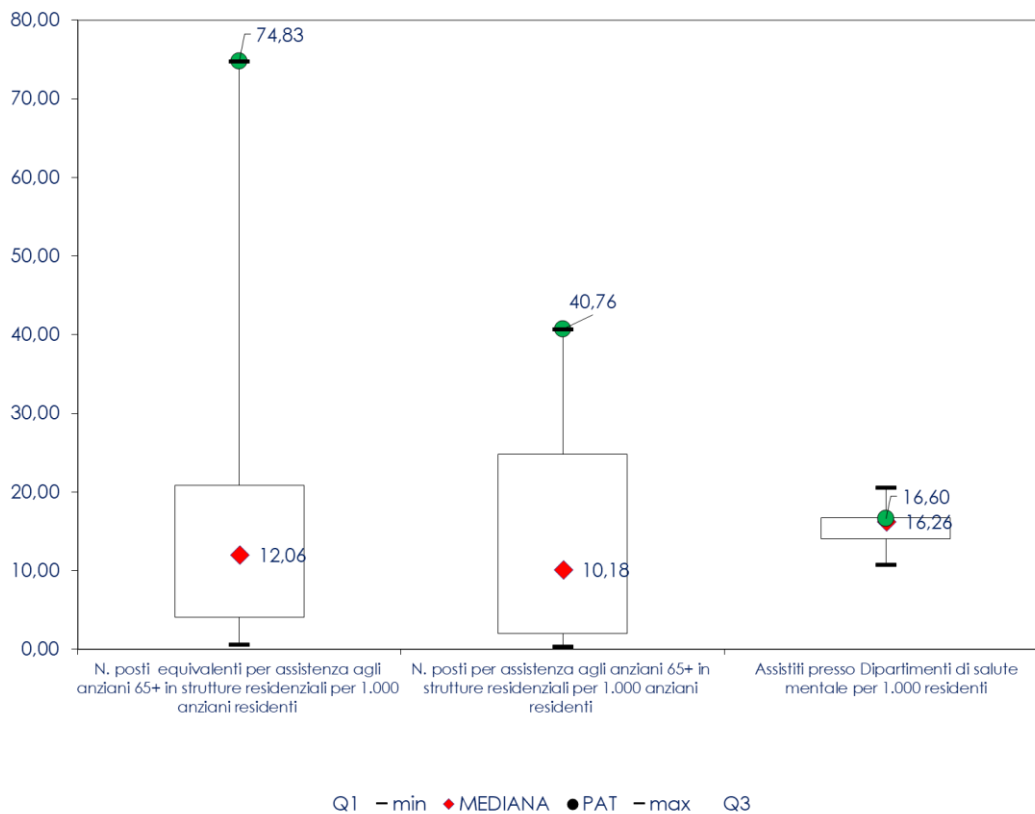
Nella Figura 6.16 si prendono in esame i due indicatori (1 e 2) che trattano l'assistenza residenziale agli anziani e l'indicatore 3 che si occupa degli assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale. Per tutti e tre gli indicatori il valore della Provincia autonoma di Trento si trova al di sopra della mediana (per i primi due rappresenta il valore migliore tra tutte le Regioni di cui si ha disponibilità del dato), e questo conferma ulteriormente come la P.A. di Trento sia tra le eccellenze italiane quanto ad offerta di assistenza residenziale in modo particolare agli anziani (in questo caso, persone con almeno 65 anni).

In particolare:

- con riferimento al numero di posti equivalenti – come sopra definiti - per assistenza agli anziani 65+ in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, la P.A. di Trento registra un valore pari a 74,83, che coincide col valore massimo (il valore “normale” stabilito dal Ministero della Griglia LEA 2015 è pari a 9,80); il valore minimo viene registrato dalla Campania (“appena” 0,63), seguita dal Molise (0,72); la mediana si attesta a 12,06. Per P.A. di Bolzano e Sardegna il valore non è disponibile;
- con riferimento al numero di posti (rete di offerta) per assistenza agli anziani 65+ in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti, la P.A. di Trento registra di nuovo il valore massimo, pari a 40,76 (col valore “soglia” stabilito dal Ministero pari a 10,0); il valore più basso lo si osserva in Valle d'Aosta (solo 0,35), seguita dal Molise (0,55); la mediana raggiunge un valore pari a 10,18;
- infine, con riferimento alla quota di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti, la P.A. di Trento registra un valore pari a 16,60, molto vicino al valore mediano (16,26) e comunque superiore al valore soglia ministeriale pari a 10,82. In questo caso, la quota maggiore si osserva in Emilia Romagna (20,58), seguita dalla Sicilia (18,63), mentre il valore più basso lo registra la Basilicata (10,77), seguita dal Friuli Venezia Giulia con 11,65. Per Valle

d'Aosta, P.A. di Bolzano e Sardegna il valore non è disponibile.

Figura 6.16 - Indicatori della Griglia LEA 2015 in tema di assistenza residenziale per anziani e assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale. Distribuzione dei valori regionali, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Nella Figura 6.17 vengono invece illustrati 5 indicatori che riguardano l'assistenza residenziale ai disabili e in *Hospice*. In questo caso, la Provincia autonoma di Trento non occupa posizioni in testa alla classifica, ma anzi il valore che registra si trova sempre al di sotto di quello mediano.

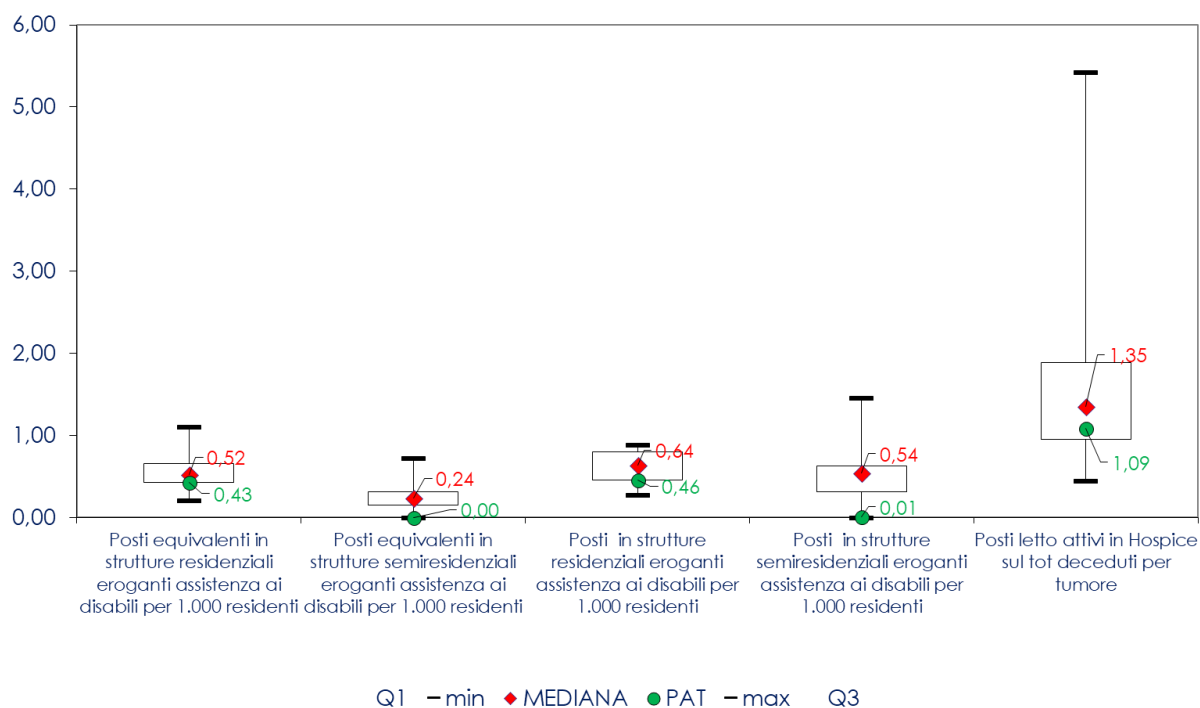
In particolare:

- con riferimento ai posti equivalenti in strutture residenziali eroganti assistenza ai disabili per 1.000 residenti, la P.A. di Trento registra un valore pari a 0,43, che coincide con il

primo quintile e si trova di poco al di sotto del valore “soglia” stabilito dal Ministero pari a 0,50; il valore massimo lo si osserva in Liguria (1,11), mentre il minimo viene registrato dalla Campania (0,21); la mediana si attesta a 0,52;

- con riferimento ai posti equivalenti in strutture semiresidenziali eroganti assistenza ai disabili per 1.000 residenti, la P.A. di Trento registra un valore non rilevante (prossimo allo zero), che coincide con il valore minimo (insieme allo zero della Valle d’Aosta) e al di sotto del valore “normale” ministeriale pari a 0,22; il valore massimo lo si osserva in Veneto (0,72); la mediana si attesta a 0,24;
- con riferimento ai posti in strutture residenziali eroganti assistenza ai disabili per 1.000 residenti, la P.A. di Trento registra un valore pari a 0,46, al di sotto della mediana che raggiunge un valore pari a 0,64 e del “valore normale” stabilito dal Ministero della Salute, pari a 0,60. Il numero massimo lo si osserva in Basilicata e Lombardia (0,89), mentre il minimo si registra nella Provincia autonoma di Bolzano (0,28);
- con riferimento ai posti in strutture semiresidenziali eroganti assistenza ai disabili per 1.000 residenti, la P.A. di Trento (a pari merito con l’altra P.A.) registra un valore prossimo allo zero (0,01), al di sotto della mediana che raggiunge lo 0,54, ed è praticamente uguale al valore minimo, pari a zero, della Valle d’Aosta. Il valore massimo lo si osserva in Veneto (1,46), mentre il valore “soglia” stabilito dal Ministero della Salute è pari a 0,45;
- per finire, con riferimento ai posti letto attivi in *Hospice* sul totale dei deceduti per tumore, la P.A. di Trento registra un valore pari a 1,09, al di sotto della mediana che raggiunge un valore pari a 1,35 ma al di sopra del valore “soglia” stabilito nella Griglia LEA 2015, pari a 1. Il valore minimo, pari a 0,45, si osserva in Calabria, mentre il valore più alto tra tutte le Regioni d’Italia lo registra la Sardegna con 5,42.

Figura 6.17 - Indicatori della Griglia LEA 2015 in tema di assistenza residenziale ai disabili e in Hospice. Distribuzione regionale, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

6.6 Conclusioni

La popolazione trentina risulta in media più giovane di quella italiana, ma soggetta ad un processo di invecchiamento più rapido di quello riscontrato a livello nazionale, sia per gli over 65 che per gli over 75. Nei prossimi cinquanta anni in Trentino è prevista una crescita della popolazione, in controtendenza con la riduzione prevista a livello nazionale.

Quanto precede implica che inevitabilmente si dovranno prendere in carico persone con bisogni sempre più multi-fattoriali; a ciascun problema sociale non risolto si associa infatti un problema sanitario e viceversa; occorrerà dunque potenziare un continuum tra sociale e sanitario e tra sanitario e sociale, non solo per gli anziani ma anche per le altre categorie più fragili (oltre ad una persona anziana che vive sola, si pensi ad una persona con disabilità, alle nuove forme di dipendenza e a quelle da sostanze, a un bambino a cui non sono assicurate cure adeguate in famiglia, a bisogni di integrazione e accoglienza, alla tutela della salute mentale già a partire dai primi anni di vita).

Questa offerta di assistenza socio-sanitaria e sociale può essere prestata in varie forme e con vari strumenti; in questo capitolo si sono presi in considerazione i servizi forniti dalle strutture residenziali e semiresidenziali, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Vale la pena ricordare come i dati sul tema siano poco aggiornati e frammentati, non permettendo dunque di studiare il fenomeno nella sua completezza; in tale contesto di assenza di dati certi, può accadere che qualora manchi la presa in carico in ambito socio-sanitario o sociale, vi sia una inevitabile transizione degli utenti verso altre tipologie di interventi di tipo sanitario (es. ricoveri ospedalieri in medicina piuttosto che “badanti”), in maniera più o meno appropriata. Una giusta risposta del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale, che riesca a coprire e soddisfare l'intero fabbisogno delle persone più fragili che necessiterebbero di tali servizi, è fondamentale per evitare il ricorso improprio alle altre tipologie di interventi.

Con riferimento alla Provincia autonoma di Trento, ciò che emerge nettamente dai dati resi disponibili dalle fonti primarie (Istat e Ministero della Salute in primis) è come essa mostri una ampiezza ed una qualità dei servizi in esame, in modo particolare a favore degli anziani, che la rendono una eccellenza italiana.

Sono infatti molti i contesti in cui i numeri della P.A. di Trento superano quelli del restante territorio italiano:

- nel 2015 si registrano 308 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, pari a circa 57 ogni 100.000 residenti (21 in Italia), 277 ogni 100.000 persone di 65 anni e più (97 a livello nazionale) e 552 ogni 100.000 anziani over 75 (contro una media Italia che si ferma a 192);
- circa 6.969 posti letto, pari a 1.297 per 100.000 residenti, più del doppio della media nazionale, che si arresta a 643;
- 6.262 posti letto per 100.000 residenti di 65 anni e più a fronte di una media Italia di 2.955;
- 12.500 posti letto per 100.000 residenti over 75, contro i 5.835 dell'Italia;
- 6.953 persone assistite nei presidi, pari a 1.294 ospiti per 100.000 residenti (941 maschi su 100.000 persone dello stesso sesso e 1.631 femmine ogni 100.000 persone del medesimo genere), con una media Italia che si attesta circa alla metà: 629 ospiti ogni 100.000 residenti (457 maschi e 792 femmine per 100.000 persone con le stesse caratteristiche);
- 72,2% di persone over 65 rispetto al totale quelle che alloggiano nei presidi
- 567 stranieri ospiti nei presidi (nel 2013 erano 493), che rappresentano l'8,2% del totale degli ospiti (in crescita di 1 punto percentuale nel triennio), contro una quota nazionale del 5,6%.

Rimandando ai paragrafi precedenti per ulteriori dettagli, si può affermare che in questo momento il sistema di welfare, qui inteso come servizi di assistenza residenziali e semiresidenziale

socio-sanitari e socio-assistenziali, per gli anziani, nella Provincia autonoma di Trento sia nel Paese uno dei modelli più interessanti ed efficienti, anche grazie agli investimenti che vengono effettuati. Comunque, si evidenziano alcune fasce di popolazione che non risultano ancora sufficientemente coperte.

Prendendo ad esempio alcuni indicatori utilizzati dal Ministero della Salute per il monitoraggio dei LEA, mentre per quelli riferiti ai *target* “over 65” e “assistiti nei Dipartimenti di salute mentale” la Provincia autonoma di Trento registra quasi sempre il punteggio massimo, non è così se si analizzano gli indicatori che riguardano l’assistenza residenziale ai disabili e in *Hospice*: in questo caso, infatti, il valore per la P.A. di Trento è sempre inferiore a quello mediano tra tutte le Regioni.

Per il futuro dunque, le caratteristiche demografiche e non solo della P.A. di Trento richiedono la necessità di attrezzarsi tempestivamente per rispondere ai fabbisogni in rapida crescita, pur ribadendo la maggior risposta ai bisogni dimostrata rispetto al resto del territorio italiano.

Con particolare riferimento agli anziani, si vuole qui ricordare la riforma del *welfare* Anziani, che prevede l’istituzione di “Spazio Argento”, un nuovo soggetto al servizio di anziani e loro famiglie che – a regime – sarà in grado di intercettare un numero maggiore di persone, aumentando così i tassi di copertura dei bisogni.

7. Assistenza Farmaceutica

La spesa pro-capite per farmaci nella Provincia autonoma di Trento è tra le più basse in Italia: seconda, di poco, solo a quella della Provincia di Bolzano.

Solo le due Provincie Autonome, la Valle d'Aosta e il Veneto (unica Regione a statuto ordinario) registrano una spesa farmaceutica pubblica (al netto del *pay back*) che rimane al di sotto del tetto di legge.

Contribuiscono a questo risultato numerosi fattori: certamente il migliore stato di salute della popolazione, ma anche una efficiente gestione del comparto, ed anche a fattori culturali.

A supporto, del primo punto rimandiamo alle analisi del capitolo 1, da cui ben si evince come la popolazione Trentina goda di un livello medio di salute invidiabile a livello italiano (e in assoluto); di seguito si cercherà di argomentare sugli altri aspetti.

7.1. Spesa farmaceutica totale e coperture dei bisogni provinciali

Come anticipato in premessa, la spesa farmaceutica nella P.A. di Trento è molto contenuta: il risultato finale è la composizione di diverse componenti, che di seguito verranno analizzate singolarmente, con una particolare enfasi sulla tutela pubblica della Salute e quindi sul livello di accesso all'assistenza farmaceutica fornito alla popolazione residente; inoltre, si approfondirà l'aspetto dell'accesso all'innovazione.

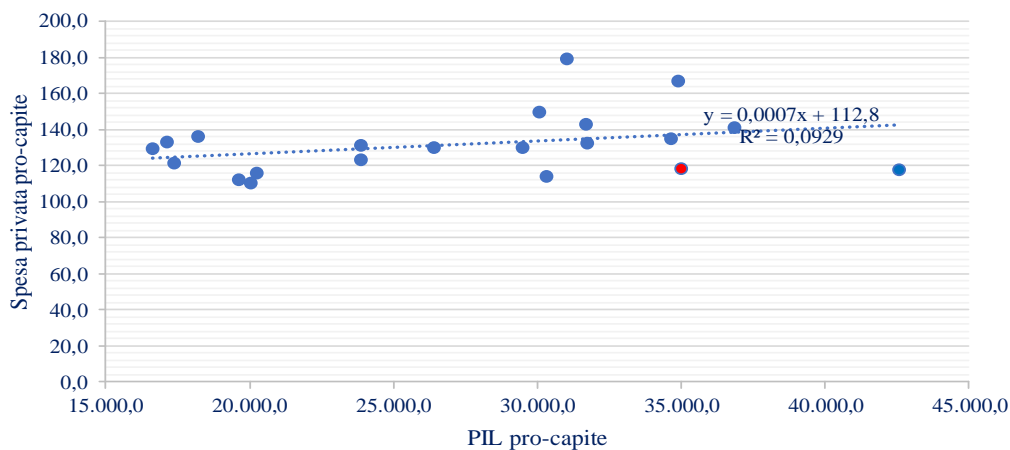
Il primo fattore caratterizzante della P.A. di Trento, è che, parallelamente ad una spesa pubblica molto contenuta, come anticipato, registra altresì una spesa farmaceutica privata pro-capite altrettanto "sobria": questa assenza di necessità da parte delle famiglie di provvedere con risorse proprie ai farmaci, depone per l'esistenza di un elevato livello di garanzia dell'universalità dell'accesso.

Nello specifico la P.A. di Trento, nel 2016, registra una spesa privata pro-capite pari a € 118,1⁵⁰, pari al 32,3% della spesa totale; per confronto la spesa privata pro-capite è pari a € 117,1 nella Provincia autonoma di Bolzano, € 141,8 nel Nord-Ovest, € 130,0 nel Nord-Est, € 142,4 nel Centro e € 128,0 nel Sud.

Appare doveroso sottolineare come la necessità di ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie della P.A. di Trento è inferiore persino a quello delle famiglie residenti nelle Regioni del Sud, che pure dispongono di un reddito medio decisamente inferiore.

Mediante un modello di regressione statistica, (figura 7.1) si rende evidente come la spesa privata pro-capite nella P.A. di Trento (punto rosso) si posizioni molto al di sotto della retta di regressione ottenuta, ovvero del livello atteso di consumo stimato in base al reddito medio della popolazione (ovvero della *capacity to pay* delle famiglie).

Figura 7.1 - Correlazione fra spesa farmaceutica privata e PIL, anno 2016



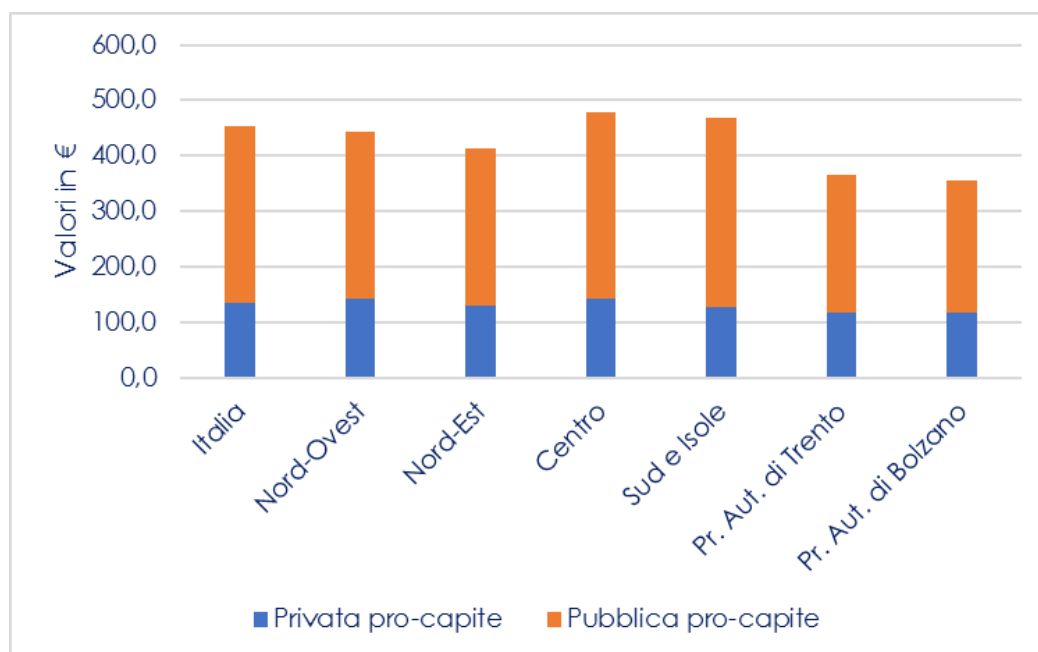
Note: P.A. di Trento valore in rosso

⁵⁰

Il dato di spesa privata relativo all'anno 2016, in attesa della pubblicazione dei dati aggiornati, è stato stimato riproporzionando il dato italiano di spesa privata, fonte OSMED 2016, sulla base della composizione regionale dell'anno precedente.

Fonte: elaborazione su dati AIFA e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.2 - Spesa farmaceutica totale pro-capite*, anno 2016



* Spesa al netto di quella per RIA e penitenziari e del pay back

Fonte: elaborazione su dati AIFA e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Nella composizione della spesa privata abbiamo, al primo posto, con il 38,4%, i farmaci per automedicazione; seguono con il 34,8% i farmaci di Classe C; poi con il 14,3% le compartecipazioni alla spesa pubblica; il restante 12,5% è relativo ai farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie.

Rispetto alla media italiana, e anche a tutte le ripartizioni, la quota di spesa destinata alla automedicazione appare nel trentino più marcata (28,4% Italia, 30,2% Nord-Ovest, 31,7% Nord-Est, 29,2% Centro, 24,4% Sud e Isole) e leggermente al di sotto solo con la Provincia autonoma di Bolzano (39,9%).

L'incidenza del *ticket*, sulla spesa privata, appare inferiore a quello della Provincia autonoma di Bolzano (16,1%) e della ripartizione di appartenenza (16,0%), oltre che a quello medio

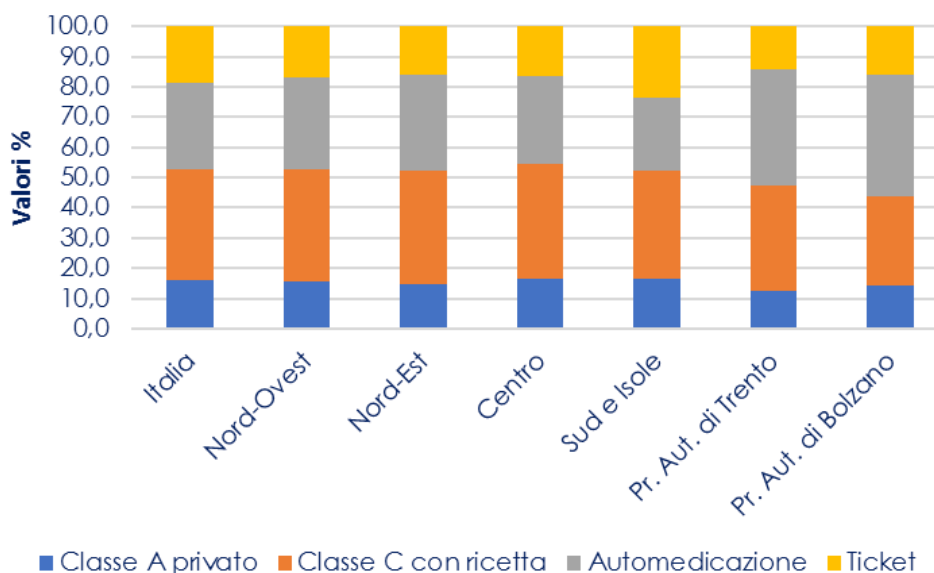
italiano (18,8%) e delle altre ripartizioni (17,0% Nord-Ovest, 16,5% Centro e Sud 23,5%).

Anche la quota di spesa per i farmaci di Classe A acquistati privatamente, come anche quella per la classe C con ricetta, è inferiore a quella media italiana e delle altre ripartizioni: la classe "A privato" è pari al 16,0% in Italia, 15,7% Nord-Ovest, 15,0% Nord-Est, 16,5% al Centro e nel Sud e Isole e 14,4% nella Provincia autonoma di Bolzano; la "classe C" pari al 36,8% in Italia, 37,2% al Nord- Ovest, 37,4% al Nord-Est, 37,9% al Centro e 35,5% al Sud e Isole. Il peso della Classe C della Provincia autonoma di Trento è, invece, leggermente superiore rispetto a quello riscontrato nella Provincia autonoma di Bolzano (29,6%).

Si noti, ancora, che la quota di acquisti sostenuti privatamente dai cittadini per farmaci di classe A (quelli a eleggibili a rimborso pubblico) è del 7,2%, verso valori di confronto che vanno dal 7,7% del Sud e Isole al 9,4% del Nord-Ovest, con una media in Italia pari al 8,6%.

La quota di ricorso ai farmaci equivalenti (come peraltro ai biosimilari) nella Provincia autonoma di Trento è rilevante, comportando un modesto livello di compartecipazioni dovute al prezzo di riferimento di tali farmaci: la quota di compartecipazione relativa al prezzo di riferimento è pari al 64,2% del totale delle compartecipazioni, valore in linea a quello della ripartizione di appartenenza (64,3%), ed inferiore a quello del Centro e del Sud e Isole (rispettivamente 80,8% e 66,1%), e superiore solo a quello del Nord-Ovest (57,5%) e della Provincia autonoma di Bolzano (54,0%).

Figura 7.3 - Composizione spesa farmaceutica privata, anno 2016



Fonte: elaborazione su dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

In termini di valori di spesa e del loro andamento, quella di Classe A privata, nella Provincia autonoma di Trento, è pari nel 2016 a € 14,7 pro-capite, e risulta in riduzione dell'11,9% rispetto all'anno precedente.

Considerando l'ultimo triennio l'incremento medio annuo è stato pari al 4,2%.

La spesa per la Classe C ammonta a € 41,1 in lieve aumento dello 0,6% rispetto all'anno precedente.

Nell'ultimo triennio si è osservato un decremento medio annuo pari all'1,3%.

La spesa per farmaci di automedicazione risulta pari a € 45,4 pro-capite e in diminuzione del 2,3% rispetto all'anno precedente.

Nell'ultimo triennio l'incremento medio annuo è stato pari allo 0,6%.

Per quanto concerne le compartecipazioni alla spesa richiesta a cittadini della Provincia autonoma di Trento, infine, essa

è pari a € 16,9 annui, in diminuzione dell'1,8% rispetto all'anno precedente.

Nell'ultimo triennio l'incremento medio annuo è stato pari al 31,4%

Tabella 7.1 - Incidenza della spesa farmaceutica privata

	Rispetto alla spesa totale		Rispetto al PIL	
	2013	2016	2013	2016
Classe A privato	4,0%	4,0%	0,04%	0,04%
Classe C	13,2%	11,2%	0,13%	0,12%
Automedicazione	13,8%	12,4%	0,13%	0,13%
Compartecipazioni alla spesa	2,3	4,6%	0,02%	0,05%

Fonte: elaborazione su dati AIFA e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

In sintesi, i dati presentati delineano un limitato, oltre che decrescente, impatto sui bilanci delle famiglie dell'assistenza farmaceutica, vuoi per un livello di compartecipazione richiesto minore che nelle altre aree del Paese, vuoi per una maggiore copertura dei farmaci di Classe C e dello scarso ricorso a spese *out of pocket* per farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Provinciale di Trento (SSP): si conferma, quindi, che nella P.A. di Trento, l'intervento pubblico riesce complessivamente a garantire un elevato livello di accesso ai farmaci.

7.2. Andamento della spesa pubblica

L'efficienza della gestione del comparto farmaceutico nella P.A. di Trento si conferma analizzando la composizione della spesa pubblica.

Nel complesso, al netto della spesa per RIA e penitenziari e dei *pay back*, la spesa è stata pari a € 196,7 mln., di cui quella pubblica ammonta a € 125,9 mln., ovvero al 67,7% (il restante 32,3% di spesa privata equivale a € 63,6 mln.), con una progressiva diminuzione delle voci spesa netta e ospedaliera sul versante

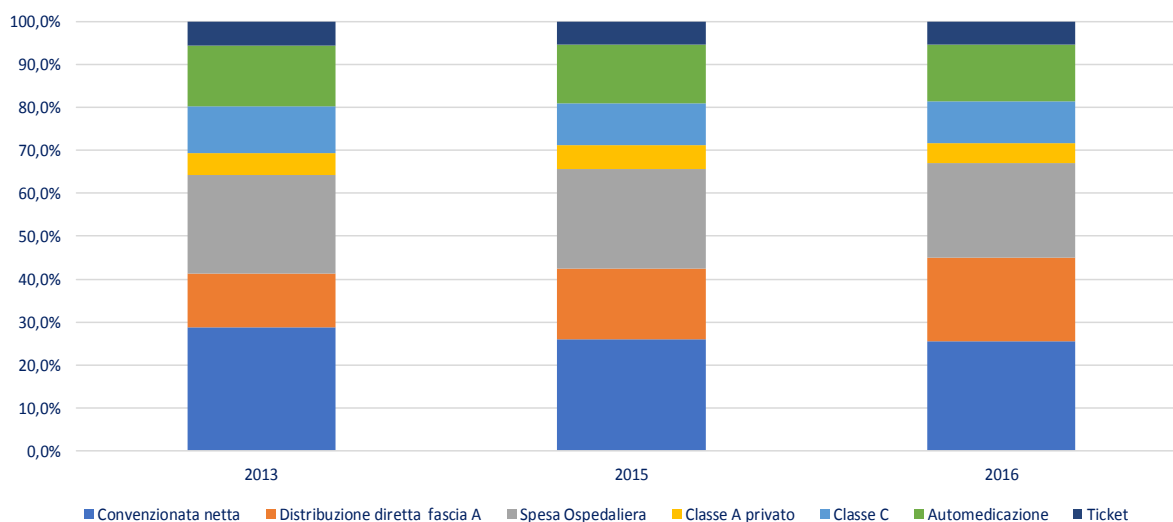
pubblico e Classe A privato, automedicazione e *ticket* sul versante privato; nonché un aumento delle voci distribuzione diretta Classe A sul versante pubblico e Classe C con ricetta su quello privato (Tabella 7.2.).

La spesa pubblica si è ridotta nell'ultimo anno del 5,4%, quella privata è aumentata dello 0,9%; considerando l'ultimo triennio la spesa pubblica è rimasta praticamente invariata, mentre la spesa privata è aumentata del 3,1%. In termini pro-capite, la spesa pubblica per farmaci risulta pari a € 247,4, con un incremento di € 29,3 (13,4%) rispetto al 2013. In sintesi, nell'ultimo triennio, l'incidenza della spesa pubblica pro-capite su quella totale, si è incrementata di 1,1 punti percentuali.

Tabella 7.2 - Trend spesa farmaceutica

	2013	2015	2016
Convenzionata netta (mgl. €)	65,8	63,2	62,1
Distribuzione diretta fascia A (mgl. €)	18,8	31,1	40,1
ASL, Aziende Ospedaliere (mgl. €)	31,0	31,6	31,0
Classe A privato (mgl. €)	7,0	9,0	7,9
Classe C (mgl. €)	23,0	22,0	22,1
Automedicazione (mgl. €)	24,0	25,0	24,4
Ticket (mgl. €)	4,0	8,9	9,1
Spesa totale (mgl. €)	173,7	190,8	196,7
Spesa pubblica (mgl. €)	115,7	125,9	133,2
Spesa privata (mgl. €)	58,0	64,9	63,6

Fonte: elaborazione su dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.4 - Composizione spesa farmaceutica totale


Fonte: elaborazione su dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Dai confronti con le altre aree del Paese emerge come la P.A. di Trento registri una spesa farmaceutica pro-capite totale (€ 365,5) decisamente minore di quella delle altre aree del Paese, dove la spesa varia da € 412,5 pro-capite nel Nord-Est a € 469,2 nel Sud e Isole.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per la spesa pubblica pro-capite che è pari nella P.A. di Trento a € 247,4 pro-capite rispetto a valori che vanno da € 282,5 in media nel Nord-Est a € 341,3 in media nel Sud e Isole.

Tabella 7.3 - Confronti spesa farmaceutica pro-capite, anno 2016

	Privata (€)	Pubblica (€)	Totale (€)
Italia	134,9	318,2	453,1
Nord-Ovest	141,8	301,4	443,3
Nord-Est	130,0	282,5	412,5
Centro	142,4	335,3	477,7
Sud e Isole	128,0	341,3	469,2
P.A. di Trento	118,1	247,4	365,5
P.A. di Bolzano	117,4	238,9	356,3

Fonte: elaborazione su dati AIFA e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

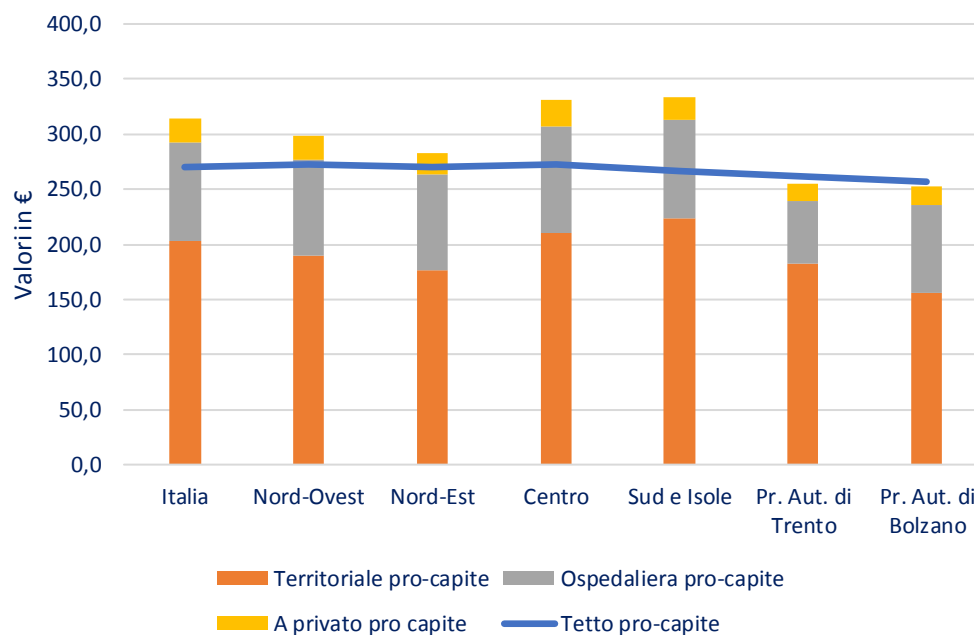
Come anticipato il SSP di Trento è l'unico, insieme a quello della Provincia autonoma di Bolzano, che riesce a rispettare il tetto di spesa farmaceutica pubblica imposto a livello nazionale, pari al 14,85% della spesa sanitaria pubblica.

Anche il Veneto e la Valle d'Aosta in linea teorica rimangono al di sotto del citato tetto di spesa, ma questo non è più vero se si aggiunge alla spesa pubblica quella privata di classe A che, in via di principio, sarebbe a carico del SSN.

Quindi mentre la Provincia autonoma di Trento registra a una spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale di € 239,8 pro-capite al netto del *pay back* (al di sotto del tetto di € 22,0 pro-capite), mediamente nelle altre aree del Paese la spesa è

compresa tra € 312,7 pro-capite del Sud e Isole (sfioramento dal tetto pari a € 45,9 pro-capite) e € 263,3 del Nord-Est (al di sotto del tetto di € 6,9 pro-capite).

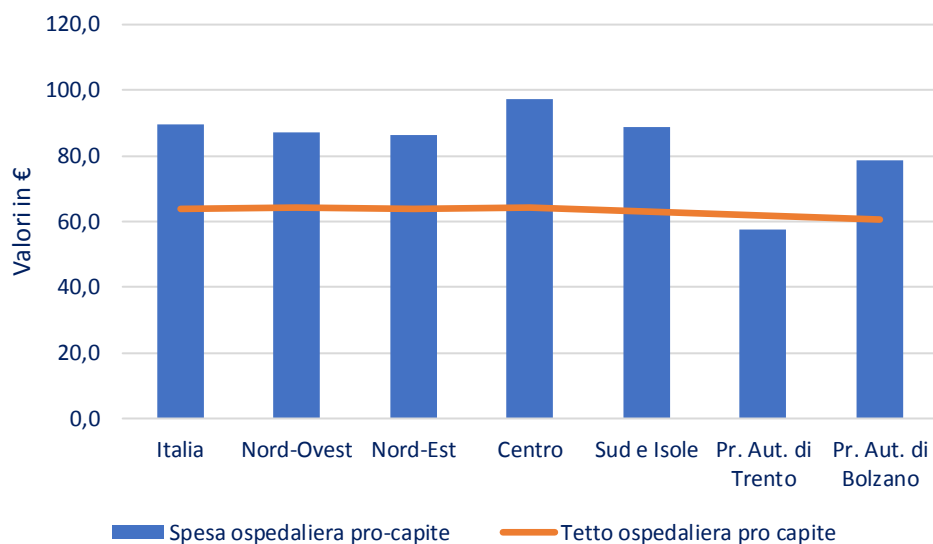
Figura 7.5 - Spesa farmaceutica pubblica e A privata, anno 2016



* Spesa al netto del pay back

Fonte: elaborazione su dati AIFA e ISTA - © C.R.E.A. Sanità

Non si può tacere che la P.A. di Trento è anche l'unica area geografica in Italia capace di rispettare non solo il tetto della spesa territoriale, ma anche quello della ospedaliera: nel 2016, quest'ultima è sotto il tetto di € 4,4 pro-capite, verso valori di sfioramento nelle altre Regioni compresi tra € 22,5 pro-capite nel Nord-Est e € 33,2 pro-capite nel Centro.

Figura 7.6 - Spesa farmaceutica ospedaliera pubblica*, anno 2016


* Spesa al netto del pay back

Fonte: elaborazione su dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne l'appropriatezza, e quindi l'efficienza prescrittiva e gestionale, possiamo citare come il consumo farmaceutico della Provincia autonoma di Trento sia caratterizzato da buoni profili di aderenza; la quota di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi risulta pari al 61,3% valore superiore a quello medio nazionale pari al 58,1%, i pazienti aderenti al trattamento con statine rappresentano il 50,4% del totale pazienti in trattamento, valore ancora una volta superiore alla media nazionale (45,8%). Per quel che concerne l'aderenza al trattamento per l'osteoporosi e i farmaci antidepressivi questa è pari rispettivamente al 50,8% e al 42,9% nella P.A. di Trento verso valori lievemente inferiori in media in Italia (rispettivamente 50,1% e 46,6%). Infine, l'aderenza al trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie è pari al 13,3%, in controtendenza rispetto alle altre patologie analizzate in quanto il valore risulta inferiore rispetto alla media italiana (13,8%).

Tabella 7.4 - Pazienti aderenti al trattamento, anno 2015

	Farmaci antiipertensivi (%)	Statine (%)	Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie (%)	Farmaci per l'osteoporosi (%)	Farmaci antidepressivi (%)
Italia	58,1	45,8	13,8	50,1	39,6
Nord	58,1	48,9	15,4	54,6	41,0
Centro	54,4	39,5	13,6	46,1	37,4
Sud e Isole	59,4	43,7	12,0	45,7	38,0
P.A. di Trento	61,3	50,4	13,3	50,8	42,9
P.A. di Bolzano	59,0	51,3	18,7	56,6	47,8

Fonte: elaborazione su dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne il dettaglio provinciale, si consideri che del totale dei costi della farmaceutica sostenuti per ASL, presidi e per la distribuzione diretta e per conto, il 59,9% è assorbito dal Servizio Ospedaliero Provinciale, il 14,5% dal Distretto Centro-Sud, il 12,5% da quello Centro Nord, il 9,0% dal Distretto Est, il 3,9% da quello Ovest e lo 0,3% sono costi comuni.

Nella tabella che segue si riporta il dettaglio della distribuzione della spesa nelle voci di costo e struttura nel 2016.

Tabella 7.5 - Distribuzione della spesa per area, anno 2016

Descrizione Conto	Servizio Osped. Prov.	Dipartimento di prevenzione	Distretto Centro-Nord	Distretto Centro-Sud	Distretto Ovest	Distretto Est	Costi comuni
Medic. e prodotti farm. con AIC	19,2%	49,7%	7,1%	10,5%	9,9%	9,7%	0,3%
Medic. e prodotti farm. per l'assist. farm. ospedaliera	32,7%	0,8%	1,6%	0,2%	0,1%	0,4%	0,0%
Medic. e prodotti (classe H)	43,4%	18,1%	2,2%	7,1%	7,6%	3,8%	0,0%
Emoderivati	4,1%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Acquisto prodotti farmac. per assist farmaceutica territoriale	0,0%	0,0%	87,3%	75,3%	79,9%	78,3%	99,6%
Radiofarmaci	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ossigeno Medicinale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Medic. e prodotti farmac. senza AIC	0,5%	31,4%	0,1%	5,9%	1,6%	7,2%	0,0%
Prodotti dietetici	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prodotti chimici	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altri prodotti sanitari	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Fornitura di vaccini iposensib. nti	0,1%	0,0%	1,6%	0,4%	1,0%	0,5%	0,0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborazione su dati APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Andando ad analizzare la distribuzione della spesa e delle quantità erogate di farmaci per ATC, si osserva come la quota dominante della spesa si concentra nella classe L "farmaci antineoplastici e immunomodulatori" con un valore pari al 42,1%, a fronte di una quantità erogata pari al 4,7% del totale; segue la classe ATC J "anti-infettivi ad uso sistemico" con un valore pari al 15,4% a fronte di una quantità pari al 19,4% del totale, segue la spesa per l'ATC B "sangue ed emopoiesi" pari al 12,8% in valore e al 13,5% in quantità e l'ATC A "apparato digerente e metabolismo" (10,2% in valore e 17,7% in quantità). Nella classe

ATC N “sistema nervoso”, invece si concentra solo il 5,5% del valore a fronte del 19,2% di quantità erogata.

La rimanente quota si distribuisce tra le rimanenti ATC con valori pressoché nulli in valore e quantità nell'ATC P “prodotti anti-parassicidi, insetticidi e repellenti”, pari al 3,3% in valore e 5,0% in quantità per l'ATC H “sistema endocrino”.

Tabella 7.6 - Spesa e consumo per ATC, anno 2016

ATC	Valore	Quantità
A	10,2%	17,7%
B	12,8%	13,5%
C	2,7%	10,2%
D	0,2%	1,7%
G	1,6%	1,5%
H	3,3%	5,0%
J	15,4%	19,4%
L	42,1%	4,7%
M	0,5%	2,4%
N	5,5%	19,2%
P	0,0%	0,1%
R	0,6%	1,6%
S	2,4%	1,2%
V	2,6%	2,0%

Fonte: elaborazione su dati APSS Trento - © C.R.E.A. Sanità

Altro elemento degno di interesse è quello relativo alla mobilità per farmaci in File F.

Per quel che concerne la mobilità attiva questa si concentra prevalentemente nell'ospedale di Trento (93,2%) ed è

in crescita del 15,2% medio annuo nell'ultimo triennio (+18,6% nell'ultimo anno).

Le Regioni in cui gli abitanti della P.A. di Trento si recano più frequentemente per l'erogazione di terapie in File F sono la Provincia autonoma di Bolzano (41,1% della mobilità passiva di farmaci in File F), il Veneto (33,5%) e la Lombardia (21,4%).

Per quel che concerne il consumo dei farmaci innovativi oncologici e non, il consumo della P.A. di Trento appare limitato. Appare doveroso sottolineare che i costi derivanti dal consumo dei farmaci innovativi sono a diretto carico del fondo sanitario provinciale, in quanto la P.A. di Trento finanzia autonomamente la propria spesa sanitaria e non accede ai fondi previsti a livello ministeriale: la spesa per farmaci oncologici innovativi di classe A e H è stata pari nel periodo gen-nov. 2017 a € 2,5 mln. che in termini pro-capite equivalgono a € 4,7: valore inferiore rispetto a quello della Provincia autonoma di Bolzano (€ 7,0) e a quello di tutte le ripartizioni, pari rispettivamente a € 5,6 nel Nord-Ovest, € 6,5 nel Nord-Est, € 7,3 nel Centro e € 5,7 nel Sud.

Per quanto concerne i farmaci innovativi non oncologici la P.A. di Trento ha speso € 4,0 mln. (anno 2017 gen-nov), che in termini pro-capite equivalgono a € 7,5, valore inferiore a quello delle altre ripartizioni: € 18,9 nel Nord-Ovest, € 13,4 nel Nord-Est, € 13,0 nel Centro e € 18,4 nel Sud e Isole e in linea con quello della Provincia autonoma di Bolzano (€ 7,5 pro-capite).

Si tenga conto che questo Fondo è in larga misura assorbito dai farmaci per l'HCV, patologia la cui epidemiologia è presumibilmente "favorevole" nella Provincia rispetto alle altre aree del Paese.

Tabella 7.7 - Spesa pro-capite per farmaci innovativi, anno 2017

	Innovativi non oncologici (€)	Innovativi oncologici (€)
Italia	16,5	6,1
Nord-Ovest	18,9	5,6
Nord-Est	13,4	6,5
Centro	13,0	7,3
Sud e Isole	18,4	5,7
P.A. di Trento	7,5	4,7
P.A. di Bolzano	8,4	7,0

Fonte: elaborazione su dati AIFA - © C.R.E.A. Sanità

7.3. Conclusioni

Negli ultimi anni l'ingresso sul mercato farmaceutico di molecole che portano benefici incrementali rilevanti, ma anche ad alto costo di terapia, ha influito sulla crescita della spesa farmaceutica, in particolare quella pubblica. Senza dubbio, qualora dovesse rimanere costante l'attuale tetto massimo di spesa, si creeranno problemi generalizzati di sostenibilità dei SSR.

Il servizio sanitario della P.A. di Trento è, però, fra i pochi che hanno ancora un margine significativo di manovra, essendo fra i quattro in grado di rispettare il citato tetto ed essendo l'unico che, grazie ad una elevata appropriatezza prescrittiva ed erogativa, è riuscito a rimanere al di sotto anche del tetto per la farmaceutica ospedaliera.

La capacità di rimanere nei limiti del tetto è favorito, anche, da vari altri fattori, fra cui anche quelli culturali, che si evincono, ad esempio, da uno storico maggiore ricorso ai farmaci di automedicazione.

Allo stesso tempo va evidenziato come il basso livello di spesa pubblica non sembri comportare difficoltà alcuna di

accesso per le famiglie: la spesa privata rimane inferiore a quella nazionale e decisamente inferiore a quella media attesa in funzione dei livelli di reddito provinciali, la mobilità passiva appare sotto controllo e la Provincia registra uno dei tassi più bassi in Italia di fenomeni di impoverimento delle famiglie per spese sanitarie, come anche di rinunce.

Bibliografia

APSS Trento, flussi informativi vari (Conti Economici, Modelli LA, Schede di Dimissione Ospedaliera etc.) – anni 2013, 2016

Cergas-SDA Bocconi (2017), *Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano)* – anno 2017

Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica – CIPE, *Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario* – anni 2013-2016

Fosti G., Pirazzoli A. (2017), *Percorso di formazione e tutorship a supporto del ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani della Provincia autonoma di Trento*, SDA Bocconi

Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

Istat, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* - anno 2015, su I.Stat, interrogazione marzo 2018

Istat, *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado statali e non statali*, anni vari

Istat, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*, anno 2013

Istat, *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, anni 2012-2013

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*.

Ministero della Salute, D.G. Programmazione sanitaria, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA 2015* – anno 2017

Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera – anni 2013- 2016

Ministero della Salute, D.G. del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, anni 2002-2013

Network Non Autosufficienza (2015), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, novembre 2015

Provincia autonoma di Trento (2017), *La riforma del Welfare Anziani in Trentino (Agenzia per gli anziani – Spazio Argento)*, prot. P.A. di Trento/RFA036-09/02/2017-0076412

Ragioneria Generale dello Stato (anni vari), *Il Monitoraggio della spesa sanitaria*.

Rapporti OSMED, AIFA anni vari