



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Assessorato all'Urbanistica, energia e trasporti

Piano urbanistico provinciale – *Localizzazione del nuovo ospedale delle Valli dell'Avisio*

Documento di indirizzo ai fini della localizzazione di massima

Provincia autonoma di Trento

Sede Centrale: Piazza Dante, 15 - 38122 Trento - T +39 0461 495111 - www.provincia.tn.it - C.F. e P.IVA 00337460224



Servizio Urbanistica e tutela del paesaggio -novembre 2024

Piano urbanistico provinciale - Localizzazione del nuovo ospedale delle Valli dell'Avisio

DOCUMENTO DI INDIRIZZO AI FINI DELLA LOCALIZZAZIONE DI MASSIMA



Piano urbanistico provinciale

Documento di indirizzo ai fini della localizzazione di massima del nuovo ospedale delle Valli dell'Avisio

Sommario

1. Introduzione e finalità del documento

1.1 Contenuti

1.2 Input

2. Elementi di inquadramento e contesto

3. Tematiche per la localizzazione di massima

3.1 Obiettivi



1. Introduzione e finalità del documento

1.1 Contenuti

Con deliberazione n. 1559 di data 25 agosto 2023 la Giunta provinciale ha inteso avviare il processo di localizzazione del nuovo ospedale delle valli dell'Avisio ai sensi dell'articolo 31 comma 2 delle norme di attuazione del Piano urbanistico provinciale.

Approvato con l.p. n. 5 del 27 maggio 2008, il Piano urbanistico provinciale vigente ha posto alla base del proprio disegno una visione, dove i principi di sostenibilità, sussidiarietà responsabile, integrazione e competitività sono assunti per realizzare le aspirazioni di lungo periodo della comunità, tenuto conto delle potenzialità del sistema locale e degli scenari di sviluppo in cui è inserito. Il Piano intende così comprendere e affrontare le macrotendenze ambientali, sociali ed economiche in atto in Europa e nel mondo, che pongono ai contesti locali sfide numerose e complesse. Tenuto conto della progressiva differenziazione del concetto di crescita da quello di sviluppo, che informa gli obiettivi politici e programmatici dell'Unione europea e dei governi locali, ai vari livelli, il Piano articola le proprie linee di azione in modo da favorire uno sviluppo centrato sulle condizioni di contesto e sull'utilizzo efficiente delle risorse, il ruolo del territorio come luogo di integrazione di attori, vocazioni e attività, la valorizzazione degli aspetti ambientali e paesaggistici che hanno rilevanza nel distinguere l'identità del Trentino, infine l'integrazione interna ed esterna per il rafforzamento della posizione del sistema territoriale provinciale rispetto alla propria posizione socio-culturale ed economico-produttiva nei macrosistemi internazionali.

Relativamente al Sistema insediativo il Piano urbanistico provinciale si rafforza sotto il profilo dell'individuazione dell'orientamento strategico del territorio e assume invece il ruolo di strumento più flessibile, per quanto riguarda le previsioni connesse con aspetti operativi e gestionali. In questa prospettiva i contenuti sono ridefiniti sotto il profilo degli interessi pubblici coinvolti, ma anche della diversa natura e caratterizzazione delle autonomie, distinguendo gli argomenti le cui regole assumono forma di vincolo - a presidio di specifici interessi dell'intera collettività - da tutte le altre materie di governo, le cui regole hanno invece carattere di indirizzo rispetto ai piani territoriali delle comunità, rinviando a linee guida e a strumenti metodologici le indicazioni per una efficace adattabilità alle singole situazioni locali. Nell'ottica di assicurare un quadro generale coerente nella pianificazione e gestione delle trasformazioni territoriali il PUP delinea dunque nelle tavole del sistema insediativo, rappresentato assieme alle reti infrastrutturali, le aree funzionali rilevanti sotto il profilo delle strategie che competono al piano nonché sotto il profilo degli usi intensivi del territorio. Gli ospedali sono individuati a titolo ricognitivo tra le attrezzature di livello provinciale che concorrono a connotare il territorio sotto il profilo insediativo e a qualificare relazioni e potenzialità funzionali dei diversi comuni.

La specificazione di tali elementi funzionali si configura come verifica rispetto alle scelte della pianificazione territoriale delle comunità, sia nell'elaborazione di strategie di sviluppo che di individuazione di nuove previsioni, relative ad esempio ai servizi, di competenza dei piani locali.

L'articolo 31 delle norme di attuazione del PUP precisa che la previsione di nuovi servizi e attrezzature di livello provinciale è subordinata alla loro preventiva localizzazione di massima da parte della Giunta provinciale, sentita la comunità e il comune o i comuni interessati. La localizzazione definitiva dei servizi e attrezzature di livello provinciale è effettuata dai piani territoriali delle comunità.

Procedura di localizzazione



Il PUP definisce quindi il quadro di riferimento per la previsione delle attrezzature di livello provinciale, demandando nel caso di nuove attrezzature alla preventiva localizzazione da parte della Giunta provinciale e alla condivisione con la Comunità che ha la competenza all'adozione della localizzazione definitiva mediante il piano territoriale - PTC, nel caso di specie, la Valle di Fiemme. In proposito l'articolo 32 comma 8 della legge provinciale per il Governo del Territorio 2015, stabilisce che la localizzazione definitiva dei servizi e attrezzature di livello provinciale è atto obbligatorio. La Comunità è quindi tenuta ad adottare il progetto di piano, o di piano stralcio, la cui proposta è sottoposta al procedimento partecipativo disciplinato dall'articolo 17 quater decies della legge provinciale n. 3 del 2006. Con parere favorevole dell'autorità per la partecipazione locale APL (costituita ai sensi dell'art 17 duodecimo della l.p. 3 del 2006) il processo partecipativo è anticipato alla fase di competenza del livello provinciale, e sarà valido per tutte le fasi della pianificazione sia di livello provinciale che della Comunità territoriale della Valle di Fiemme.

Particolare rilevanza per le tematiche connesse con la localizzazione assume la valutazione ambientale strategica nella formazione degli strumenti di pianificazione territoriale ai sensi della Direttiva 2001/42/CE e nel rispetto dei d.P.P. 14 settembre 2006, n. 15-68/Leg e 3 settembre 2021, n. 17-51/Leg nonché dell'articolo 20 della l.p. 15/2015. La valutazione integra le considerazioni ambientali, territoriali e socio-economiche nell'elaborazione e nell'adozione del piano, anche al fine del monitoraggio degli effetti significativi della sua attuazione.

La procedura di localizzazione si articola quindi in tre fasi, una prima dedicata al percorso partecipativo, una seconda per il procedimento di competenza della Giunta provinciale afferente la localizzazione di massima, ed una terza per l'individuazione definitiva del sito per il nuovo ospedale da parte della Comunità della Valle di Fiemme.

FASE 1

Processo partecipativo per localizzazione preliminare da parte della Giunta provinciale	
Documento di indirizzo ai fini della localizzazione di massima	
Comunicazione alla Giunta provinciale per l'avvio del processo partecipativo	
90 giorni	Processo partecipativo il soggetto competente organizza il processo partecipativo e ne raccoglie gli esiti per la definizione dei contenuti utili alla localizzazione di massima

FASE 2

Localizzazione preliminare da parte della Giunta provinciale (art. 31, c. 2 nda PUP)	
Proposta di localizzazione di massima la previsione di nuovi servizi e attrezzature di livello provinciale è subordinata alla loro preventiva localizzazione di massima da parte della Giunta provinciale (art. 31, comma 2 norme del PUP)	Rapporto preliminare il soggetto competente predispone il rapporto preliminare sulla base del quale, mediante la consultazione della struttura ambientale e dei soggetti competenti in materia ambientale, definisce la portata e il livello di dettaglio dei contenuti e delle informazioni da inserire nel rapporto ambientale. Si verifica inoltre la necessità della sottoposizione del piano a valutazione di incidenza. (art. 5



		<i>d.P.P. 3 settembre 2021, n. 17-51/Leg)</i>	
Deliberazione da parte della Giunta provinciale di adozione del documento e rapporto preliminare per l'avvio della consultazione preliminare			
		45 giorni <i>(termine massimo che può essere diversamente concordato tra soggetto competente e struttura ambientale)</i>	Consultazione preliminare il soggetto competente raccoglie i contributi dalla struttura ambientale e dai soggetti competenti in materia ambientale (<i>eventuale conferenza di servizi</i>) per definire la portata e il livello di dettaglio delle informazioni da inserire nel Rapporto ambientale.

Localizzazione di massima la previsione di nuovi servizi e attrezzature di livello provinciale è subordinata alla loro preventiva localizzazione di massima da parte della Giunta provinciale, sentita la comunità e il comune o i comuni interessati (<i>art. 31, comma 2 norme del PUP</i>)	Rapporto ambientale il soggetto competente redige il rapporto ambientale (<i>art. 6 - d.P.P. 3 settembre 2021, n. 17-51/Leg</i>)		
Preadozione da parte della Giunta provinciale della localizzazione di massima			
Trasmissione della proposta di localizzazione alle Comunità e ai comuni interessati	Trasmissione del Rapporto ambientale a: - struttura ambientale e ai soggetti competenti in materia ambientale - Provincia autonoma di Bolzano (<i>se il relativo territorio è interessato dagli impatti di attuazione del piano</i>)		
Osservazioni da Comunità, Comuni e chiunque interessato	45 giorni	deposito per consultazione (<i>art. 7 d.P.P. 3 settembre 2021, n. 17-51/Leg</i>)	
		deposito per osservazioni	
		parere Provincia autonoma di Bolzano	
	Entro 45 giorni dalla scadenza del termine precedente	Parere della Struttura ambientale	
Approvazione della localizzazione di massima con delibera GP			



**Trasmissione localizzazione di massima alla Comunità di Fiemme
per adozione piano stralcio del PTC per la localizzazione definitiva**

FASE 3

Localizzazione definitiva mediante PTC adozione del piano stralcio da parte della Comunità (art. 32, c. 8 l.p. n. 15/2015)		
Proposta di piano la Comunità elabora proposta di piano stralcio per le attrezzature di livello provinciale	Rapporto ambientale il soggetto competente redige il rapporto ambientale (art. 20 l.p. n. 15/2015, art. 3 bis d.P.P. 14 settembre 2006, n. 15-68/Leg)	
avvio processo partecipativo (art. 17 decies e segg. l.p. n. 3/2006) che sospende i termini del procedimento e si deve concludere entro 3 mesi ai sensi dell'art. 17 quindicesimo l.p. 3/2006**		
Adozione del piano stralcio entro 60 giorni* dalla localizzazione di massima (il termine è sospeso per lo svolgimento del processo partecipativo)		
Deposito del piano stralcio 90 gg	Trasmissione del piano stralcio a: - comuni della Comunità - PAT, per parere della CUP - comunità limitrofe Per espressione pareri di competenza	Trasmissione del Rapporto ambientale alla struttura ambientale
Adozione definitiva del piano stralcio entro 120 giorni* dalla adozione preliminare e trasmissione alla Giunta provinciale		
Valutazione della adozione definitiva del PTC		
Approvazione del piano stralcio con delibera della Giunta provinciale		
* <i>potere sostitutivo della PAT nel caso di mancato rispetto dei termini</i>		
** <i>l'eventuale processo partecipativo deve tenere conto del processo fatto a livello provinciale</i>		



Localizzazione di massima

Con la deliberazione 1559 sopra richiamata, la Giunta provinciale ha precisato che il processo di localizzazione di massima deve aver a riferimento *“un’area territoriale vasta, collocata di massima tra i Comuni di Cavalese e Predazzo, facilmente raggiungibile da viabilità e trasporto pubblico, anche per le altre due valli, e con una minimizzazione del consumo di suolo libero, con approfondimenti più analitici sull’area collocata in loc. Dossi di Cavalese e comunque siti facilmente raggiungibili dalla strada di fondovalle”*.

Nello svolgimento delle tipiche competenze pianificatorie attribuite all’Ente provinciale, trova coerente declinazione il metodo per la determinazione della localizzazione di massima nel rispetto delle attribuzioni e del ruolo riservati dalla legge provinciale a PTC e Comunità di Valle.

In tale cornice si intende definire un quadro di riferimento analitico e progettuale utile alla formulazione dei criteri per l’individuazione dei siti potenzialmente funzionali alla localizzazione della nuova struttura ospedaliera. Gli elementi che rilevano ai fini della localizzazione, e più in generale dei criteri che ne delineano opportunità e criticità localizzative, sono oggetto di condivisione e confronto nell’ambito del processo partecipativo. L’ascolto dei territori troverà concretezza nello sviluppo e recepimento nei contenuti della documentazione pianificatoria, appartenente alla fase 2, al fine di consentire l’individuazione di una pluralità di alternative da valutarsi in ordine alla rispondenza con gli obiettivi che la Comunità di Valle andrà a proporre per la localizzazione definitiva della struttura ospedaliera.

Per localizzazione di massima si intende quindi la predisposizione di un documento descrittivo di individuazione delle tematiche, a partire da quella sanitaria, e degli obiettivi che ne declinano la complessità per un approccio sistemico strutturato in strategie e quindi criteri localizzativi. La localizzazione definitiva e la possibilità di individuare delle alternative da mettere a confronto per la scelta della miglior soluzione localizzativa, nella cornice metodologica definita nella fase di competenza provinciale, spetta al PTC della Comunità della Valle di Fiemme.

1.2 Input

Con l’avvio della XVII Legislatura è stato promosso il processo di definizione della Strategia provinciale che in coerenza con il programma di legislatura, ha definito gli obiettivi di medio e lungo termine da conseguire e le linee di indirizzo. Nell’ambito dell’area strategica 5 **“Salute e benessere durante tutte le fasi di vita dei cittadini”**, viene affermata la necessità di realizzare un nuovo ospedale afferente ai territori delle Valli di Fiemme, Fassa e Cembra. La descrizione del contesto di riferimento riporta di condizioni strutturali oltre che logistiche e tecnologiche dell’attuale ospedale di Cavalese che impongono ormai da anni la necessità di un intervento importante per adeguarlo alle mutate esigenze assistenziali della popolazione afferente e di quella temporalmente presente per ragioni turistiche. Le diverse progettualità che sono state negli anni sollecitate dalla Provincia autonoma di Trento e dalle comunità locali hanno dimostrato che l’intervento deve essere massivo e interessare l’intero ospedale attuale nel suo complesso che di fatto deve risultare completamente ristrutturato e rinnovato. La predetta area strategica riporta in particolare l’obiettivo di medio-lungo periodo 5.3 **“Una rete ospedaliera integrata a misura di Trentino”** che quale linea di indirizzo indica l’avvio della realizzazione di un nuovo ospedale, afferente ai territori delle Valli di Fiemme, Fassa e Cembra, nell’ottica di riorganizzare in senso territoriale l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Il Documento di economia e finanza provinciale (DEFP) 2025|2027 rappresenta annualmente lo strumento principale per la programmazione economico-finanziaria del triennio successivo e contiene le politiche da adottare in coerenza con gli obiettivi definiti nella strategia. Con riferimento all’obiettivo 5.3 e alla linea di indirizzo **“Nuovo ospedale delle Valli dell’Avisio”** il risultato atteso viene individuato nell’approvazione della localizzazione preliminare da parte della Giunta provinciale e autorizzazione alla localizzazione definitiva da parte della Comunità di Fiemme.



Coerentemente con la programmazione provinciale sopra riportata, la Nota di aggiornamento al DEFP, che accompagna il bilancio di previsione 2025-2027, precisa quale intervento rilevante l'avvio delle procedure preliminari per il Nuovo Ospedale delle Valli dell'Avisio mediante l'approvazione del documento preliminare per la localizzazione di massima, la predisposizione di una relazione ambientale e l'avvio del processo partecipativo con il coinvolgimento di stakeholder e cittadini dei territori di riferimento.

Quanto riportato brevemente nel contesto descritto nella Strategia circa l'ospedale di Cavalese, trova riscontro nell'evidenza delle condizioni architettonico strutturali oltreché di rigidità alla conversione e rifunzionalizzazione degli spazi dell'edificio esistente, ma anche negli esiti delle esperienze e delle azioni tentate dalla Provincia, prima per il recupero del nosocomio esistente e poi per la realizzazione di una nuova struttura.

Nel 2015 la Giunta provinciale, definito il quadro esigenziale per il nuovo ospedale, ha promosso un concorso per l'individuazione della soluzione progettuale più idonea, sia dal punto di vista dell'immagine generale che dell'aspetto architettonico, strutturale e funzionale, per la realizzazione del "Nuovo Ospedale di Fiemme e Fassa a Cavalese" da erigersi sull'area dell'attuale nosocomio, con demolizione dello stesso da attuarsi in fasi con successiva ricostruzione, in modo da non interrompere l'attività sanitaria e garantire sempre gli imprescindibili livelli di assistenza. Nel 2020 è stato individuato il progetto preliminare vincitore, con l'approvazione in linea tecnica da parte dell'Agenzia provinciale per le Opere Pubbliche. A tale progettazione non ha fatto seguito lo sviluppo delle successive fasi progettuali, prevalentemente in ragione della complessità progettuale di una ristrutturazione per fasi compatibile con la salvaguardia delle funzioni e attività della struttura ospedaliera.

Nel 2021 la società MAK Costruzioni srl ha presentato una proposta di partenariato pubblico-privato per la progettazione, realizzazione e finanziamento del nuovo ospedale delle valli di Fiemme e Fassa, nonché il suo mantenimento in efficienza per 18 anni nel Comune di Cavalese in località Masi. Detta proposta è stata presa in carico dal Nucleo di analisi e valutazione degli investimenti pubblici per la realizzazione di opere e servizi pubblici, in tale ambito è emersa la necessità di subordinare l'iter all'adeguamento degli strumenti urbanistici. Con deliberazione n. 2173 del 28 novembre 2022 la Giunta provinciale, fa proprie le conclusioni del Navip, individua nella realizzazione di un nuovo ospedale afferente ai territori delle Valli di Fiemme, Fassa e Cembra la scelta più coerente nell'ottica di riorganizzazione in senso territoriale dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari e dichiara il pubblico interesse della proposta presentata approvandone il progetto di fattibilità tecnico-economica. Successivamente, con la deliberazione n. 1559 di data 25 agosto 2023, la Giunta provinciale pur confermando nella realizzazione di un nuovo ospedale la scelta più opportuna e coerente, da atto del venir meno dell'interesse pubblico rispetto alla proposta di partenariato presentata a seguito di quanto emerso dalle consultazioni territoriali. La stessa deliberazione da quindi avvio al processo di localizzazione di massima ai sensi dell'articolo 31 comma 2 delle norme di attuazione del PUP.



2. Elementi di inquadramento e contesto

Si riportano di seguito i principali riferimenti nella programmazione di livello provinciale, che costituiscono la cornice entro cui si inserisce il processo partecipativo in oggetto. Da tale quadro normativo e programmatico di riferimento discendono gli indirizzi, declinati nei contenuti del presente documento in termini di coerenza e orientamento delle scelte.

Programmazione di livello provinciale

Principali documenti di programmazione di ambito generale

- *Strategia provinciale della XVII legislatura*
- *Strategia provinciale per lo sviluppo sostenibile SproSS*
- *Piano urbanistico provinciale PUP*
 - *elenco documenti compreso criteri pup 87*
 - *Carta di sintesi della pericolosità CSP*
- *Legge provinciale per il governo del territorio l.p. 15/2015*
 - *Urbanizzazione e consumo di suolo in Trentino - Osservatorio del Paesaggio Trentino*
- *Stati generali della montagna*

Quadro normativo di riferimento in ambito sanitario

- *Legge provinciale sulla tutela della salute L.p. 23 luglio 2010, n. 16*
- *Piano per la salute del Trentino 2015/2025*
- *Piano provinciale della prevenzione 2021-2025*
- *DGP n. 2405 del 30 dicembre 2021 - Individuazione dei distretti sanitari ai sensi dell'art. 33, comma 2 della legge provinciale n. 16 del 2010 "Tutela della salute in provincia di Trento".*
- *DGP n. 857 del 13 maggio 2022 - Approvazione del nuovo regolamento di organizzazione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari - art. 37, legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16, "Tutela della salute in provincia di Trento"*
- *DGP n. 223 del 10 febbraio 2023 - Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento ai sensi dell'art. 1 comma 2 del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*
- *DGP n. 972 del 27 Maggio 2022, approvazione schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) tra la Provincia autonoma di Trento e il Ministero della salute e riapprovato il Piano operativo provinciale (POP), per la relativa sottoscrizione e trasmissione al Ministero.*



- *DGP n. 696/2022, e successive DGP n. 972/2022, n. 2072/2023 e n. 973/2024 - approvazione POP - Piano operativo provinciale per l'attuazione degli interventi della Missione 6 del PNRR e successive modifiche*
- *deliberazioni 8 11 2024 su rete degli Ospedali di Comunità e Gruppo Aziendale di Transizione Riabilitativo*
- *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza DPCM 12 gennaio 2017*

Quadro normativo di riferimento supplementare

- *PIAO - Piano Integrato di attività e organizzazione 2024 -2026*
- *Programma FSE+ 2021-2027*
 - *FESR 2021-2027 in Trentino*
- *Documento di economia e finanza provinciale (DEFP) 2025|2027*
- *Piano energetico ambientale provinciale 2021-2030 PEAP*
- *Piano provinciale della mobilità - stralci*
 - *Delibera di Giunta 576/2022 "Linee strategiche di indirizzo per la pianificazione della mobilità della Provincia Autonoma di Trento"*
- *Carta delle risorse idriche*
- *Piano provinciale di tutela della qualità dell'aria - PQA*
- *Piano generale di utilizzazione delle acque pubbliche (PGUAP)*
- *Piano provinciale di tutela delle acque (PTA 2022)*



3. Tematiche per la localizzazione di massima

Le tematiche rappresentano le macro categorie di argomenti per l’individuazione delle linee guida e dei criteri per la localizzazione di massima del nuovo ospedale. Le tematiche e le relazioni tra queste sono ben rappresentate dal concetto, introdotto nel Rapporto ASviS¹ 2024, di **salute circolare** secondo il quale vi è una relazione di interdipendenza tra salute dell’ambiente, vivibilità delle città e benessere delle persone, fisico ma anche psicologico così come tra i diversi ambiti dello sviluppo sostenibile.

Nel rispetto della complessità dell’argomento, e quindi in un approccio che deve essere sistemico, a partire dalle macrotematiche è possibile declinare obiettivi utili a rappresentare i sottoinsiemi per l’individuazione di strategie e criteri localizzativi. Le tematiche definite riguardano quindi gli **aspetti sanitari, socio-economici, di accessibilità delle reti e delle connessioni, urbanistici, ambientali e paesaggistici**. La declinazione e la relazione tra queste sono funzionali al perseguimento dello scopo del processo, ovvero la determinazione delle strategie e dei criteri per la miglior localizzazione del nuovo ospedale universitario delle valli dell’Avisio.

La tematica guida è quindi quella sanitaria che esplicita e raccoglie il mandato e l’input per la realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero, nodo di una rete sanitaria provinciale policentrica, universitaria e vicina al cittadino, in grado di assicurare l’accesso alle cure per tutta la popolazione in maniera diffusa e presente sul territorio. Gli aspetti socioeconomici rappresentano il nesso tra l’opera e il territorio che la ospita, il capitale umano, l’imprenditorialità, le dinamiche demografiche, i fabbisogni e le specificità delle valli dell’Avisio. L’accessibilità, in termini di spostamenti ma anche di dotazioni infrastrutturali, attiene più specificatamente ad un connotato localizzativo, alle dotazioni esistenti e all’opportunità di realizzarne di nuove, ai sistemi di mobilità e al costo economico, ambientale e sociale della presenza - o assenza - di tali infrastrutture. Da ultimo, la tematica urbanistica, ambiente e paesaggio, di cui ad un approccio più classico alla valutazione di soluzioni ed alternative localizzative, afferisce agli aspetti di identità territoriale, di sviluppo durevole e sostenibile, di qualità dell’ambiente, degli spazi di vita e di inclusione sociale.

3.1 Obiettivi

Coerentemente con i piani e programmi provinciali gli obiettivi declinano le tematiche e rappresentano gli elementi necessariamente da considerare per affrontarne i vari aspetti e le reciproche interdipendenze. Gli obiettivi rappresentano l’elemento unitario di continuità tra le fasi del processo partecipativo - pianificatorio, assicurando la finalizzazione della prima fase nel supporto e nello sviluppo dei contenuti della seconda, valorizzando quanto emerso nella fase di ascolto del territorio.

<p>A. sanitari</p>	<p><u>1.persone - diritto alla salute</u> assicurare il diritto alla salute psicofisica garantendo l’accesso alle cure per tutta la popolazione in un sistema sociosanitario con la persona al centro, con servizi più vicini al cittadino, più efficaci, efficienti, equi e sostenibili</p> <p><u>2.rete e relazioni</u> creare una rete ospedaliera policentrica universitaria, con forti sinergie tra i diversi livelli specialistici in cui si articola l’assistenza diffusa sul territorio investendo sulla</p>
------------------------	--

¹ Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS)



	<p>prossimità delle infrastrutture e delle cure al cittadino, rafforzando anche il ruolo del volontariato locale</p> <p><u>3.struttura ospedaliera</u> realizzare una struttura ospedaliera accogliente e confortevole, ancorata alle specificità del territorio con alti livelli qualitativi di sicurezza e di offerta, attrattiva per l'utenza e gli operatori del sistema sanitario</p>
B. socio economici	<p><u>1.attrattività e contrasto allo spopolamento</u> dotare le valli di adeguate infrastrutture, attrezzature e servizi pubblici al fine di aumentare l'attrattività, non solo dal punto di vista economico, prevenire lo spopolamento e contrastare la perdita di capitale umano investendo anche sulla formazione.</p> <p><u>2.l'ospedale per il territorio (volano di efficienza)</u> rappresentare occasione di innovazione e propulsione, orientando azioni e ricerca, innescando esternalità positive cooperative e condivise in un'ottica di economia circolare</p> <p><u>3.il territorio per l'ospedale</u> orientare il sistema delle relazioni indotte dalle attività e utenze ospedaliere attraverso modelli di rigenerazione urbana e funzionale, che tengano conto delle specificità territoriali in risposta ai fabbisogni di servizi, dotazioni, pubblici esercizi, spazi abitativi</p>
C. accessibilità reti e connessioni	<p><u>1.sforzo di accessibilità</u> minimizzare/contenere lo sforzo di accessibilità nelle modalità di spostamento delle persone/utenti (in relazione a abitati e luoghi dove persone vivono)</p> <p><u>2.infrastrutture per l'accessibilità</u> ridurre necessità nuove infrastrutture (dotazioni, reti infrastrutture esistenti)</p> <p><u>3.accessibilità multimodale</u> valorizzare modelli mobilità che rispondano in modo equilibrato all'obiettivo di ridurre l'impatto negativo sulla qualità dell'aria che deriva dall'aumento dei carichi di traffico e, allo stesso tempo, di migliorare l'attrattività e l'integrazione dei territori, nel rispetto di un bilancio ambientale complessivo</p>
D. urbanistica ambiente paesaggio	<p><u>1.identità territoriale</u> orientare le trasformazioni in modo coerente rispetto agli elementi territoriali che costituiscono le caratteristiche distintive dell'ambiente e dell'identità territoriale e al senso di appartenenza dei loro abitanti</p> <p><u>2.equilibrio territoriale</u> mirare al riequilibrio territoriale, tenuto conto della capacità di carico antropico del territorio in relazione alla necessità di garantire uno sviluppo equilibrato, durevole e sostenibile</p> <p><u>3.conessioni e inclusione</u> rappresentare occasione di riconfigurazione delle connessioni tra insediamenti e territorio e di rafforzamento delle condizioni fisiche di inclusione sociale</p>



3.1.A ASPETTI SANITARI

A.1 persone - diritto alla salute

Per il Trentino, come nel resto d'Italia, si pone la sfida di rendere i servizi più vicini al cittadino, più efficaci, efficienti, equi e sostenibili, garantendo in maniera universale i livelli essenziali di assistenza (LEA). La sostenibilità futura, assieme ai cambiamenti avvenuti nella struttura della società e ai nuovi bisogni della popolazione, obbligano a modificare il sistema dell'offerta. Le modifiche da apportare al sistema hanno bisogno di condivisione, di traduzione in atti di programmazione e di partecipazione attiva da parte di molti soggetti. In sostanza, è determinante prevedere alcuni cambiamenti, per i quali è necessario un lavoro di condivisione e co-costruzione del sistema, con il coinvolgimento di tutti i soggetti del territorio (terzo settore, volontariato, privato sociale, cittadinanza). È necessario che i bisogni e le attese dei cittadini siano riconosciuti come centrali, vero punto di partenza per costruire modalità e servizi che assicurino una effettiva integrazione sociosanitaria superando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità nell'erogazione dei servizi. In questo contesto il Piano per la salute delinea una cornice strategica entro la quale si dovranno inserire scelte e azioni future.

Il Piano per la salute del Trentino è un documento strategico di indirizzo che guida le politiche provinciali che determinano un impatto sulla salute dei cittadini. Obiettivo centrale del Piano è di migliorare il benessere della popolazione e di allungare la vita vissuta in buona salute, ridurre la mortalità evitabile e prematura, diminuire le iniquità e porre la persona al centro di un sistema sociosanitario più efficace, sicuro, sostenibile ed equo. Questi obiettivi si inseriscono coerentemente nella strategia europea Health 2020 dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS) che rappresenta un utile quadro di riferimento internazionale su cui basarsi per implementare interventi specifici a livello locale. Per raggiungere questi obiettivi il Piano indica una serie di ambiti di intervento suddivisi in cinque macroaree (o macro-obiettivi). nel documento ciascuno dei macro-obiettivi viene sviluppato attraverso la descrizione del contesto trentino, l'individuazione delle problematiche principali e la proposta di possibili ambiti di intervento.

Due i punti di partenza: la definizione della salute come benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia e la consapevolezza che per promuovere e rafforzare la salute occorre intervenire su più fattori – di natura individuale, economica, sociale e ambientale – con il contributo e la partecipazione di tutti i settori della società e del governo nel suo insieme.

Tra i macro-obiettivi tematici è definito "Un sistema sociosanitario con la persona al centro - Rendere i servizi alla persona più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi". All'interno dei macro-obiettivi trasversali si cita "Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà".

La salute dovrà essere promossa investendo sulle risorse per la salute e contrastando i principali fattori di rischio, sociali ed individuali (attraverso iniziative sui singoli ma anche sul contesto di vita), e ottimizzando il sistema dei servizi. La prospettiva generale è quella di una maggiore responsabilizzazione delle istituzioni ma anche dei cittadini e delle organizzazioni della società civile che sono chiamati ad attivarsi a favore della salute e del benessere.

La questione dell'equità e del contrasto alle disuguaglianze nella salute - agendo sui determinanti sociali, sugli stili di vita e sull'accesso ai servizi - rappresenta un imperativo etico per la società nel suo insieme e deve essere quindi un obiettivo di tutte le politiche, non solo di quelle sociosanitarie. Le politiche sociosanitarie devono essere valutate rispetto al loro impatto sul divario sociale e calibrate al fine di ridurlo.

Il modello di welfare tradizionale ha subito negli ultimi anni un forte cambiamento dovuto alla crescente differenziazione dei bisogni e alla riduzione delle risorse, con la conseguente difficoltà di dare risposte



adeguate. La crisi economica, l'ampliarsi dei fenomeni d'immigrazione, i cambiamenti demografici, la disoccupazione, la vulnerabilità del ceto medio e delle relazioni familiari e sociali sono fenomeni che richiedono al sistema sociale e alla comunità adattamenti per mantenere una adeguata capacità di risposta ai bisogni. La salute non è distribuita equamente nella popolazione. Quando le differenze nello stato di salute sono causate da fattori sociali modificabili si parla di "disuguaglianze sociali nella salute". È quindi necessario sviluppare il senso di responsabilità, di fiducia, di reciprocità tra istituzioni e cittadini attraverso la promozione di comunità resilienti che valorizzino e connettano le risorse delle persone, delle famiglie, del territorio, delle istituzioni pubbliche, rafforzando i legami e le relazioni, anche con iniziative generative di responsabilizzazione e di restituzione alla comunità dei benefici ottenuti, che sviluppino e potenzino sistemi di governance territoriale aperti agli attori del territorio e ai cittadini.

Dall'esame del contesto socio-economico, epidemiologico ed organizzativo della realtà trentina e in accordo con la strategia OMS "salute 2020", due sono le finalità strategiche da perseguire per ottenere una società più sana, equa, rispettosa dell'ambiente e con maggiore partecipazione democratica:

- migliorare la salute di tutti con particolare riguardo alle disuguaglianze nella salute;
- migliorare l'organizzazione e la governance per la salute, cioè le modalità con cui le istituzioni e le altre organizzazioni sociali interagiscono, come si relazionano con i cittadini e come prendono decisioni in maniera partecipata.

È necessario cambiare paradigma e modello culturale di riferimento, andando verso un **sistema di welfare di comunità che ha bisogno dell'apporto di tutti e che, oltre a ridistribuire risorse le moltiplica, genera benefici diffusi e aumenta le capacità delle persone di far fronte agli avvenimenti difficili della vita.**

Per assicurare la sostenibilità del sistema è necessario individuare le strategie da implementare, intervenire sugli sprechi e le inefficienze, salvaguardando l'equità e la qualità dei servizi, e definire le priorità verso cui orientare le risorse in un'ottica di universalismo selettivo, per consentire l'accesso di tutti i cittadini ai servizi, differenziandoli in base ai bisogni di ciascuno. È necessario che i bisogni e le attese dei cittadini siano riconosciute come centrali, vero punto di partenza per costruire modalità e servizi che assicurino una integrazione istituzionale consapevole fra i molteplici livelli. Occorre superare la frammentazione degli interventi e garantire continuità nell'erogazione dei servizi. È necessario ridefinire con chiarezza il ruolo del pubblico e del privato, che devono concorrere a costruire un sistema articolato di risposte ai cittadini, dando concretezza al principio di sussidiarietà.

L'umanizzazione delle cure – intesa come approccio olistico e attenzione ai bisogni delle persone (fisici, psicologici, sociali e relazionali) – è essenziale. Essa si sostiene non solo attraverso la formazione del personale, l'organizzazione di equipe multidisciplinari e in rete, l'attivazione di un unico referente clinico per l'intero percorso di cura, ma anche garantendo accoglienza e comfort nelle strutture sanitarie (informazione, orientamento, semplicità delle procedure cliniche e organizzative, orari, spazi, logistica, tutela della privacy, ecc).

"Garantire a tutti l'accesso a servizi sanitari e di cura efficaci e di qualità, contrastando i divari territoriali" è obiettivo provinciale di sostenibilità per l'area Salute e servizi sanitari della Strategia provinciale per lo Sviluppo Sostenibile - SproSS, approvata dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1721 del 15 ottobre 2021. La visione con orizzonte al 2040 per un Trentino sostenibile rispetto a questa tematica raffigura un sistema sanitario in grado di rispondere integralmente ai bisogni psico-fisici delle persone garantendo il diritto alla salute, intesa come "stato di totale benessere fisico, mentale e sociale", di tutta la popolazione ed intervenendo in maniera incisiva a favore delle categorie svantaggiate. Un sistema che pone "la persona al centro" dei propri sforzi organizzativi dove i bisogni e le attese dei cittadini sono riconosciuti come punto di partenza per costruire e rivedere modalità e servizi che assicurino una effettiva integrazione sociosanitaria, grazie anche allo sviluppo di forme solidaristiche essenziali per la promozione della salute, con l'obiettivo di rallentare il processo di invecchiamento della popolazione ed incrementare gli anni di vita in buona salute della popolazione.



Tra le proposte/strategie concrete da attuare entro il 2030 per rendere possibile il 2040 immaginato, relativamente all'obiettivo in esame, si elencano:

- Promuovere nuovi modelli tecnologico-organizzativi che sostengano servizi sanitari più vicini al cittadino, un approccio stepped care e di medicina di iniziativa migliorando l'approccio clinico, i relativi servizi e l'organizzazione sanitaria e i percorsi (journey) dei pazienti.
- Prevedere, per ogni progetto o intervento in ambito sanitario, la valutazione dell'impatto sulle disuguaglianze sociali, di genere e sulla discriminazione.
- Riorganizzare l'assistenza territoriale valorizzando la multiprofessionalità, allo scopo di assicurare la presa in carico precoce ed integrata dei pazienti fragili e con cronicità.
- Sviluppare pienamente la L.P. n. 13/2007 che prevede all'art. 36 "Figure professionali sociali e socio-sanitarie" con particolare riferimento alle figure professionali sociali e socio-sanitarie (assistenti sociali, educatori professionali, psicologi ed operatori socio-sanitari).
- Sviluppare un programma provinciale dell'invecchiamento attivo con iniziative in rete (servizi socio-sanitari, associazioni, circoli anziani, Università della terza età e del tempo disponibile, ACLI, organizzazioni sindacali dei pensionati...) con interventi su partecipazione, sicurezza economica e salute, inclusi in un più ampio programma di prevenzione con l'obiettivo di "aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita".
- Rafforzare il ruolo di medico come interlocutore per evitare l'ospedalizzazione nei casi non necessari e favorire la salute di lungo periodo del paziente dando rilievo alle cause del malessere oltre che alla cura dei sintomi.
- Rendere più accessibili i servizi sanitari ai cittadini, semplificando gli aspetti burocratici e la comunicazione.
- Favorire l'inclusione sociale e l'autonomia alle persone disabili e a mobilità ridotta, attraverso sostegno economico e un adeguamento delle strutture urbanistiche-architettoniche.
- Rafforzare l'inclusione sociale e la formazione della componente multietnica delle operatrici impegnate nei compiti di cura migliorando la loro professionalità e la qualità del servizio all'utenza.

A.2 rete e relazioni

Nella provincia di Trento il servizio ospedaliero è una funzione organizzativamente unitaria, articolata su sette presidi secondo il **modello dell'ospedale policentrico**, fortemente integrato con il territorio e l'assistenza distrettuale e in raccordo con la Scuola di Medicina e Chirurgia di Trento. L'obiettivo è quello di valorizzare, in sinergia con l'offerta delle strutture private accreditate, la prossimità al cittadino dei servizi territoriali e ospedalieri, approntando risposte organizzative e gestionali diversificate in relazione ai bisogni di salute espressi dai diversi ambiti territoriali.

L'attuale rete ospedaliera aziendale è articolata su Trento, Rovereto, Cles, Cavalese, Tione, Arco, Borgo Valsugana. Il servizio sanitario provinciale si avvale inoltre di sette strutture ospedaliere private accreditate: Casa di cura Solatrix a Rovereto, Ospedale classificato San Camillo e Villa Bianca a Trento, Casa di cura Regina, Casa di cura San Pancrazio e Casa di cura Eremo ad Arco.

Per quanto riguarda gli ospedali di valle (Cles, Cavalese, Tione, Arco, Borgo Valsugana), è prevista la valorizzazione attraverso specifici mandati elettivi, in condivisione con APSS, con l'obiettivo di individuare specificità territoriali, in stretto raccordo con l'assistenza distrettuale e con la Scuola di Medicina e Chirurgia, a garanzia dei volumi di attività e degli esiti in termini di qualità e di sicurezza dei processi di erogazione.

L'assistenza sanitaria territoriale è erogata sotto la regia dei distretti sanitari.

Nell'individuazione degli ambiti territoriali dei distretti sanitari, secondo quanto previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 2405 del 30 dicembre 2021, si è ritenuto di seguire un approccio diretto e di privilegiare, piuttosto che l'estensione territoriale, l'accessibilità ai servizi, sulla base della consistenza



dell'attuale offerta, il raccordo con le reti professionali locali, nonché l'omogeneità, all'interno degli stessi, della popolazione residente e della sua composizione.

Con particolare riferimento al distretto sanitario est, esso insiste su un ambito territoriale afferente alle Comunità Alta Valsugana e Bersntol, Valsugana e Tesino, Primiero, Comun General de Fascia, Val di Fiemme, Valle di Cembra.

In attuazione del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", il macro-modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza distrettuale/territoriale del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento è stato definito con la deliberazione della Giunta provinciale n. 223 del 10 febbraio 2023.

Nell'ambito della Missione 6 del PNRR e del piano operativo provinciale per la sua attuazione, all'interno della componente 1 (prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale), accanto allo sviluppo della telemedicina e dell'assistenza domiciliare, è prevista la realizzazione di 10 Case della comunità, di 5 Centrali operative territoriali (COT) e di 3 Ospedali di comunità.

La Casa della comunità è la struttura territoriale alla quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria che prevede un modello di intervento multidisciplinare; al suo interno si troveranno équipe multiprofessionali composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri e psicologi.

Con particolare riferimento alle dieci Case della comunità programmate in provincia di Trento, nell'ambito territoriale del distretto est sono previste case di comunità hub a Sèn Jan di Fassa, Predazzo, Borgo Valsugana, Pergine Valsugana. Si prevede che esse siano operative (Target Pnrr) entro il primo trimestre 2026 nel rispetto degli standard organizzativi del DM 77/2022 (una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti).

Le Centrali Operative Territoriali - COT sono centrali di coordinamento per la presa in carico dei bisogni di salute del paziente, uno snodo di raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi ambiti assistenziali che ha lo scopo di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria offerta sul territorio.

Con particolare riferimento alle 5 Centrali operative territoriali programmate, sul distretto est ne è prevista una a Pergine Valsugana; il dimensionamento delle Centrali operative territoriali è stato valutato sulla base della previsione di una COT ogni 100.000 abitanti.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Nell'ambito della Missione 6 del PNRR nel distretto est è prevista la realizzazione di un Ospedale di comunità a Pergine Valsugana (Target Pnrr), entro il primo trimestre 2026.

Anche la rete dell'assistenza domiciliare è ben diffusa su tutto il territorio provinciale in coerenza con gli standard del DM n. 77/2022, così come la rete delle cure palliative.

La rete dei consultori prevede in provincia di Trento 12 consultori: in particolare nell'ambito territoriale del distretto est sono attivi uno a Borgo Valsugana, uno a Cavalese, uno a Pergine Valsugana e uno a San Martino di Castrozza.

Se per rete è possibile riferirsi alla programmazione e alle disposizioni di Provincia e Azienda sanitaria, alle strutture ed ai presidi esistenti e in via di realizzazione con le funzioni che questi ospitano in ragione del modello di "ospedale policentrico", con relazioni si richiamano tutte quelle attività anche private e realtà associazionistiche e cooperative che la presenza dell'ospedale ha direttamente o indirettamente indotto o agevolato.



Nelle relazioni è centrale il ruolo del **volontariato**, la diffusione dell'associazionismo è sicuramente da sostenere e valorizzare ma, nell'ottica di una delocalizzazione dell'attuale ospedale, è soprattutto da tutelare.

Per quanto attiene le attività private, in ambito sanitario, si riporta come la presenza di farmacie, ambulatori, studi medici e cliniche concorrano con la funzione pubblica per l'offerta di servizi sanitari accessibili e diffusi sul territorio.

Senza programmazione né costi a carico della spesa pubblica, le relazioni supportano concretamente il sistema sociosanitario, sgravano il personale sanitario e alleggeriscono pressioni e incombenze di pazienti e loro famigliari.

A.3 struttura ospedaliera

Nel 2001 la Commissione ministeriale multidisciplinare voluta dall'allora Ministro della Sanità, Umberto Veronesi, e presieduta dall'architetto Renzo Piano, ha formulato alcuni principi guida per un **Nuovo Modello di Ospedale**:

- 1) Umanizzazione: Il malato deve essere posto in un ambiente a misura d'uomo, sicuro e confortevole, in cui sia garantita la privacy. Deve essere informato e guidato. Non deve vivere a stretto contatto con gli altri malati. Deve avere la possibilità di ricevere le visite di parenti e amici a qualsiasi ora.
- 2) Urbanità: L'ospedale non deve essere avulso dal centro cittadino, ma piuttosto diventare un prolungamento della città, cioè essere un 'ospedale aperto'.
- 3) Socialità: All'interno dell'ospedale si riscoprono valori ormai considerati del passato, come solidarietà, senso di appartenenza e interdipendenza.
- 4) Organizzazione: Elevata efficacia della diagnosi, della terapia e della riabilitazione, e un diffuso senso del benessere all'interno dell'ospedale.
- 5) Interattività: Il percorso clinico-diagnostico inizia con la prima visita presso il medico di famiglia e continua lungo le diverse componenti del sistema sanitario, secondo una logica di continuum assistenziale, che può portare alla fine al ricovero in ospedale.
- 6) Appropriatezza: Le cure devono rispondere alle reali esigenze del malato e il ricovero va riservato ai pazienti acuti e non autosufficienti. Per tutti gli altri si deve ricorrere al day hospital o all'ambulatorio.
- 7) Affidabilità: Da questo principio, che contempla la capacità diagnostico terapeutica, la sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica e igienica, dipendono la tranquillità e la fiducia verso l'ospedale.
- 8) Innovazione: L'ospedale deve essere flessibile, pronto a cambiare a seconda delle esigenze sotto tutti i punti di vista: terapeutico, tecnologico, organizzativo e formale.
- 9) Ricerca: L'ospedale deve essere centro di ricerca clinico-scientifica che, favorendo il continuo aggiornamento e adeguamento alle ultime novità, moltiplica le capacità assistenziali.
- 10) Formazione: L'ospedale deve essere un luogo di aggiornamento continuo, professionale e culturale, per medici interni ed esterni, infermieri, tecnici e chi si occupa della gestione.

L'ospedale di oggi

L'Ospedale di Cavalese è un ospedale a valenza territoriale della rete ospedaliera provinciale ed è riferimento per il completamento dei servizi e delle prestazioni offerte alla popolazione. La struttura è costituita da vari corpi di fabbrica realizzati in tempi successivi a partire dal 1955 ed ha una superficie complessiva dell'immobile pari a 16.500 mq lordi per un'area di totali mq 20.660 di cui alle particelle p.ed. 1212 (18.251mq) e p.ed. 1214/2 (2.409mq). Le dotazioni dell'attuale struttura ospedaliera sono definite dalla deliberazione del Direttore Generale 92/2023 dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari come di seguito riportato.



Dipartimento	U.O. Operativa	Ricovero ordinario		Dh/Ds	Tot	Obi	Tecnici	Tot
		Totali	di cui PL di Semi/Sub/Alta Intensità					
U.O. Medicina Interna	Alta Intensità	3	3		3			3
	Media Intensità	35		4	39	6	3	48
01 - Dipartimento Medico Totale		38	3	4	42	6	3	51
U.O.M. Nefrologia e Dialisi	Dialisi						7	7
02 - Dipartimento Medico Specialistico Totale							7	7
U.O. Chirurgia Generale	Chirurgia generale	8		1	9	1	1	11
03 - Dipartimento Chirurgico Totale		8		1	9	1	1	11
U.O. Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	8		3	11	1	1	13
04 - Dipartimento Ortopedico Traumatologico Totale		8		3	11	1	1	13
U.O.M. Pediatria	Nido						6	6
	Pediatria			1	1	2		
08 - Dipartimento transmurale Pediatrico Totale				1	1	2	6	9
U.O. Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia	6		1	7		1	8
09 - Dipartimento transmurale Ostetrico-Ginecologico Totale		6		1	7		1	8
TOTALE OSPEDALE		60	3	10	70	10	19	99

Le attività dell'attuale ospedale sono di seguito riportate in termini di principali indicatori per unità operativa.

La UOC di **Medicina Interna** dispone di 38 posti letto per i ricoveri ordinari e 4 posti letto dedicati al Day Hospital. Nel corso del 2022 il numero dei degenti (pazienti iniziali + ammessi + trasferiti) è stato di 1433 (1301 ricoveri ordinari e 132 DH). Tale dato si presenta in lieve aumento nel 2023 con 1475 degenti (1315 ricoveri ordinari e 160 DH). Per quanto riguarda i pazienti Dimessi il confronto tra i due anni mostra dati sostanzialmente sovrapponibili con 1404 dimessi (di cui 190 fuori PAT) nel 2022 e 1429 dimessi (di cui 186 fuori PAT) nel 2023. Il numero totale delle giornate di degenza è stato di 11.050 nel 2022 e 11.132 nel 2023 con una degenza media stabile per i due anni di 8.5 giorni. Per quanto riguarda il tasso di occupazione dei posti letto è rimasto stabile intorno a 80% per i ricoveri ordinari con un intervallo di Turnover di 2.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri ordinari	2023	2022
EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	228	202
SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	147	129
INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	69	100
ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	53	26



EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	47	42
INSUFFICIENZA RENALE	46	61
MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETÀ > 17 ANNI	28	41
EMBOLIA POLMONARE	23	21
DIABETE, ETÀ > 35 ANNI	23	9
INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	23	16

Nel 2022 le principali patologie per cui i pazienti sono stati sottoposti a ricovero ordinario sono: edema polmonare e insufficienza respiratoria (n 202); setticemia (n 129); insufficienza cardiaca e shock (n 100) e insufficienza renale (n 61). Nel 2023 risultano invece le seguenti: edema polmonare e insufficienza respiratoria (n 228); setticemia (n 147); insufficienza cardiaca e shock (n 69) ed emorragia intracranica (n 47).

La principale causa per cui si effettuano ricoveri in Day Hospital risultano essere le patologie oncologiche seguite dalle anomalie dei globuli rossi in entrambi gli anni presi in esame.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri diurni	2023	2022
CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	121	97
ALTRI DRG	25	24
ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	10	8
NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1	0
OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE CON CC	1	1
EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	0	0
SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	0	0
INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	0	0
EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	0	0
INSUFFICIENZA RENALE	0	0
MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETÀ > 17 ANNI	0	0

La UOC di **Chirurgia Generale** dispone di 8 posti letto (1 in più rispetto al 2022) per i ricoveri ordinari e 1 posto letto dedicato al Day Hospital. Nel corso del 2022 il numero dei degenti è stato di 666 (271 ricoveri ordinari e 395 DH). Tale dato presenta un trend in lieve aumento nel 2023 con 691 degenti (295 ricoveri ordinari e 396 DH). Tale trend in aumento si conferma nelle dimissioni con 651 dimessi (di cui 101 fuori PAT) nel 2022 e 670 dimessi (di cui 118 fuori PAT) nel 2023. Il numero totale delle giornate di degenza è stato di 835 nel 2022 e 831 nel 2023 con una degenza media di 3.1 giorni ne 2022 e 2.8 nel 2023. Per quanto riguarda il tasso di occupazione dei posti letto è diminuito passando dal 32.8% del 2022 al 28.5% del 2023 con un intervallo di Turnover compreso tra 6 e 7.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri ordinari	2023	2022
STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETÀ > 17 ANNI CON CC	23	12
STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	21	20
ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	21	19
MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	15	11
INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	15	37



PNEUMOTORACE SENZA CC	11	9
INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	8	4
PNEUMOTORACE CON CC	8	3
INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	7	4
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	7	1

Nel 2022 le principali patologie per cui i pazienti sono stati sottoposti a ricovero ordinario sono: interventi sulla mammella (n 37); stato soporoso/coma di origine traumatica nel paziente adulto (n 32); esofagite/gastroenterite (n 19) e malattie delle vie biliari (n 11). Nel 2023 risultano invece le seguenti: stato soporoso/coma di origine traumatica nel paziente adulto (n 44); esofagite/gastroenterite (n 21) e malattie delle vie biliari (n 11); interventi sulla mammella (n 15) e pneumotorace.

Nel 2022 le principali patologie per cui i pazienti hanno effettuato un Day Surgery sono: interventi per ernia inguinale e femorale (n 195); interventi su ano e stoma (n 75); colecistectomia laparoscopica (n 35); interventi per ernia (esclusa inguinale e femorale) (n 33) e interventi perianali e pilonidali (n 17). Nel 2023 risultano invece le seguenti: interventi per ernia inguinale e femorale (n 163); interventi su ano e stoma (n 78); interventi per ernia (esclusa inguinale e femorale) (n 44); interventi perianali e pilonidali (n 41) e colecistectomia laparoscopica. (n 38)

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri diurni	2023	2022
INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	163	195
INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	78	75
INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	44	33
INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	41	17
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	38	35
ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	8	12
ALTRI DRG	7	13
ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	4	4
TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	4	5
LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	3	0
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	2	1

La UOC di **Ortopedia e Traumatologia** dispone di 8 posti letto per i ricoveri ordinari e 3 posti letto dedicati al Day Hospital. Nel corso del 2022 il numero dei degenti è stato di 1110 (738 ricoveri ordinari e 372 DH). Possiamo notare una lieve riduzione nel 2023 con 1047 degenti (711 ricoveri ordinari e 336 DH). Tale trend in riduzione si conferma nelle dimissioni con 1100 dimessi (di cui 284 fuori PAT) nel 2022 e 1033 dimessi (di cui 278 fuori PAT) nel 2023. Il numero totale delle giornate di degenza è stato di 1981 nel 2022 e 1937 nel 2023 con una degenza media di 2.7 giorni nei due anni. Per quanto riguarda il tasso di occupazione dei posti letto è diminuito passando dal 68% del 2022 al 66.5% del 2023 con un intervallo di Turnover di circa 1.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri ordinari	2023	2022
SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	190	209
INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERIO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	156	175
ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE CON CC	67	43



INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	62	66
INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	34	51
ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	25	22
FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	23	15
SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	15	11
INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	15	16
INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E Omero ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	11	8
INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	11	5

Nel 2022 le principali patologie per cui i pazienti sono stati sottoposti a ricovero ordinario sono: sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori (n 209); interventi su arto inferiore (eccetto anca, piede, femore) (n 175); interventi su anca e femore (n 66); interventi su spalla, gomito, avambraccio (n 51) e escissione/rimozione di mezzi di fissazione interna (eccetto anca e femore) (n 43). Nel 2023 risultano invece le seguenti: sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori (n 190); interventi su arto inferiore (eccetto anca, piede, femore) (n 156); escissione/rimozione di mezzi di fissazione interna (eccetto anca e femore) (n 67); interventi su anca e femore (n 62) e interventi su spalla, gomito/avambraccio (n 34).

Nel 2022 le principali patologie per cui i pazienti hanno effettuato un Day Surgery sono: interventi del ginocchio (n 150); interventi su spalla, gomito/avambraccio (n 49); escissione locale/rimozione mezzi di fissazione interna (n 45); interventi su piede (n 21); e interventi sui tessuti molli (n 20). Nel corso del 2023 si sono rilevate le seguenti patologie: interventi del ginocchio (n 123); interventi su spalla, gomito/avambraccio (n 53); sbrigliamento della ferita e trapianto cutaneo per malattie del muscolo scheletrico e connettivo (n 46); interventi su piede (n 28); e interventi sui tessuti molli (n 21).

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri diurni	2023	2022
INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	123	150
INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	53	49
SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	46	16
INTERVENTI SUL PIEDE	28	21
INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	21	20
INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	20	20
INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	12	12
INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	6	7
ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE CON CC	5	45
ALTRI DRG	5	8
ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	5	5

La UOC di **Ostetricia e Ginecologia** dispone di 6 posti letto per i ricoveri ordinari e 1 posto letto dedicato al Day Hospital. Nel corso del 2022 il numero delle degenti è stato di 213 (141 ricoveri ordinari e 72 DH) mantenendo una sostanziale stabilità nel 2023 con 214 degenti (145 ricoveri ordinari e 6 DH). Tale trend di stabilità viene confermato nelle dimissioni con 213 dimessi (di cui 16 fuori PAT) nel 2022 e 211 dimessi (di



cui 6 fuori PAT) nel 2023. Il numero totale delle giornate di degenza è stato di 412 nel 2022 e 455 nel 2023 con una degenza media di circa 3 giorni nei due anni (2.9 giorni 2022 vs 3.1 giorni 2023). Per quanto riguarda il tasso di occupazione dei posti letto è aumentato passando dal 18.9% del 2022 al 20.8% del 2023 con un intervallo di Turnover di circa 12.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri ordinari	2023	2022
PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	107	109
PARTO CESAREO SENZA CC	22	22
PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	5	1
FALSO TRAVAGLIO	3	3
ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	1	2
PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1	0
DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	1	1
PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1	0
MINACCIA DI ABORTO	1	0

Nel corso del 2022 si sono registrati 109 parti vaginali non complicati, 22 cesarei, 1 parto vaginale con diagnosi complicante, 3 falsi travagli e 2 aborti. Nel 2023 i dati pervenuti sono i seguenti: 107 parti vaginali non complicati, 22 cesarei, 5 parti vaginali con diagnosi complicanti, 1 parto vaginale con sterilizzazione e/o raschiamento, 3 falsi travagli e 2 aborti e 1 minaccia di aborto.

Le principali cause di accesso in Day Hospital sono dovute a dilatazione e raschiamento/conizzazione e disturbi mestruali in entrambi gli anni in esame.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri diurni	2023	2022
DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	38	54
DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	11	4
ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	6	0
ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	5	3
INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3	1
INTERVENTI SU VAGINA, CERVIC E VULVA	2	4
PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	1	0
PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	1	0
DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	1	1
ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	1	4
PARTO CESAREO SENZA CC	0	0

La UOC di **Pediatria Multizonale** non dispone di posti letto per i ricoveri mentre è prevista una postazione dedicata ad un eventuale Day Hospital. Nel corso del 2022 il numero delle degenti è stato di 133 (e 133 dimessi di cui 14 fuori PAT), stabile rispetto al 2023 con 137 degenti (135 dimessi di cui 5 fuori PAT) Il numero totale delle giornate di degenza è stato di 353 nel 2022 e 388 nel 2023 con una degenza media di circa 2.7 giorni nel 2022 e 2.8 giorni nel 2023.

Principali diagnosi in ordine decrescente - ricoveri ordinari	2023	2022
---	------	------



NEONATO NORMALE	128	130
NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	6	3
MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ < 18 ANNI	1	0

L'ospedale di domani

La struttura del nuovo ospedale deve essere caratterizzata dalla flessibilità, favorita dalla modularità delle soluzioni edilizie e impiantistiche adottate nonché concepita con la logica dell'intensità di cura e le soluzioni architettoniche distributive dovranno risultare coerenti con tale modello organizzativo. Le strutture fisiche e quelle organizzative dovranno essere tali da consentire progressivi adattamenti alle eventuali future esigenze o organizzazioni di carattere sanitario.

Particolarmente rilevante è inoltre la trasformazione organizzativa in atto da Azienda sanitaria (ospedaliera e territoriale) ad Azienda Sanitaria Universitaria Integrata con la necessità di identificare il nuovo ospedale come sede di formazione policlinica.

Coerentemente con la mission del Servizio Ospedaliero Provinciale, oltre a disporre di un'offerta specialistica e di servizi diagnostici di 1° livello, il nuovo ospedale deve poter rispondere alle esigenze di diagnosi e cura di base ed avere la possibilità di accogliere i pazienti trasferiti per la centralizzazione delle patologie più complesse, consentendo quindi una degenza post acuti con riabilitazione ed eventuale lungodegenza. La dotazione tecnico strutturale da prevedere dovrà quindi tener conto delle seguenti funzioni:

- Accettazione/Pronto Soccorso (con bacino d'utenza maggiorati nelle stagioni turistiche)
- Osservazione Breve
- Blocco Operatorio, con sala idonea per attività ostetrica-ginecologica e servizi di supporto
- Degenza per acuti
- Area per residenzialità post-acuzie
- Servizi diagnostici (Radiologia, laboratorio, poliambulatorio...)
- Servizi di cura (Day Hospital, Day Surgery, Medicina Fisica Riabilitazione, Dialisi)
- Servizi di supporto (cucina, mensa, magazzini, spogliatoi, armadio farmaceutico)

Per quanto riguarda il modello organizzativo che si ritiene possa essere adatto a gestire con la massima efficienza dette funzioni, deve prevedere la concentrazione delle esigenze assistenziali in un'unica area articolata per intensità di cure.

Il risultato complessivo sarà quindi un ospedale interamente organizzato per intensità di cure con un'area di degenza unica dove i pazienti si distinguano per la complessità e i bisogni di assistenza e non per patologia, consentendo di fatto l'ottimizzazione delle risorse umane infermieristiche ed assistenziali.

Considerando che la risposta ai bisogni complessivi di salute della popolazione è la sommatoria di forme diverse di intervento, al concetto di progressione delle cure corrisponde quello di assistenza per intensità di bisogno e l'ospedale rappresenta solo una parte delle possibilità offerte pur costituendo per molte situazioni lo snodo verso altre e differenziate modalità di risposta ai bisogni di salute della popolazione. La nuova struttura dovrà quindi essere concepita come un'entità modulare in cui le funzioni si articolino in spazi diversi, ma collegati anche fisicamente fra loro, consentendo al cittadino il passaggio semplice e chiaro da unità a bassa complessità tecnologica e assistenziale (ambulatori) ad elementi a maggiore necessità assistenziale e limitato contenuto tecnologico fino al livello a più alto contenuto tecnologico ed assistenziale, e viceversa.

Si può quindi immaginare che il percorso del paziente (l'accesso dell'utente ai servizi sanitari), possa avvenire attraverso le articolazioni territoriali ovvero attraverso il P.S. per problemi acuti, da dove, dopo



opportuno processo diagnostico, potrà tornare a domicilio, essere ricoverato in osservazione breve (O.B.) o nelle degenze ovvero gestito attraverso le altre articolazioni assistenziali territoriali per il tramite delle COT. Per dare senso strutturale alla progressione delle cure in ospedale, l'Osservazione Breve dovrebbe collocarsi a ridosso delle degenze per acuti e complanare a queste. Tale scelta deriva dalla necessità di poter gestire al meglio i settori di degenza critici, in considerazione delle minimali risorse mediche e infermieristiche a disposizione dell'Ospedale.

È intuitivo che questo tipo di assetto consentirebbe di rispondere meglio anche alle forti oscillazioni delle presenze di pazienti legate all'andamento dei ricoveri chirurgici, senza gli obblighi derivanti dalla gestione della week-surgery perfetta. Concretamente, quindi, dovrebbe esserci un settore ospedaliero di degenze ad orario continuato ed un settore improntato al ciclo diurno DH e DS, sarebbe pertanto opportuno poter disporre le degenze su un unico piano, possibilmente in contiguità con il Pronto Soccorso, in modo quindi da concentrarvi il maggior carico assistenziale.

Ne deriva che i servizi di supporto diagnostico per immagini, che pure dovrebbero essere collocati in vicinanza, siano disposti su un piano diverso (immediatamente inferiore o superiore). Anche il blocco operatorio, che idealmente dovrebbe trovare collocazione sullo stesso piano delle degenze chirurgiche (sia per ragioni di funzionalità sia per limitare le più costose movimentazioni verticali), dovrà essere previsto su un piano diverso.

In proposito rivestono un ruolo determinante anche le scelte impiantistiche, anche in termini di ripercussioni gestionali; la componente telematica ed informatica dovranno ad esempio consentire la connettività con altre strutture in modo da garantire lo scambio di conoscenze ed il supporto alla componente medica.

Le esigenze rappresentate nella tabella sotto riportata sono una sintesi dei principali requisiti strutturali da considerare per la progettazione del nuovo ospedale per le valli Fiemme e Fassa. I requisiti indicati devono essere integrati con i requisiti per l'autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art.43 della L.P. n.3/1998 ss.mm. e relativo Regolamento di attuazione (deliberazione G.P. n. 3403/2002 e successivi aggiornamenti) nonché le regole tecniche di settore.

SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E DISTRETTUALI	DETTAGLIO dei PRINCIPALI LOCALI/ATTIVITA' N.B. 1. sono indicati solo i locali principali e non quelli di supporto, le attese, i servizi, ecc. 2. per "postazione" si intende postazione di lavoro con scrivania	VINCOLI di localizzazione e/o REQUISITI particolari	SUPERFICIE mq lordi indicativi. Sono esclusi il connettivo (corridoi, scale, ascensori, ecc.) e gli spazi tecnici per impianti
Pronto Soccorso	n.1 amb. urgenze (shock room) n.2 amb. area medica n.2 amb. area chirurgica n.4 p.l. (2 stanze con wc) di osservazione breve n.1 locale portineria notturna con una postazione	Collocare vicino a Radiologia (prioritario) e area degenze per dare contiguità all'osservazione breve (possibilmente) e reparto operatorio (possibilmente)	850
Trentino emergenza - 118	n.1 locale centrale di controllo n.1 locale sosta personale	Integrato nel Pronto Soccorso	
Continuità assistenziale (guardia medica)	n.1 ambulatorio n.1 stanza con wc	Contiguo al Pronto Soccorso	
Degenza	Area medica 44 p.l. Area chirurgica 32 p.l.	Da valutare l'organizzazione per	A. medica 1300 A. chirur. 950



	<p>Area materno-infantile 8 p.l. Dialisi 12 p.l. n.3 ambulatori per l'area medica n.3 ambulatori per l'area chirurgica n.1 ambulatorio per la dialisi</p>	<p>intensità di cura. 22 Stanze predisposte per 2 p.l. con wc (24 stanze per l'area medica; 17 per l'area chirurgica) 2 stanze singole in medicina per eventuali isolamenti Stanze singole di dimensioni adeguate per l'area materno-infantile Dialisi con 12 p.l. in unica stanza In termini di gestione infermieristica l'area medica è divisa in due sezioni e l'area chirurgica in una sezione</p>	<p>A. materno-inf. 520 Dialisi 380</p>
D.H. Oncologico	<p>n.2 stanze n.1 attesa (8 pazienti/die con picco 12 pazienti/die) n.1 locale infermieri n.1 ambulatorio n.1 ufficio con una postazione</p>	<p>requisiti stanze come degenza ordinaria 2pl</p>	<p>310</p>
Reparto Operatorio	<p>n.2 sale operatorie ordinarie n.1 sala gessi con requisiti da sala operatoria n.1 sala preparazione-risveglio a 4 p.l. Spazi a supporto travaglio/parto 1 sala parto/cesarei n.1 deposito presidi 35 mq n.1 deposito strumentario 35 mq</p>	<p>Collocare contigua alla Centrale Sterilizzazione (prioritario) e all'area chirurgica (possibilmente) Separazione percorsi "pulito e sporco"</p>	<p>600</p>
Interventistica ambulatoriale	<p>n. 1 amb. di endoscopia n.1 amb. piccoli interventi n.2 stanze preparazione/osservazione n.1 lavaggio n.1 deposito pulito n.1 ufficio con una postazione</p>	<p>Area possibilmente delimitata e collocata in prossimità all'area delle degenze chirurgiche</p>	<p>300</p>
Servizio di sterilizzazione	<p>Centrale con aree separate per lavaggio-disinfezione, confezionamento, sterilizzazione-stoccaggio</p>	<p>Collocare contigua al Reparto Operatorio</p>	<p>150</p>
Radiologia diagnostica	<p>n.1 TAC n.1 RM n.1 ECO con wc n.2 Diagnostiche di cui una con wc n.1 ortopantomografo</p>	<p>Collocare contigua al pronto Soccorso</p>	<p>700</p>



Area di recupero e rieducazione funzionale	n.3 Palestre n.4 box terapie fisiche n.1 box lavaggio n.1 locale laser terapia n.1 ufficio con una postazione		310
Laboratorio analisi	Suddiviso in n. 3 aree (area chimico clinica, area coagulazione, area urine)		200
Centro Prelievi	n. 100 utenti/die n.3 box prelievo n.1 ambulatorio visita	In prossimità dell'ingresso dell'ospedale, Attesa dedicata	210
Unità Raccolta Sangue	n.4 poltrone prelievo		260
Ambulatori specialistici	n. 1 segreteria n.1 cardiologia n.1 pneumologia n.2 diabetologia n.2 medicina n.2 ortopedia n.1 chirurgia n.1 ginecologia n.1 eco n.2 infermieristici territorio n.2 assistente sociale n. 1 spazio riunioni UVM per 6-8 persone n. 1 ufficio segreteria UVM per 2 postazioni n.1 oculistica n.1 otorino n.1 dermatologia n.1 Sala UV per fototerapia n.1 multidisciplinare n.1 patenti n.1 alcologia n. 2 studi multiuso per esigenze varie n.1 vaccinazioni n.1 neuropsichiatria infantile n.1 Palestra neuropsichiatria infantile n.2 logopedia n.2 psicologia	In prossimità dell'ingresso dell'ospedale	1100
Uffici medici unità operative	n. 9 per direttori con tavolo riunione n. 10 a due postazioni per area medica n. 12 a due postazioni per area chirurgica n 1 studio per anestesisti		810
Uffici Servizi Amministrativi	n.1 Ufficio Casse a quattro postazioni n 1 portineria centrale con due	In prossimità dell'ingresso dell'ospedale	270



	<p>postazioni n.1 centralino con due postazioni n.1 Ufficio prestazioni a due postazioni n.1 Ufficio Farmacia a due postazioni n.1 Ufficio rimborsi esteri a due postazioni n.2 Ufficio ragioneria a due postazioni n. 2 Uffici per capo ufficio amministrativo</p>		
<p>Uffici Direzione di Struttura Ospedaliera, Direzione di Distretto Est e Servizio per le professioni sanitarie</p>	<p>n.2 per direttori con tavolo riunione n. 10 a due postazioni n1 studio 5 postazioni per segreteria integrata n.1 sala riunioni con tavolo 10 persone n1 studio per dirigente medico di DMO n. 2 studi per 2 dirigenti medici territorio</p>		400
<p>Uffici tecnici: Gestione Immobili, Ingegneria clinica e Sistemi informativi</p>	<p>n.3 uffici a due postazioni lavoro</p>		90
<p>Area Manutentori: magazzini APSS e spazi per ditte esterne</p>	<p>n.2 uffici da due postazioni n.1 magazzino materiale elettrico 30 mq n.1 magazzino materiale idraulico 30 mq n.1 magazzino materiale edile 30 mq n.1 magazzino attrezzature informatiche 30 mq n.1 magazzino ingegneria clinica 30 mq</p>		210
<p>Deposito medicinali e presidi sanitari</p>			220
<p>Deposito economato</p>			100
<p>Deposito Dialisi/Osmosi</p>			100
<p>Servizio guardaroba e disinfezione</p>	<p>n.1 ufficio a due postazioni n.1 lavanderia n.1 deposito sporco n.1 guardaroba</p>		150
<p>Servizio pulizie</p>	<p>n.1 ufficio a due postazioni n.1 lavanderia n.1 deposito carrelli n.1 deposito materiale consumo</p>		100
<p>Spogliatoi personale</p>	<p>Medici: 25 femm, 25 maschi Personale sanitario: 135 femm, 30 maschi TE-118: 8 maschi</p>		310



	Ditte esterna pulizie: 30 femm Servizi generali:5 femm, 22 maschi		
Cucina	max n.130 coperti a pranzo		350
Mensa	n.40 posti a sedere		200
Deposito prodotti alimentari	in relazione a quanto sopra con celle frigorifere		150
Area per sosta reperibili	n.4 stanze singole con wc n.7 stanze doppie (letti singoli) con wc		330
Spazio ristoro	Con distributori di bevande		30
Spazio bambini	Con giochi vari		30
Sale riunioni	n.1 sala con tavolo per 10 persone (25 mq) n.1 sala con 50 sedute (90 mq)		120
Servizi Religiosi	Cappella cattolica e sala multiconfessionale		60
Servizio Mortuario	n.1 sale sosta salme per 4 lettini n.1 camera ardente per 4 salme n.1 sala autoptica n.1 locale con 3 celle frigo salme		250
Archivi			200
			TOT. parziale 12'620 mq
Isola ecologica			120
SERVIZI ATTUALMENTE ESTERNI ALL'OSPEDALE DA REINSERIRE			
Consultorio	n.1 accettazione n.1 ambulatorio ginecologico n. 1 ambulatorio ostetrico n. 1 studio psicologo n.1 sala riunioni da 10 persone n.1 ufficio assistenti sociali con due postazioni n. 1 sala per corsi nascita di 50 mq		100
Centro Salute Mentale			150
RESIDENZIALITA' POST- ACUZIE			
Funzionalità da precisare meglio nei contenuti in fase di sviluppo del progetto.	n. 20 letti (prima indicazione – da rivalutare)	Facile accessibilità da parte del personale sanitario territoriale, specialmente nel caso siano previsti anche letti a “gestione territoriale” da parte dei Medici di medicina generale	740
			TOT. 13'730 mq

Le esigenze infrastrutturali



La localizzazione è un fattore determinante per gli aspetti architettonici e realizzativi, ma anche gestionali e manutentivi dell'infrastruttura ospedaliera, elementi di contesto particolari e caratteristici - quali le pendenze, l'esposizione, l'irraggiamento, i venti, la vicinanza a corsi d'acqua, la tipologia dei suoli (..) - rilevano sostanzialmente in termini di efficienza, di prestazioni energetiche, di confort degli spazi e benessere degli ambienti.

Dal punto di vista infrastrutturale, l'individuazione del nuovo ospedale delle Valli dell'Avisio dovrà tenere conto di numerosi fattori, in via preliminare se ne riportano di seguito alcuni.

In primo luogo deve essere definito il **dimensionamento** del nuovo ospedale al fine di individuare l'estensione complessiva dell'area, considerati anche i futuri eventuali ampliamenti che si riveleranno necessari per il mutamento delle esigenze di assistenza ospedaliera con il passare degli anni. La progettazione dovrà pertanto seguire il principio della flessibilità, al fine di sapersi adattare all'evolversi delle esigenze. Il dimensionamento dell'area può essere definito a partire dalla consistenza dell'ospedale esistente e dalla deliberazione del Direttore Generale 92/2023 sopra riportata. Nel dimensionamento della nuova struttura e dell'area ad essa deputata dovranno essere adeguatamente considerate le pertinenze e i servizi accessori, quali un eliporto non sopraelevato, spazi adeguati per il ricovero dei mezzi di soccorso, spazi per viabilità, parcheggi e per la separazione dei flussi in accesso.

Il dimensionamento della struttura dovrà tener conto della componente universitaria, della presenza di studenti in formazione, tirocinio e specializzazione prevedendo una magnificazione degli spazi stimabile nel 20%. Le recenti esperienze suggeriscono inoltre, sia per le problematiche relative agli spostamenti e alla presenza di studenti che a quelle relative alla disponibilità di alloggi indispensabili per il reperimento di personale medico, infermieristico e tecnico, di prevedere spazi di foresteria per il personale in considerazione della collocazione della struttura sanitaria.

Per quanto riguarda il tema degli spazi per la viabilità e gli accessi, di vitale importanza per le strutture ospedaliere che ospitano unità operative di primo soccorso è l'individuazione di un'area che consenta di usufruire di una pluralità di punti di accesso distinti e la presenza di adeguati collegamenti al fine evitare condizioni di accodamento, congestione veicolare e incidentalità, garantire una viabilità idonea in situazioni emergenziali consentendone il facile raggiungimento, ridurre l'inquinamento atmosferico e acustico derivante dal traffico. Anche a tale scopo, l'area dovrà essere dotata di soluzioni di trasporto pubblico e mobilità alternativa efficienti per garantire la connessione e l'accessibilità. Un buon sistema di accesso permetterà inoltre di facilitare le fasi di cantierizzazione, per quanto riguarda la movimentazione dei mezzi di cantiere e l'approvvigionamento dei materiali, riducendo tempistiche e costi.

Relativamente all'eliporto, dovrà essere posta attenzione al posizionamento della piazzola per consentirne l'uso da parte di elicotteri adatti al volo in presenza di centri abitati, con un'attività HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) superiore ai 50 movimenti l'anno.

In via preliminare, ed in considerazione di quanto sopra, la determinazione della superficie che potrebbe occupare il futuro ospedale è stimabile dai 3,5 fino ai 5 ettari, l'ampiezza di tale intervallo è necessaria al fine di ricomprendere le possibili variabili ai fini localizzativi. A partire dalle funzioni che ospita l'attuale struttura ospedaliera sono infatti da contemplarsi le nuove funzioni, in ragione del modello ospedaliero - universitario, oltretutto eventuali ampliamenti futuri, ai quali possono aggiungersi strutture pertinenti accessorie, quali foresterie o spazi di supporto per una risposta al tema del fabbisogno abitativo, spazi per il terzo settore ed altre funzioni che possono emergere nelle fasi successive da verificarsi in ragione di esigenze specifiche.

Al fine di ridurre costi e impatti, è opportuno individuare un'area già dotata di adeguate **opere di urbanizzazione** (tra cui reti di smaltimento acque bianche, nere, acquedotto, antincendio e collegamenti all'infrastruttura di distribuzione dell'energia elettrica, fonia e dati, metano, fibra ottica, ecc.) e di una facile



connessione alle reti tecnologiche e di comunicazione. Per massimizzare l'economia delle opere è inoltre opportuno che siano verificate ed evitate le aree soggette a bonifica bellica.

La localizzazione del nuovo ospedale dovrà agevolare un **inserimento paesaggistico** ottimale nel territorio favorendo la ricucitura con il tessuto edilizio esistente ed evitando fenomeni di frammentazione territoriale.

In coerenza con la normativa di settore, dovranno essere selezionate aree in grado di offrire un clima acustico ottimale e bassi livelli di inquinamento, in maniera da favorire il più possibile la salute ed il benessere degli ospiti e dei lavoratori durante l'attività ospedaliera.

Per quanto riguarda la progettazione, il complesso edilizio dovrà essere realizzato secondo alti standard di sostenibilità ambientale e seguendo i 9 principi dell'"Healthy Building": ventilazione, qualità dell'aria, salute termica, umidità, polveri e parassiti, sicurezza, qualità dell'acqua, rumore, illuminazione.

In merito si richiama anche quanto definito dalla Strategia provinciale per lo Sviluppo sostenibile con gli indirizzi alla progettazione e la strategia per sostenere l'efficientamento energetico del patrimonio edilizio. Sono infatti declinate azioni quali progettuali e gestionali atte alla significativa diminuzione dei consumi e delle emissioni anche tramite sistemi costruttivi e materiali a basso impatto ambientale e sistemi passivi per la gestione del microclima interno per garantire l'adattabilità e la risposta delle infrastrutture alle future condizioni ambientali. Nel settore energetico sono inoltre supportati i progetti per la sperimentazione e l'innovazione tecnologica nelle rinnovabili, per esempio nella filiera dell'idrogeno e sua graduale introduzione di miscele metano-idrogeno.